

PARECER CRM/MS 1/2021

PROCESSO CONSULTA CRM MS Nº 01/2021

INTERESSADO: SOCIEDADE BENEFICIENTE DO HOSPITAL NOSSA SENHORA AUXILIADORA DE TRÊS LAGOAS

PARECERISTA: DR. THIAGO PAULUZI JUSTINO

ASSUNTO: SOLICITAÇÃO DE PARECER SOBRE MÉDICO HOSPITALISTA

PALAVRAS CHAVES: MEDICINA HOSPITALAR; HOSPITALISTA; ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR; ESPECIALIDADES MÉDICA; HOSPITALAR; INTERNAÇÃO HOSPITALAR.

EMENTA: O médico hospitalista é aquele especializado na assistência de pacientes internados. Entre suas atribuições principais estão o atendimento das intercorrências dos doentes durante a internação, auxílio nas triagens da emergência quando necessário, supervisão do ambiente educacional de internos e residentes, participação nas comissões hospitalares, e o auxílio nas transferências de pacientes entre os hospitais.

DA CONSULTA:

A Diretoria Técnica do Hospital Nossa Senhora Auxiliadora de Três Lagoas no Mato Grosso do Sul solicita parecer ao Conselho Regional de Medicina referente as atribuições do médico hospitalista para fins de contratação profissional.

FUNDAMENTAÇÃO:

Em 1996 Watcher e Goldman professores da Universidade da Califórnia em São Francisco publicaram um artigo no “New England Journal of Medicine” em que introduziram o nome e o conceito referente ao médico hospitalista (*hospitalist*).¹ Nele, definiram este profissional como aquele que dedica muito ou a maior parte do seu tempo profissional à vida hospitalar, **“um especialista em acompanhar pacientes internados”**. Posteriormente em 1999, Dr. Robert Watcher reestruturou o conceito descrevendo o “médico hospitalista como aquele que dedica pelo menos um quarto de seu tempo exclusivamente ao cuidado de pacientes hospitalizados de outros médicos”.²

Este modelo de cuidado aos pacientes internados vem crescendo exponencialmente nos últimos vinte anos nos Estados Unidos, representando um novo paradigma de assistência hospitalar, sendo uma das áreas de atuação médica com crescimento mais rápido neste país.³ Este movimento também vem ganhando adeptos no Canadá, Reino Unido e até mesmo nos países da América Latina entre os quais está o Brasil. Atualmente, grande parte dos hospitais nos EUA utiliza-se dos hospitalista, entre eles podemos destacar o Mayo Clinic, Cleveland Clinic, Massachusetts General Hospital, Johns Hopkins Hospital.

O médico Hospitalista deve dedicar-se exclusivamente à gestão dos

cuidados do paciente internado. É responsável pela assistência compartilhada com outros especialistas, e sua rotina inclui o cuidado diário longitudinal dos doentes internados, permitindo que tenha compreensão global do caso e atenção plena com cuidado do enfermo. Neste modelo, preconiza-se um sinergismo entre a lógica assistencial e a lógica administrativa orientando a tomada de decisões com foco no paciente e na efetividade dos serviços. Estima-se que esse modelo possa reduzir o tempo e o custo da internação hospitalar facilitando o trabalho e a comunicação da equipe assistencial. Os primeiros hospitalistas que iniciaram as atividades no grupo do professor Robert Watcher tinham residência em clínica médica, e alguns possuíam subespecialidade principalmente nas áreas de medicina intensiva e pneumologia.⁴ Em países Europeus este modelo corresponde de forma similar ao clínico com formação em Medicina Interna.

A resolução CFM nº 2.221/18, não reconhece o médico hospitalista como especialidade médica e nem como área de atuação no Brasil até o presente momento, não possuindo regulamentação específica para tal fim.⁵

DISCUSSÃO:

O surgimento do movimento dos médicos hospitalistas vem promovendo intenso debate e polêmica acerca dos cuidados na assistência de pacientes internados nos hospitais. O assunto até hoje é alvo de ampla discussão e divergências, e os resultados dos estudos relacionados ao tema são heterogêneos.

Alguns trabalhos conduzidos com estes profissionais têm demonstrado redução nos custos e diminuição do tempo de internação dos pacientes hospitalizados.^[6-7] A revisão sistemática feita por Salim et al., 2019, demonstrou redução referente ao período de internação (menos de um dia), e na taxa de readmissão/mortalidade em um seguimento de trinta dias pós alta. Em relação aos custos, demonstrou não haver diferença estatística significativas entre o grupo dos médicos hospitalista e do modelo tradicional. O autor sugere a necessidade de maiores estudos visto que os trabalhos científicos comparados no artigo possuem grande heterogenicidade.⁸

Por um outro lado, o estudo comparativo de Smith et al., 2002 entre médicos hospitalista e médicos de família realizado em um Hospital no Colorado nos Estados Unidos, praticamente não encontrou diferenças nos índices de mortalidade, readmissão ou retorno ao pronto socorro entre os pacientes avaliados por estes dois profissionais.⁹ Lindenauer et al., 2006 publicou no New England Journal of Medicine um grande estudo retrospectivo de coorte com 75 mil pacientes, onde também não ocorreram diferenças significativas na taxa de mortalidade e readmissão entre os grupos. Neste trabalho houve uma redução nos custos da internação com a utilização do médico hospitalista, mas considerando os valores necessários para implantação deste modelo os resultados na economia foram modestos.¹⁰

Quanto a atuação em relação ao ensino médico, existem pontos

positivos e negativos a serem destacados. As vantagens da presença deste modelo no ensino são a expertise destes clínicos em passar para internos e residentes a visão da medicina generalista e a acessibilidade e disponibilidade de ensinar ao longo de todo o dia beira leito. As desvantagens são possíveis conflitos entre ensino e assistência na prática clínica, o menor contato com os especialistas, professores pesquisadores e conseqüentemente a parte científica da academia.¹¹

Apesar de alguns estudos terem demonstrado vantagens com modelo hospitalista na melhora da assistência e redução dos custos dos cuidados hospitalares, objeções éticas emergem, como preservação da autonomia do paciente e do médico assistente. É importante ressaltar que poderá ocorrer prejuízos na relação médico paciente, visto que os doentes poderão sentir descontentamento com a falta de seu médico assistente durante a internação. O valor terapêutico estabelecido nesta relação que é um dos cernes da prática médica, poderá sofrer malefícios, tanto para o lado do paciente o qual tem confiança e sente cuidado e seguro com seu médico de referência, como também para o médico assistente que tem a oportunidade de aprofundar esta relação no entendimento do paciente perante este momento de fragilidade e vulnerabilidade que é a internação hospitalar. Meltzer et al 2000., em um estudo encontrou que 70% dos pacientes da amostra de sua pesquisa preferia ser cuidado pelo seu médico de referência do que um hospitalista caso fossem internados.¹²

É impreterível a preservação do princípio da autonomia de escolha do paciente. O Código de Ética Médica em seu artigo 24, capítulo IV, declara: é vedado ao médico deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo. No artigo 31, capítulo V, anuncia: É vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnóstica ou terapêuticas, salvo em caso iminente risco de morte.

O respeito a autonomia do médico especialista na assistência de seu paciente durante a internação é condição ***Sine qua non*** para uma boa prática médica. O Código de Ética Médica traz em seus princípios fundamentais o inciso VIII, no qual diz: o médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção do seu trabalho. Em seu capítulo II, garante aos médicos o direito de internar e assistir seus pacientes em hospitais privados e públicos com caráter filantrópico ou não, ainda que não faça parte do seu corpo clínico, respeitadas as normas técnicas aprovadas pelo Conselho Regional de Medicina da pertinente jurisdição. Em relação as decisões clínicas importantes para o paciente cabem algumas indagações. Seria o médico hospitalista capaz de substituir uma relação médico paciente de longa data baseada no respeito mútuo e confiança? Considerando que os pacientes internados muitas vezes não estão em condições plenas de tomar decisões importantes sobre seus cuidados, caso ocorra

divergências de conduta em um modelo ideal de cuidado compartilhado, a quem caberá a última palavra e decisão, ao médico hospitalista ou ao médico assistente? Como minimizar a perda de informações na admissão e na alta do doente com a troca do médico assistente? Estas questões levantadas trazem dilemas que envolvem além de elementos técnicos, princípios éticos primordiais.

É importante mencionar que grande parte dos trabalhos comparam o desempenho do hospitalista com o médico da família durante a internação hospitalar, diferente da realidade do modelo do Brasil. Outro ponto de atenção seriam situações em que possam ocorrer conflitos de interesse entre a busca do melhor cuidado ao paciente oferecido pelo médico assistente, e a pressão que possa ocorrer nos médicos hospitalista pelo sistema de saúde no sentido de reduzir tempo de internação e custos. É fato que a preocupação excessiva com despesas em detrimento da assistência de excelência com humanização nos alerta para o risco da ameaça de uma “MacDonaldização da Medicina” com consequências graves tanto para os pacientes quanto para os médicos.

DO PARECER:

Segundo Dr. Robert Watcher, dois elementos são fundamentais para definição dos hospitalistas. Em primeiro lugar, este deve aceitar tratar, apenas durante a internação, de doentes que não lhe “pertencem”, devolvendo-os na alta aos seus médicos assistentes. Deve haver a disponibilidade de se encontrarem no hospital ao longo do dia, coordenando assim da melhor maneira a assistência aos doentes, sempre que necessário, na hora e no local certo. O segundo elemento é o tempo em que eles dedicam ao trabalho hospitalar, que é definido como sendo um mínimo de 25% (vinte e cinco). Alguns hospitalista americanos têm proposto que este mínimo seja alargado, chegando alguns considerar que deveria ser de 100%(cem).⁵

Em relação as funções e atribuições dos médicos hospitalistas podemos destacar: **atuar no atendimento das intercorrências dos pacientes internados; participar da equipe de cuidados paliativos do hospital quando houver; atuar no comanejo dos pacientes dos serviços cirúrgicos prestando assistê nos cuidados pré e pós operatório;¹³ participar do ambiente educacional na supervisão de internos e residentes; fazer parte das comissões hospitalares; trabalhar na área de segurança do paciente, auxiliar nas triagens da emergência quando necessário e no manejo das transferências de pacientes entre os hospitais.²**

O regime de trabalho depende da dinâmica de funcionamento do hospital e da necessidade dos serviços existentes. Outro aspecto importante é a flexibilidade de se encontrarem sempre disponíveis a assistências dos doentes e a intercorrências. Alguns serviços divide os grupos de hospitalistas de período noturno e diurno, de segunda a sexta feira.

Considerando a complexidade no cuidado dos pacientes hospitalizados

recomenda-se que o médico hospitalista tenha pelo menos dois anos de residência em Clínica Médica.

CONCLUSÃO

O modelo do hospitalista surgiu com a premissa de melhorar a qualidade de atendimento e reduzir os gastos do cuidado com pacientes internados. Contudo paradigmas éticos vêm surgindo diante deste modelo que necessitam de atenção, como a proteção da relação médico paciente em um ambiente de aumento da especialização e descontinuidade do cuidado, como também a preservação da autonomia do paciente e do médico. O hospitalista é um especialista em acompanhar pacientes internados. A quebra de continuidade entre o hospital e o ambulatório é obviamente uma consequência do modelo, que potencialmente pode trazer problemas e precisa ser bem trabalhada. Devemos ressaltar que os resultados dos estudos nesta área ainda são heterogêneos, e a realidade médico cultural norte-americana onde surgiu o movimento hospitalista é distinta da realidade do sistema de saúde brasileiro. A resolução CFM nº 2.221/18, não reconhece o médico hospitalista como especialidade médica e nem como área de atuação no Brasil até o presente momento, não possuindo regulamentação específica para tal fim.

Este é meu parecer salvo melhor juízo.
Dourados, 26 de fevereiro de 2020.

Thiago Pauluzi Justino
Conselheiro Parecerista

**Parecer Aprovado na Sessão Plenária do dia
19/03/2021**

**Dr. Maurício de Barros Jafar
presidente**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wachter RM, Goldman L. The emerging role of “hospitalists” in the American health care system. *N Engl J Med*. 1996 Aug;335(7):514–7
2. Wachter RM. An introduction to the hospitalist model. *Ann Intern Med* 1999; 130:338–42.
3. Meltzer DO, Chung JW. Us trends in hospitalization and generalist physician workforce and the emergence of hospitalist. *J Gen Intern Med*. 2010;25(5): 453-459.
4. Lindenauer PK, Pantilat SZ, Katz PP, Wachter RM. Hospitalists and the practice of inpatient medicine: results of a survey of the National Association of Inpatient Physicians. *Ann Intern Med*. 1999;130:343-349.
5. Resolução CFM Nº 2.221/2018 RESOLUÇÃO CFM Nº 2.221/2018
6. Kaboli PJ, Barnett MJ, Rosenthal GE. Associations with reduced length of stay and costs on an academic hospitalist service. *Am J Manag Care*. 2004; 10(8) : 561-568
7. Meltzer DO, Shah MN, Morrinson J, et al. Decreased length of stay, costs and mortality in a randomized trial of academic hospitalists. *J Gen intern Med*. 2001;169(duplicate): S208
8. Salim AS, Elmaraezy A, Pamarthy A, Thongprayoon C, Cheungpasitporn W, Palabidala V. Impacto of hospitalists on the efficiency of inpatient care and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives* 2019, vol, NO. 2, 121-134.
9. Smith PC, Westfall JM, Nicholas RA. Primary care family physicians and 2 hospitalists models: comparison of outcomes, processes, and costs. *J Fam Prac*. 2002; 51:1021–1027.
10. Lindenauer PK, Rothberg MB, Pekow PS, et al. Outcomes of care by hospitalist, general internist, and family physicians. *New England Journal of medicine*. 2007; 357:2589-2600.
11. Hauer KE, Wachter RM. Implications of the hospitalist model for medical students' education. *Acad Med*. 2001; 76:324-330.
12. Meltzer DO, Shah MN, Morrinson J, et al. Decreased length of stay, costs and mortality in a randomized trial of academic hospitalists. *J Gen intern Med*. 2001;169(duplicate): S208
13. Messler J, Whitcomb FW. A history of the hospitalist Movement. *Obstet Gynecol Clin N Am* 42 (2015) 419–432 <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2015.05.002> obgyn.theclinics.com 2015 Elsevier Inc. All rights reserved