

Descrição do modelo de serviço de desospitalização de um hospital privado no município de São Paulo

RESUMO | Descrever o modelo do serviço de desospitalização e avaliar os indicadores deste serviço de desospitalização de um hospital privado no município de São Paulo; Avaliar se o serviço de desospitalização gera impactos na gestão de leitos do hospital. Metodologia: Estudo descritivo de natureza exploratória, de caráter retrospectivo, com abordagem quantitativa. Resultados: Foram analisados os dados coletados pelo serviço de desospitalização do Hospital Sírio Libanês referentes a 2035 solicitações de desospitalização no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016. Das 2035 solicitações de desospitalização feitas neste período, 72% foram autorizadas pelas fontes pagadoras. Conclusões: Conclui-se que os objetivos do estudo proposto foram atingidos. Constata-se a inexpressiva produção de conhecimento a respeito de atuações de equipes de desospitalização em instituições hospitalares. Através dos indicadores avaliados deste serviço é possível afirmar que a instituição que possui uma equipe ativa e dedicada na gestão da permanência do paciente, bem como do processo de desospitalização em todas as suas fases ou necessidades, gera capacidade para atendimento de pacientes agudos, com aumento do giro de leitos, bem como a disponibilidade destes. Admite-se a limitação deste estudo, sendo importante a realização de outras investigações para explorar a desospitalização

DESCRIPTORIOS: enfermagem; alta do paciente; assistência domiciliar; tempo de internação; cuidado domiciliar.

ABSTRACT | To describe the de-hospitalization service model and evaluate the indicators of this de-hospitalization service at a private hospital in the city of São Paulo; To assess whether the de-hospitalization service has an impact on the hospital's bed management. Methodology: A descriptive, exploratory, retrospective study with a quantitative approach. Results: Data collected by the de-hospitalization service at the Sírio Libanês Hospital was analyzed, referring to 2035 de-hospitalization requests from January 2014 to December 2016. Of the 2035 dehospitalization requests made in this period, 72% were authorized by the paying sources. Conclusions: The objectives of the proposed study were achieved. There is a lack of knowledge about the work of dehospitalization teams in hospital institutions. Through the indicators evaluated for this service, it is possible to state that an institution that has an active and dedicated team managing the patient's stay, as well as the dehospitalization process in all its phases or needs, generates capacity to care for acute patients, with an increase in bed turnover and bed availability.

KEYWORDS: nursing; patient discharge; home care; length of stay; home care.

RESUMEN | Describir el modelo de servicio de des-hospitalización y evaluar los indicadores de este servicio de des-hospitalización en un hospital privado de la ciudad de São Paulo; Evaluar si el servicio de des-hospitalización tiene impacto en la gestión de camas del hospital. Metodología: Estudio descriptivo, exploratorio, retrospectivo y con abordaje cuantitativo. Resultados: Se analizaron los datos recogidos por el servicio de deshospitalización del Hospital Sírio Libanés, referidos a 2035 solicitudes de deshospitalización de enero de 2014 a diciembre de 2016. De las 2035 solicitudes de deshospitalización realizadas en este período, 72% fueron autorizadas por las fuentes pagadoras. Conclusiones: Se cumplieron los objetivos del estudio propuesto. Existe desconocimiento sobre la labor de los equipos de deshospitalización en las instituciones hospitalarias. A través de los indicadores evaluados para este servicio, es posible afirmar que una institución que cuenta con un equipo activo y dedicado a la gestión de la estadia del paciente, así como del proceso de deshospitalización en todas sus fases o necesidades, genera capacidad de atención a pacientes agudos, con aumento de la rotación y disponibilidad de camas.

DESCRIPTORIOS: enfermería; alta de pacientes; atención domiciliar; duración de la estancia; atención domiciliar

Luciano Rodrigues de Oliveira

Graduado em Enfermagem pela Universidade de Marília. Especialista em Enfermagem Gerontológica e Geriátrica - Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, e em Gerenciamento de Serviços de Enfermagem - Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (2018) - Escola Paulista de Enfermagem na Linha Gestão, Gerenciamento e Educação em Enfermagem e Saúde. Doutorando em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo.
ORCID: 0000-0003-2963-7075

Maria D'Innocenzo

Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade Adventista de Enfermagem (1976), mestrado em Administração de Empresas pela Fundação Getulio Vargas - SP (1994) e doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (2001). Atualmente é Docente do Programa de Pós-Graduação da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo.
ORCID: 0000-0002-3571-1019

Recebido em: 27/03/2024

Aprovado em: 14/06/2024

INTRODUÇÃO

As transformações econômicas, políticas, sociais e culturais produzidas pela sociedade ao longo do tempo modificaram a maneira das pessoas viverem⁽¹⁾.

Nas últimas décadas tem sido crescente no mundo inteiro um movimento que busca respostas para os fenômenos de altos custos sociais com a atenção hospitalar e a insatisfatória resposta

comprovada pelos indicadores de qualidade de saúde das populações⁽²⁾.

Há dados de serviços hospitalares nos Estados Unidos (USA) que sugerem que uma a cada cinco hospitalizações sofre um evento adverso após a alta hospitalar, levando o paciente a procurar novamente atendimento em pronto-socorros, o que gera novas internações⁽³⁾.

O planejamento da alta é benéfico para o paciente e interfere significativamente, diminuindo a porcentagem de reinternações. Para isso é necessária orientação e troca efetiva de informações entre profissionais, pacientes e familiares^(4, 5).

A longa permanência afeta os hospitais, uma vez que incrementa os custos e reduz a oportunidade de outros pacientes receberem atenção hospitalar, reduzindo a rotatividade de leitos e consequentemente aumentando o tempo de espera pelos mesmos. Ao mesmo tempo, ela eleva o risco decorrente da internação, como por exemplo, infecções hospitalares⁽⁶⁾.

Com o envelhecimento da população e aumento da prevalência de doenças crônicas, a demanda por leitos para internações prolongadas de pacientes compensados clinicamente, mas que por alguma razão necessitam de cuidado hospitalar, assume grande importância no sistema de saúde⁽⁷⁾.

Com a deterioração da saúde do idoso, a piora da funcionalidade e novas comorbidades, impõe-se uma hospitalização muitas vezes seguida por outras. Cabe enfatizar que, na maioria dos casos, os cuidados não cessam com a saída do hospital e retorno ao domicílio, pois será preciso mudar hábitos de vida e ajustar rotinas familiares para lidar com diferentes incapacidades e os tratamentos advindos. Ou seja, a alta hospitalar traz insegurança e, se não bem orientada, suscitará rehospitalizações^(8, 9).

Comparações internacionais indicam que a população brasileira ainda é relativamente jovem, mas passa por um processo gradual de envelhecimento. O envelhecimento da população tende a aumentar a demanda por serviços de saúde. Há uma relação forte e positiva entre a parcela de

idosos na população e os gastos com saúde (medidos como proporção do PIB), ou seja, quanto maior a parcela de idosos na população, maior tende a ser a participação dos gastos com saúde na renda⁽¹⁰⁾.

O hospital é um serviço pelo qual circulam os mais variados tipos de doentes, portadores das mais diferentes necessidades em momentos diferentes de suas vidas. O hospital é um cenário complexo, onde se conjugam transformações tecnológicas e ambientais, e são visíveis as novas proposições do cuidar, verificadas nas relações de trabalho. Essas transformações tecnológicas, econômicas e sociais deram origem ao trabalho intelectual e manual⁽¹¹⁾.

É preciso tomar consciência de que os danos causados pela doença são universais, não se limitam a um determinado tempo e espaço, mas assumem características existenciais bem claras e distintas em diferentes contextos - familiares, sociais, culturais, econômicos e sociais. Assim, é preciso procurar desvelar os sentimentos e conhecer as situações vivenciadas pelos clientes para viabilizar maneiras concretas de cuidar, e que atendam às suas necessidades⁽¹²⁾.

A longa permanência nos hospitais é um assunto cada vez mais frequente e objeto de discussão no setor. Muitas vezes está associada a questões familiares, uma vez que estas pessoas encontram-se em situações vulneráveis e de dependência comumente de parentes, como filhos e irmãos; e portanto necessitam de cuidados constantes. Conflitos familiares, como por exemplo a omissão de responsabilidade, acabam postergando o processo de desospitalização⁽¹³⁾.

Para muitas famílias, a opção de desospitalização e encaminhamento para instituição de retaguarda ou de menor complexidade não é factível dados os custos elevados. O home care tampouco é alternativa para todos, pois a Resolução Normativa da ANS nº 338, de 21 de outubro de 2013, que regula a cobertura mínima obrigatória das Operadoras de Planos de Saúde (OPS), deixa claro que o custeio de atendimento domiciliar é opção da OPS⁽¹³⁾.

Entretanto, apesar do fornecimento de home care ser considerado uma opção na

esfera administrativa, no âmbito judicial os tribunais têm concedido liminares obrigando as OPS a custearem tais procedimentos. Assim, caso a família tenha interesse em obrigar a OPS a custear a atenção domiciliar, muito provavelmente a medida só terá eficácia se requisitada a tutela jurisdicional⁽¹³⁾.

O termo desospitalização significa ser liberado ou dispensar-se de internação hospitalar, passando a receber assistência ambulatorial multidisciplinar e ou domiciliar, visando a sua reintegração à sociedade. Sendo assim a desospitalização se torna uma prática para minimizar a internação e pode ser oferecida por meio de um tratamento ambulatorial, ou hospital-dia, ou, ainda atenção domiciliar⁽¹⁴⁾.

A desospitalização vem sendo utilizada para realizar atividades ou procedimentos cuja execução pode ser transferida do ambiente intra-hospitalar para outros ambientes, denominado extra-hospitalares⁽¹⁵⁾.

Para tanto são necessárias estratégias que não se esgotam nos estabelecimentos hospitalares, que terão que ser entrelaçados com uma ampla rede de serviços de saúde e outras políticas para defesa do cidadão. Trata-se, então, de um novo lugar do hospital no "Sistema de Saúde" e não no mercado⁽³⁾.

Estudos mostram que as reinternações são um marcador de má qualidade dos cuidados e uma das principais fontes de custos em cuidados de saúde. Redução das taxas de reinternações também requerem uma coordenação significativa entre os médicos, hospitais e lares de idosos que participam no tratamento dos doentes, mas muitas vezes há falta de incentivos para coordenar esse cuidado. No entanto, quase 01 em cada 05 pacientes idosos que recebem alta do hospital são reinternados dentro de 30 dias. Muitas dessas reinternações são evitáveis e, portanto, sugerem uma falha nos sistemas de estabelecer os pacientes de forma estável e segura em uma nova configuração de cuidados. Evitar reinternações representa uma oportunidade de ganha-ganha para pacientes e familiares, os contribuintes, os compradores de cuidados de saúde e prestadores de serviços^(3, 16).

Serviço de Desospitalização no Hospital Sírio Libanês - HSL

O Modelo de Assistência Multiprofissional no Hospital Sírio Libanês (HSL) é o Cuidado Focado no Paciente, que integra os diversos profissionais que atuam na assistência direta ao paciente.

Havia na instituição um grande número de pacientes com doenças crônicas que permanecem nas Unidades de Internação com taxa de permanência superior a 30 dias, perfazendo uma média de 11% dos leitos ocupados, segundo a Diretoria de Apoio Clínico a Governança Clínica do hospital⁽⁹⁾. Esses pacientes, em sua maioria, se concentravam nas unidades críticas e semicríticas da instituição.

Dados desta diretoria, de abril de 2018 mostram que o tempo médio de permanência geral no HSL era de 5,27 dias, porém em 2014 foi de 5,96 dias, em 2015 5,67 dias e 2016 5,6 dias. De acordo com esta gerência, a participação de uma equipe dedicada no apoio às altas e avaliações dos pacientes de longa permanência, contribui significativamente para a melhora deste índice.

O Serviço de Desospitalização monitora pacientes clínicos e cirúrgicos com previsão de alta para evitar possíveis barreiras para desospitalização,

acompanha os pacientes com tempo de internação superior a 15 dias, bem como aqueles com potencial para internação de longa permanência.

A proposta de desospitalização dos pacientes é periodicamente discutida pela Equipe de Desospitalização e Superintendência de Práticas Assistenciais e Pacientes Internados, que, após esta discussão permite a equipe interagir com o médico do paciente no sentido de apoiá-lo a iniciar o processo de desospitalização.

O Serviço é composto por uma equipe gestora formada por 01 Enfermeiro e 02 Assistentes Sociais que são apoiados pela equipe de médicos Hospitalistas. O presente estudo partiu da análise do processo de internação e alta dos pacientes internados em um hospital de grande porte privado no município de São Paulo.

Esta instituição passa pelas mesmas dificuldades que outros grandes hospitais com o aumento do número de pacientes de longa permanência aumentando a taxa de permanência e consequentemente prejudica o giro de leitos.

Observou-se que quanto maior o

tempo de permanência, maior era a dificuldade em desospitalizar.

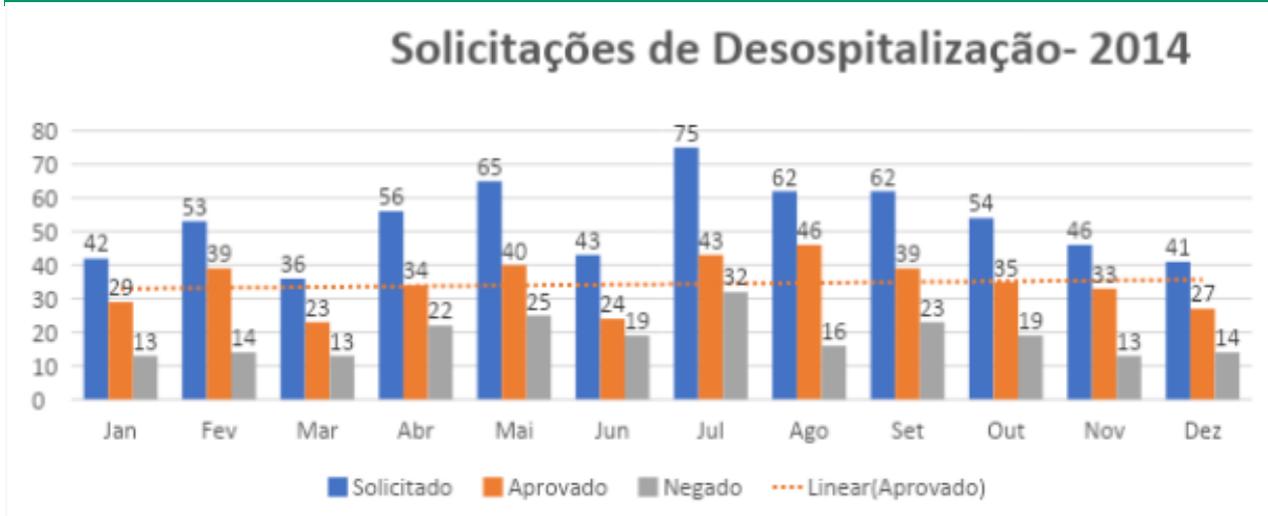
Não há dados ainda na literatura sobre a atuação de equipes de desospitalização em instituições hospitalares. Ao contatar outros hospitais em São Paulo, identificamos poucos ainda que instituíram uma equipe formal de atuação ou suporte na desospitalização e até o momento não encontramos relatos de experiências de equipes de desospitalização em hospitais fora da capital paulista.

Esta pesquisa objetivou descrever o modelo do serviço de desospitalização e avaliar os indicadores deste serviço de desospitalização de um hospital privado no município de São Paulo e também avaliar se o serviço de desospitalização gera impactos na gestão de leitos do hospital.

METODOLOGIA

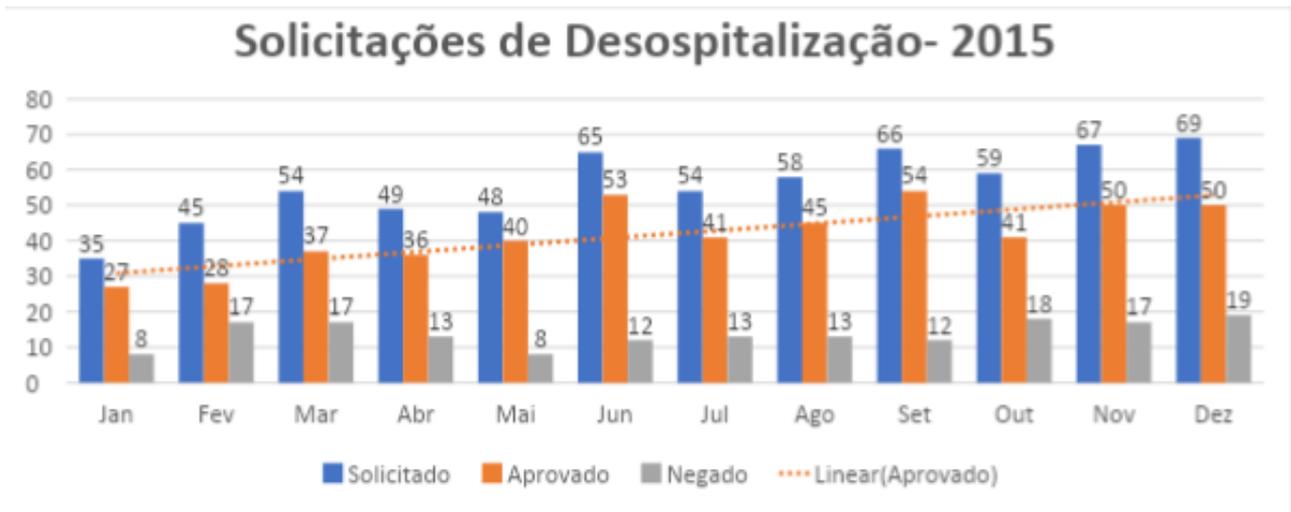
Trata-se de pesquisa descritiva de natureza exploratória, de caráter retrospectivo, com abordagem quantitativa. Entende-se esta abordagem contempla os aspectos do objeto investigado, pois

Gráfico 01 – Fonte: Serviço de Desospitalização HSL – Julho – 2017



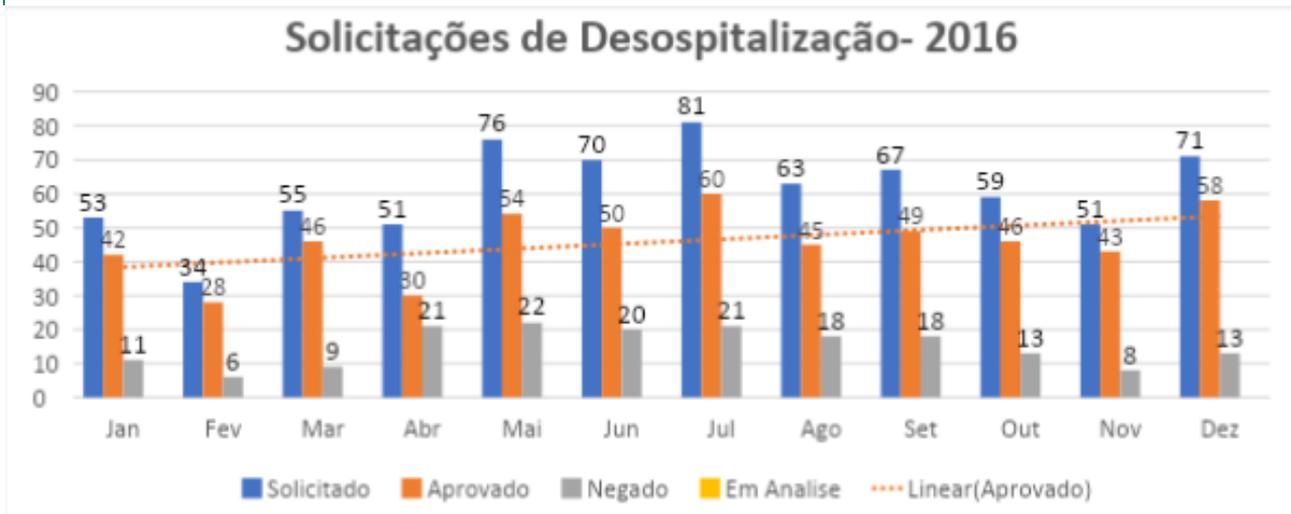
Observa-se um crescimento de 5,4% nas solicitações comparadas ao ano anterior, porém as autorizações pelas fontes pagadoras tiveram um aumento de 21,8% na mesma comparação (Gráfico 2).

Gráfico 02 – Fonte: Serviço de Desospitalização HSL – Julho – 2017



Já em 2016 houve um aumento de 9,3% das solicitações comparadas ao ano de 2015, com uma taxa de aumento de 9,8% das autorizações pelas fontes pagadoras (Gráfico 03).

Gráfico 03 – Fonte: Serviço de Desospitalização HSL – Julho – 2017



o estudo descritivo objetiva observar, registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los. Procura descobrir, com a precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características e se necessário podem ser correlacionadas^(17, 18, 19).

O presente estudo foi realizado na Sociedade Beneficente de Senhoras - Hospital Sírio Libanês, junto ao servi-

ço de desospitalização. Trata-se de um hospital privado de grande porte no Município de São Paulo/SP. Por questões éticas, o projeto de pesquisa foi encaminhado, avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês através da plataforma AVAP com o protocolo LRdO533 e Comitê de Ética em Pesquisa /da Universidade Federal de São Paulo, através da Plataforma Brasil sob o número 08064/2016.

Foram analisados os dados coletados pelo serviço de desospitalização referente aos pacientes acompanhados pelo serviço no período de 2014 a 2016. São Indicadores deste serviço de desospitalização, taxa de permanência, altas para assistência domiciliar ou transferências para instituições de longa permanência, tempo entre a solicitação de *home care* e autorização pela fonte pagadora, número de pacientes com tempo de permanência superior a 15

dias desospitalizados para home care. Os indicadores são calculados e apresentados em tabelas. Estes dados são armazenados pelo serviço de desospitalização em uma planilha do Excel® 2013 do Office da Microsoft®. Foram coletados os dados referentes a 2035 solicitações de desospitalização ao serviço de desospitalização referente ao período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados os dados coletados pelo serviço de desospitalização. Estes dados são armazenados por este serviço de desospitalização em uma planilha do Excel® 2013 do Office da Microsoft®. Foram coletados os dados referentes a 2035 solicitações de de-

ospitalização no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016.

Das 2035 solicitações de desospitalização feitas no período de janeiro de 2014 a dezembro 2016, 1465 ou 72% foram autorizadas pelas fontes pagadoras.

No gráfico 01 observa-se a ocorrência de 2014.

O serviço de desospitalização utiliza também como indicadores, a relação do tempo médio em dias entre o dia do pedido de alta hospitalar e o dia da saída efetiva de alta (**Solicitação/Alta**); a média de permanência dos pacientes desospitalizados por esta via (**Permanência**) e o número de pacientes classificados como crônicos (aqueles com permanência superior a 15 dias de internação) desospitalizados para serviços de cuidados continuados (**Crônicos Desospitalizados**). Ao analisar os dados

deste serviço de desospitalização, no período avaliado de 2014 a 2016 evidenciamos uma queda importante nos indicadores de tempo de permanência dos pacientes desospitalizados para serviços de cuidados continuados e do tempo médio em dias entre o dia do pedido e o dia da saída real de alta.

O quadro 03 mostra que houve uma queda de 1,53 dias de 2014 a 2016 no indicador **Solicitação/Alta**, e uma queda de 3,27 dias no indicador **Permanência**, apesar de este indicador não ter apontado variação significativa se analisado 2014-2015. Esta evidência corrobora a importância para o serviço hospitalar, contar com uma equipe dedicada à atenção para alta hospitalar segura para serviços de cuidados continuados, bem como para melhorar a capacidade de leitos instalada.

Quadro 03 – Relação média de permanência hospitalar, média de dias da solicitação e alta e número de pacientes crônicos desospitalizados 2014-2016

Mes/Ano 2014	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total 2014
Solicitação/Alta	7,37	5,97	7,08	4,47	5,17	3,95	8,27	6,52	4,05	5,37	8,18	3,85	5,85
Permanencia	32,10	16,87	26,95	15,17	19,09	37,29	38,18	20,54	19,84	28,22	22,54	17,74	24,54
Crônicos Desospitalizados	12	17	14	18	18	12	25	22	14	23	13	12	32,10
Mes/Ano 2015	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total 2015
Solicitação/Alta	6,30	4,57	3,19	3,69	5,65	4,85	8,05	5,96	4,31	3,73	4,51	5,64	5,04
Permanencia	26,33	16,14	18,22	20,39	24,00	19,58	37,78	27,84	24,24	18,73	33,74	30,00	24,75
Crônicos Desospitalizados	13	11	16	15	21	25	16	20	26	18	15	28	224
Mes/Ano 2016	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total 2016
Solicitação/Alta	2,10	5,79	4,13	4,35	5,13	4,50	4,78	3,87	5,33	3,78	4,51	3,59	4,32
Permanencia	27,12	21,00	16,17	19,29	25,46	20,96	21,03	14,98	17,39	20,67	33,74	17,48	21,27
Crônicos Desospitalizados	18	10	17	16	28	16	24	19	22	12	15	20	217

Fonte: Serviço de Desospitalização HSL – Julho – 2017

O serviço de desospitalização também compara o número de pacientes crônicos (aqueles com permanência igual ou superior a 15 dias de internação) ao número de pacientes que foram desospitalizados para serviços de cuidados continuados como home care, hospitais de retaguarda ou instituições de longa permanência. Os gráficos 04, 05 e 06 evidenciam que em 2014, dos 412 pacientes desospitalizados para serviços de cuidados continuados como home care, hospitais de retaguarda ou instituições de longa permanência, 200 pacientes eram de longa permanência, ou seja, 48,5% dos pacientes (gráfico 04).

Os gráficos 04, 05 e 06 evidenciam que a atuação de uma equipe de desospitalização colabora para redução do número de pacientes de longa permanência, podendo então afirmarmos que quanto mais longa a internação, mais

dificuldades para desospitalização serão enfrentadas por todos os envolvidos nesta relação como os pacientes e seus familiares e também as equipes que os assistem.

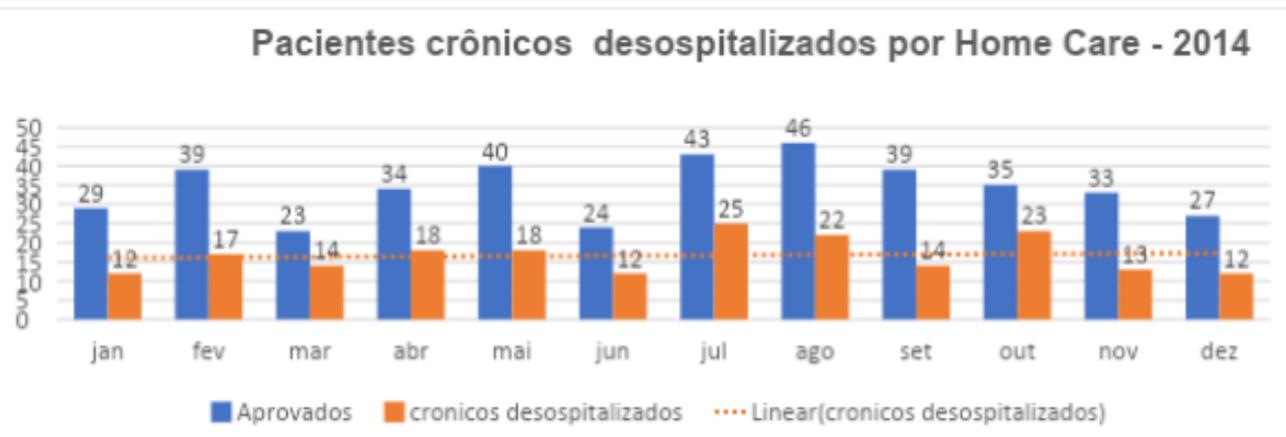
Um estudo de 2004 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais avaliou a Percepção da Família do Paciente em Relação à Modalidade de Internação Domiciliar. Os resultados mostraram que tanto a internação hospitalar quanto a domiciliar apresentam vantagens e desvantagens na opinião dos pacientes e familiares. Segundo eles, na internação domiciliar as vantagens estão mais ligadas à humanização, no hospital, ao suporte tecnológico disponível e concentrado em um único lugar facilitando a propedêutica, com definição diagnóstica e todos os recursos para um atendimento de urgência. Na internação domiciliar e hospitalar as desvantagens estão mais rela-

cionadas ao conforto. No entanto, no domicílio estas se referem mais ao ambiente e estrutura familiar, nessa mesma categoria as desvantagens da internação hospitalar estão mais ligadas às limitações e restrições do ambiente⁽²⁰⁾.

Pesquisa realizada na Suécia com idosos em serviços domiciliares evidenciaram que intervenções centradas na pessoa melhoram a satisfação com serviço recebido, atendendo a expectativa do indivíduo. Os autores mostram que em estudos anteriores já havia estas evidências, porém, chamam a atenção para a escassez destes tipos de trabalhos, o que poderia contribuir muito para a melhoria dos serviços oferecidos (21).

Não encontramos outros estudos nacionais ou internacionais que mensurassem a satisfação do paciente com relação ao serviço recebido na modalidade de assistência domiciliar.

Gráfico 04 – Fonte: Serviço de Desospitalização HSL – Julho – 2017



Em 2015 esta proporção caiu para 41,6% destes pacientes, pois dos 502 pacientes desospitalizados, 209 eram de longa permanência segundo o serviço de desospitalização (gráfico 05).

Os gráficos 04, 05 e 06 evidenciam que a atuação de uma equipe de desospitalização colabora para redução do número de pacientes de longa permanência, podendo então afirmarmos que quanto mais longa a internação, mais dificuldades para desospitalização serão enfrenta-

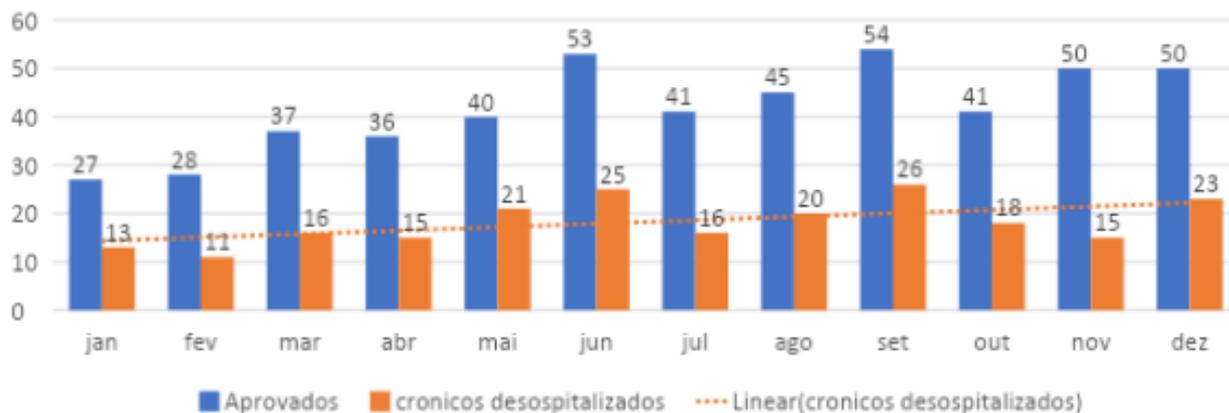
das por todos os envolvidos nesta relação como os pacientes e seus familiares e também as equipes que os assistem.

Um estudo de 2004 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais avaliou a Percepção da Família do Paciente em Relação à Modalidade de Internação Domiciliar. Os resultados mostraram que tanto a in-

ternação hospitalar quanto a domiciliar apresentam vantagens e desvantagens na opinião dos pacientes e familiares. Segundo eles, na internação domiciliar as vantagens estão mais ligadas à humanização, no hospital, ao suporte tecnológico disponível e concentrado em um único lugar facilitando a propedêutica, com definição diagnóstica e todos os

Gráfico 05 – Fonte: Serviço de Desospitalização HSL – Julho – 2017

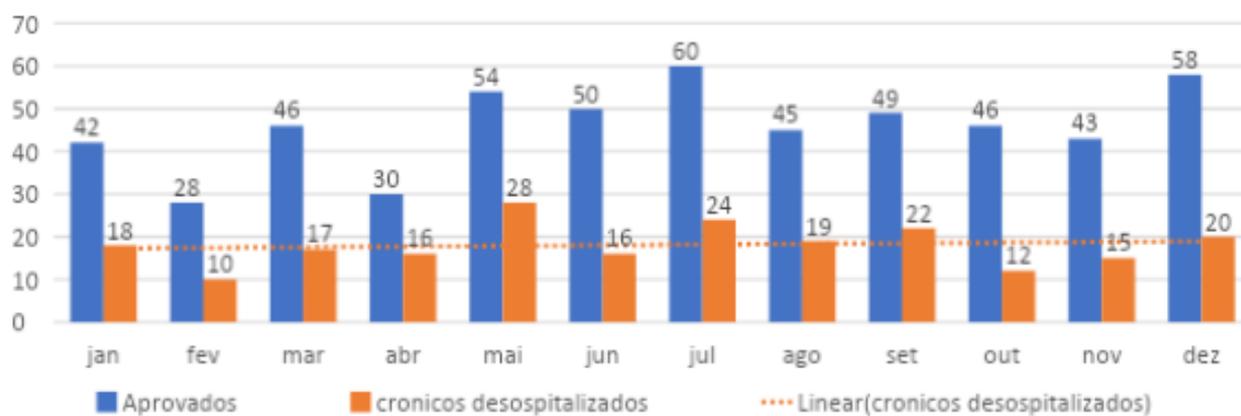
Pacientes crônicos desospitalizados por Home Care - 2015



Em 2016 percebe-se melhora neste indicador com uma proporção de 37,9% destes pacientes, pois dos 551 pacientes desospitalizados, 209 eram de longa permanência segundo o serviço de desospitalização (gráfico 06).

Gráfico 06 – Fonte: Serviço de Desospitalização HSL – Julho – 2017

Pacientes crônicos desospitalizados por Home Care- 2016



recursos para um atendimento de urgência. Na internação domiciliar e hospitalar as desvantagens estão mais relacionadas ao conforto. No entanto, no domicílio estas se referem mais ao ambiente e estrutura familiar, nessa mesma categoria as desvantagens da internação hospitalar estão mais ligadas às limitações e restrições do ambiente ⁽²⁰⁾.

Pesquisa realizada na Suécia com idosos em serviços domiciliares evidenciaram que intervenções centradas na pessoa melhoram a satisfação com

serviço recebido, atendendo a expectativa do indivíduo. Os autores mostram que em estudos anteriores já havia estas evidências, porém, chamam a atenção para a escassez destes tipos de trabalhos, o que poderia contribuir muito para a melhoria dos serviços oferecidos ⁽²¹⁾.

Não encontramos outros estudos nacionais ou internacionais que mensurassem a satisfação do paciente com relação ao serviço recebido na modalidade de assistência domiciliar.

CONCLUSÕES

Constata-se a inexpressiva produção de conhecimento a respeito de atuações de equipes de desospitalização em instituições hospitalares.

Conclui-se que o Serviço de Desospitalização é um importante agente de consultoria e assessoria, não só aos pacientes e seus familiares, mas também a todos os atores de processo de internação e de toda jornada do paciente, como equipe médica e toda equipe

multidisciplinar; operadoras de planos de saúde e equipe técnica administrativa que gerencia toda conta hospitalar como auditores, analistas financeiro, analistas comerciais e equipe jurídica do hospital nas situações classificadas como risco.

Através dos indicadores deste serviço é possível afirmar que a instituição que possui uma equipe ativa e dedicada na gestão da permanência do paciente, bem como do processo de desospitalização em todas as suas fases ou necessidades, gera capacidade para atendimento de pacientes agudos, com aumento do giro de leitos, bem como a disponibilidade destes. Evidenciam benefícios ao paciente proporcionando maior chance de esclarecimento e envolvimento familiar, diminuição de riscos e maior estímulo à continuidade de tratamentos. Para o Hospital melhor gestão dos leitos com melhor utilização da capacidade instalada e para as fontes pagadoras melhor controle das despesas assistenciais e otimização de custos..

Desde a implantação do serviço de desospitalização, os indicadores mostram o aumento da participação de serviços de cuidados continuados após a saída do paciente do hospital, com apoio das fontes pagadores. É claro também o aumento do número de solicitações por parte da equipe médica, dada a segurança do planejamento adequado da desospitalização.

Os indicadores do período avaliado mostraram que a atuação de um serviço de desospitalização corroborou com a redução do tempo de permanência hospitalar, bem como na redução do número de pacientes classificados como “de longa permanência” e, na redução do tempo da efetiva desospitalização quando avaliamos a solicitação e resposta por parte da fonte pagadora. A redução do tempo de permanência hospitalar oferece à hospitais a oportunidade de criar “capacidade virtual”.

Chamamos de capacidade virtual o número de leitos disponíveis em deter-

minado momento do dia da admissão de pacientes, o que depende diretamente do número de saídas reais de alta hospitalar com a imediata disponibilidade do leito para nova ocupação.

Há carência de estudos neste cenário tanto no Brasil quanto em outros



Desde a
implantação
do serviço de
desospitalização,
os indicadores
mostram o
aumento da
participação
de serviços
de cuidados
continuados
após a saída
do paciente do
hospital, com
apoio das fontes
pagadores.



países. As modalidades de assistência extra hospitalares como em toda rede de desospitalização vem sendo estimulada para melhor otimização de leitos hospitalares, bem como melhor gerenciamento da capacidade hospitalar, principalmente de instituições com parques de alta tecnologia, especializadas em pacientes agudos e graves.

No contexto hospitalar o processo de desospitalização é um caminho que propõe a racionalização de custo e uma tendência no modelo da assistência aos pacientes complexos, que necessitam de apoio da equipe multiprofissional para poder retornar ao domicílio com segurança. É de fundamental importância a produção de novas formas de cuidar e de novas práticas de saúde com o compromisso de manter a excelência na assistência prestada.

Conclui-se que os objetivos do estudo proposto foram atingidos. Admite-se a limitação deste estudo, sendo importante a realização de outras investigações para explorar a desospitalização.



Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes e recomendações cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília; 2008. 72p. [acesso set 2017]. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf>.
2. Martelli DBR, Silva MS, Carneiro JA, Bonan PRF, Rodrigues LHC, Martelli-Junior H. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. *Physis* (Rio J.). 2011; 21(1):147-15.
3. Jack BW, Chetty VK, Anthony D, Greenwald JL, Sanchez GM, Johnson AE, et al. A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 2009; 150(3):178-87.
4. Galvão CR, Pinochet LHC, Vieira MA, Miquelão R. Análise de indicadores de monitoramento de pacientes portadores de doenças crônicas: estratégia de redução de custos. *Mundo Saúde*. 2011; 35(4):427-37.
5. Alcântara MAS. Desospitalização de pacientes idosos: dependentes em serviço de emergência: subsídios para orientação multiprofissional de alta [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2012.
6. Rufino G, Gurgel M, Pontes T, Freire E. Avaliação de fatores determinantes do tempo de internação em clínica médica. *Rev Bras Clin Med*. 2012; 10(4):291-7. [Acesso ago 2017]. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n4/a3043.pdf>>.
7. São Paulo (Estado). Fundação do Desenvolvimento Administrativo. Leitões de Retaguarda: definições e perfil dos leitos na região metropolitana de São Paulo. Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo. 2013; 3(1).
8. Flesch LD, Araujo TCCF. Alta hospitalar de pacientes idosos: necessidades e desafios do cuidado contínuo. *Estud. psicol.* (Natal). 2014; 19(3):227-36.
9. Guerrero LL, Catalán AG. Variáveis biopsicossociais relacionadas à duração de hospitalização em idosos. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2011; 19(6):[08 telas]. [acesso set 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_14.pdf>.
10. Observatório ANAHP 2017 – Publicação Anual. Edição 9ª. [Acesso fev 2018] Disponível em <http://anahp.com.br/produtos-anahp/observatorio/observatorio-2017>.
11. Passos SSS, Sadiguský D. Cuidados de enfermagem ao paciente dependente e hospitalizado. *Rev Enferm UERJ*. 2011; 19(4):598-603.
12. Fontes CAS, Alvim NAT. Human relations in nursing care towards cancer patients submitted to antineoplastic chemotherapy. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21(1): 77-83.
13. Associação Nacional de Hospitais Privados. Nota Técnica Anahp. NEA - Núcleo de Estudos e Análises. Longa Permanência. São Paulo, 2015. 28p.
14. Wagner D. Estado da arte dos cuidados paliativos oncológicos: retrato da assistência no município de Juiz de Fora [dissertação]. Juiz de Fora, MG: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2013. 175 f.
15. Vecina Neto G, Cruz LP. Desospitalização. In: Vecina Neto GV, Malik AM. *Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Ed Guanabara Koogan; 2011. p.226-29.
16. Boutwell AE, Johnson MB, Rutherford P, Watson SR, Vecchioni N, Auerbach BS, et al. An early look at a four-state initiative to reduce avoidable hospital readmissions. *Health Aff* (Millwood). 2011; 30(7):1272-80.
17. Marconi MA, Laktos EM. *Técnicas de pesquisa*. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 1990.
18. Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 1992.
19. Bermudes WL, Santana BT, Braga JHO, Souza PH. Tipos de escalas utilizadas em pesquisas e suas aplicações. *VÉRTICES, Campos dos Goytacazes/RJ*, v.18, n.2, p. 7-20, maio/ago. 2016. DOI: 10.19180/1809-2667.v18n216-01. [Acesso em maio de 2018]. Disponível em <http://essentiaeditora.iff.edu.br/index.php/vertices/article/viewFile/1809-2667.v18n216-01/5242>.
20. Lima R O, Dacle VC. Percepção da família do paciente em relação a modalidade de internação domiciliar. *Dissertação de Mestrado*. Universidade Federal de Minas Gerais – Escola de Enfermagem. Belo Horizonte. 2004
21. Bolenius K, Lamas K, Sandan PO, Edvardsson D. Effects and meanings of a person centred and health promoting intervention in homecare services. A study protocol of a non randomized controlled trial. *BMC Geriatrics Series*. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0445-0> [acesso nov 2017] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28209122>