

A amplificação do vocábulo desospitalização

Atualmente, a literatura médica associa a humanização à desospitalização, o que interligaria uma rápida recuperação do paciente no seu domicílio, racionalizaria a utilização dos leitos hospitalares para doenças agudas e descompensadas e reduziria custos com a assistência à saúde. Assim sendo, considera-se a assistência domiciliar como uma estratégia importante do processo de desospitalização¹⁻⁵.

Trata-se, porém, de um processo complexo e dependente de relações entre várias esferas como a instituição, com sua política de gestão, o conhecimento e a desenvoltura dos profissionais de saúde, a transferência de conceitos aos usuários e seus familiares, além da rede de atenção à saúde (RAS). Existem fragilidades nesse processo, principalmente da instituição, que envolvem questões de implementação, sistematização e reorganização dos processos internos¹.

O papel da instituição na desospitalização

Com o número crescente da superlotação nos hospitais, decorrente da alta demanda de pacientes e a falta de uma política clara para a alta hospitalar, urge a aplicação de indicadores para controlar o gerenciamento dos leitos⁶⁻¹⁰.

Com o intuito de otimizar a atualização dos leitos hospitalares, esforços de cunho assistencial e financeiro devem ser implementados, visto que o quantitativo não acompanha a demanda de internação. Isso ocasiona preocupação da sustentabilidade do sistema de saúde com a melhoria do planejamento da ocupação dos leitos. Com esse objetivo, no Brasil, o Núcleo Interno de Regulação (NIR), instituído por portaria pela Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), gerencia os leitos hospitalares como uma ferramenta capaz de redesenhar e aprimorar o caminho do paciente¹⁰⁻¹⁴.

Cada instituição deve entender que a eficiência do hospital começa no planejamento da alta, combate à superlotação dos leitos, aferição da sustentabilidade da operação e satisfação do cliente com conseqüente redução dos custos e fortalecimento da instituição¹⁵.

Ao se aprimorar o caminho do paciente entre as equipes de atendimento, instalações e unidades de saúde, melhora-se a comunicação e o cuidado. Estabelecer esse fluxo é primordial desde a entrada no hospital, que pode ser via pronto-socorro ou unidade de internação, passa pela espera de um leito, admissão, tratamento, interconsultas, além de exames e finaliza na alta médica e na alta efetiva¹⁵.

Ao desenhar o fluxo deve-se atentar aos problemas e interfaces dessa jornada, bem como às barreiras que existem para a alta hospitalar, que são o corpo clínico, a equipe multidisciplinar, o paciente e seus familiares, além dos cuidados com higienização, manutenção, hotelaria e a comunicação¹⁵.

Estudos preliminares demonstram que 50% das razões para o atraso da alta hospitalar estão relacionadas ao desconhecimento do seu horário, falta de transporte e falta de alguém para

cuidar do paciente. Cerca de 32% são relacionadas aos médicos (18,5% relacionados a pedidos médicos de serviços adicionais e 13,5% por atraso da confirmação da alta hospitalar), 10% com atrasos relacionados à enfermagem e 8% relacionados a outras razões¹⁵.

Para contornar esses problemas, indicadores são vitais para a eficiência da gestão dos leitos como o tempo médio de permanência, horário da alta médica vis-à-vis o horário da alta hospitalar, a higienização e intervalo de substituição dos leitos bem como as taxas de ocupação¹⁵.

Mas como gerenciar?

A criação de uma Comissão de Desospitalização envolvendo múltiplos players da instituição é a forma mais democrática e eficaz, visto tratar-se de uma comissão multiprofissional atenta aos cuidados do paciente com as premissas de controlar os indicadores de desempenho, além de ter metas e projetos de melhoria.

Também poderão atuar na efetividade da intervenção clínica, na auditoria clínica e participativa, na gestão do risco de eventos adversos, na educação e treinamento dos profissionais, no desenvolvimento de pesquisas clínicas e na transparência de todos os processos e relações interpessoais¹⁵.

Assim, a instituição poderá traçar seus pilares da alta hospitalar com a previsibilidade da alta assertiva, preparação proativa da alta hospitalar, a identificação das necessidades pós-alta, a priorização da alta e a coordenação do processo de saída, além de otimizar a transição do cuidado¹⁵.

Os indicadores para uma alta assertiva baseiam-se em uma data para a alta, com preferência nas primeiras 24 horas após a admissão. Deve-se reavaliar diariamente e assertivamente essa previsão, promover a visibilidade da alta e não deixar de focar nos esforços para a alta nos casos menos complexos¹⁵.

Com todos os cuidados supracitados, a instituição entregará não somente uma melhoria de suas funções, como também contribuirá para a experiência do paciente. Por mais que pareça um termo antigo, é uma estratégia para o bem-estar biopsicossocial de quem está sendo cuidado, é a vivência em todas as dimensões quando se enfrenta uma condição de saúde adversa, desde a suspeita do diagnóstico até as perspectivas futuras. Para quem presta o serviço é a continuidade da existência da instituição enquanto negócio¹⁶.

Considerações finais

O processo de desospitalização é complexo e deve se iniciar com mudanças de paradigmas gerenciais das instituições, com o envolvimento do corpo clínico, da equipe multidisciplinar e dos pacientes e seus familiares.

Assim sendo, é importante considerar todo processo de internação, alta médica, alta hospitalar com integralidade, cuidado do paciente e o fortalecimento de profissionais, usuários e familiares para o cuidado pós alta.

Eric Pinheiro de Andrade, Neusa Harumi Segoshi, Maria Ângela de Souza

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – Iamspe

REFERÊNCIAS

1. Silva KL, Sena RR, Castro WS. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(4):e67762. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.67762>.
2. Oliveira SG, Kruse MHL, Sartor SF, Eschevarría-Guanilo ME. Enunciados sobre a atenção domiciliar no cenário mundial: revisão narrativa. *Enferm Global.* 2015 jul;39:375-89.
3. Vasconcelos JF, Ferreira CN, Santana CES, Souza CR, Valente MLF. Desospitalização para cuidado domiciliar: impactos clínico e econômico da linezolida. *J BrasEcon Saúde.* 2015;7(2):110-5.
4. Simão VM, Miotto RCT. O cuidado paliativo e domiciliar em países da América Latina. *Saúde Debate.* 2016;40(108):156-69.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
6. Salway RJ, Valenzuela R, Shoenberger JM, Mallon WK, Viccellio A. Emergency department (ed) overcrowding: evidence-based answers to frequently asked questions. *Rev MédicaClínicaLas Condes.* 2017;28:213-19. doi: [10.1016/j.rmclc.2017.04.008](https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.04.008).
7. Richardson J. What's really happening with hospital bed numbers?. *BMJ.* 2017;358:j4439. doi: [10.1136/bmj.j4439](https://doi.org/10.1136/bmj.j4439) » <https://doi.org/10.1136/bmj.j4439>
8. Tampubolon L, Pujiyanto. Bed management strategy for overcrowding at the emergency department: a systematic review. *KnE Life Sciences*, 2, 2017, Dubai. *Anais. Dubai: International Conference on Hospital Administration.* 2017:50-9. doi: [10.18502/cls.v4i9.3557](https://doi.org/10.18502/cls.v4i9.3557) » <https://doi.org/10.18502/cls.v4i9.3557>
9. Goldwasser RS, Lobo MSC, Arruda EF et al. Difficulties in access and estimates of public beds in intensive care units in the state of Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública.* 2016;50:19. doi:[10.1590/S1518-8787.2016050005997](https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005997)»<https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005997>.
10. Borges F, Bernardino E, Stegani MM, Tonini NS. Performance of nurses in the bed management service of a teaching hospital. *Rev BrasEnferm.* 2020;73(4):e20190349. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0349>
11. Claret PG. Boudemaghe T, Bobbia X. Consequences for overcrowding in the emergency room of a change in bed management policy on available in-hospital beds. *Australian Health Review.* 2015;40(4):466-72. doi: [10.1071/AH15088](https://doi.org/10.1071/AH15088)
12. Aguilar-Escobar V, Bourqueb S, Godino-Gallegoc N. Hospital kanban system implementation: Evaluating satisfaction of nursing personnel. *InvestigEuropeasDirecEcon Empresa.* 2015;21(3):101-10. doi: [10.1016/j.iedee.2014.12.001](https://doi.org/10.1016/j.iedee.2014.12.001)
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) [Internet]. 2013 [citado 2019 Jan 20]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html
14. Soares VS. Análise dos Núcleos Internos de regulação hospitalares de uma capital. *Einstein [Internet]* 2017 [cited 2019 Abr 25];15(3):339-43. Available from: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/3878-339-343-Analise-dos-Nucleos-Internos-de-Regulacao-hospitalares.pdf>
15. Projeto Lean nas emergências. Gestão de leitos. hc.famema.br, 2023. Disponível em:http://hc.famema.br/wp-content/uploads/2022/07/03_GEST%C3%83O_DE_LEITOS_REV_01.pdf. Acesso em: 1º de agosto de 2023.
16. Rodrigues KC. Experiência do paciente: como criar, implementar e gerir bem um programa de excelência em experiência de pacientes – 1a ed. São Paulo (SP): Patient Centricity Books, 2023.