



Relação do Melhor em Casa com os hospitais: viabilizando a desospitalização

A relação do Programa Melhor em Casa com a rede hospitalar é estratégica e fundamental para viabilizar a desospitalização, permitindo que usuários internados continuem o tratamento em casa, de forma abrangente e responsável, abreviando o tempo da internação.

Um dos preditores de permanência inapropriada dos usuários no hospital é a disponibilidade ou não de serviço de atenção domiciliar (PANIS *et al.*, 2003).

➤ **BENEFÍCIOS DA DESOSPITALIZAÇÃO:**

- ✓ Humanização da atenção;
- ✓ Maior conforto para o usuário e sua família;
- ✓ Minimiza intercorrências clínicas;
- ✓ Usuário não fica exposto à infecção hospitalar;
- ✓ Disponibilização de leitos para os usuários que necessitam de internação hospitalar;
- ✓ Tendência a menor uso de exames/medicamentos de forma desnecessária;
- ✓ Aumento dos leitos de retaguarda às urgências/emergências;
- ✓ Otimização de recursos;
- ✓ Promove autonomia dos usuários e familiares, através da capacitação de familiares, cuidadores e o próprio usuário para o cuidado dentro de seu próprio ambiente.

➤ **SITUAÇÕES/CONDIÇÕES COMUNS NOS HOSPITAIS QUE PODEM TER O CUIDADO CONTINUADO NO DOMICÍLIO PELO SAD:**

- Todo o usuário que estiver internado em hospital, com quadro clínico estabilizado, segundo avaliação, mas ainda necessita de determinados cuidados especiais que podem ser realizados no domicílio de maneira imediata à alta, por equipes da Atenção Básica (na modalidade AD1) ou do SAD (nas modalidades AD2 ou AD3);
- Condições de pós - operatórios em geral (ex: fratura de fêmur);
- Condições de restrição ao leito/lar e uso de equipamentos/insumos (ostomias, sondas, terapia nutricional, BIPAP, paracentese de alívio, terapia renal substitutiva) e necessitam de capacitação da família/cuidador;
- Condições de restrição ao leito/lar e com úlceras/feridas extensas em uso de curativos complexos;

- Condições de cuidados paliativos (controle da dor e outros sintomas) que necessitam de atendimento domiciliar frequente e intensivo;
- Situações de recém-nascidos de baixo peso que necessitam de atendimento domiciliar frequente e intensivo;
- Situações de dependência funcional egressas de longas hospitalizações, que necessita de atendimento domiciliar frequente e intensivo, além de capacitação in loco da família/cuidador (ex: doenças neurodegenerativas progressivas em fase intermediária e avançada, sequelas de acidente vascular encefálico e outros);
- Problemas respiratórios com necessidade de oxigenoterapia domiciliar que necessitam de cuidados frequentes devido à condição do quadro clínico (como asma, DPOC, doenças neurológicas);
- Condições de dependência de ventilação mecânica;
- Condições que necessitam de antibioticoterapia venosa no domicílio. (ex: doenças infecciosas);
- Uso de anticoagulantes, com necessidade de ajuste de RNI;
- Condições que necessitam de compensação/estabilização de condições crônicas agudizadas, sem instabilidade clínica e restritos ao leito de maneira temporária ou definitiva;
- Situações que necessitam auxílio na transição da alta hospitalar para AB nas situações de necessidade de ajuste terapêutico e avaliação clínica frequente (exemplo: diabetes descompensada, ICC descompensada e outros).

Para saber mais: Acessar o Capítulo 5 do Caderno de Atenção Domiciliar Volume 1

➤ COMO FAZER?

A **estratégia de alta programada** deve ser uma prática reforçada entre os profissionais que compõem a equipe do hospital. Esta prática é uma das ferramentas necessárias a desospitalização. Para isso, é necessário que os profissionais reservem um espaço para discussão dos casos passíveis de transferência da assistência para a AD, visando promover a longitudinalidade do cuidado, considerando o cuidado domiciliar.

A disseminação desta estratégia entre todos os setores do hospital é de fundamental importância para ampliar a compreensão do processo de desospitalização e propiciar o reconhecimento dos perfis de usuários indicados. Além disso, os profissionais e a gestão do hospital devem considerar o trabalho em equipe, compartilhando com outros serviços de saúde da rede de atenção local e/ou regional para a efetivação de encaminhamentos seguros e no tempo oportuno.

Na alta programada é preciso a sistematização do trabalho, com instrumentos de monitoramento, encaminhamento e determinação de fluxos, para facilitar as altas e atenuar os problemas relativos à permanência hospitalar desnecessária. Como fazer:

- Busca ativa, com corridas de leito periódicas pré-estabelecidas, para discussões sistematizadas com corpo clínico do hospital, visando adequação de estratégias para alta e desospitalização responsável;
- Elaboração e implantação de protocolos e fluxos, além de formulários específicos para desospitalização;

- Integração com a Regulação, na construção conjunta de critérios para altas e transferências do cuidado;
- Elaboração e implantação de planilhas de acompanhamento de usuários de longa permanência, com avaliação periódica;
- Reuniões quinzenais para discussão de casos clínicos e pendências de cada setor do hospital (enfermarias de cada clínica, PA, UTI e outros);
- Educação permanente para qualificação e orientação dos profissionais;
- Quando se tratar de um Hospital inserido no SOS Emergências, participar das reuniões do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH), compartilhando o processo de planejamento para a implantação e desenvolvimento das atividades relacionadas ao processo de desospitalização e alta programada;
- Preparação para alta por meio de contatos familiares e interinstitucionais, acesso aos equipamentos, medicamentos e insumos. É imprescindível articulação com todos os pontos de atenção à saúde e outros setores e equipamentos sociais.

➤ **Proposta de fluxo de desospitalização (“Alta Programada”):**

- A equipe responsável pelo cuidado no hospital deverá repassar a equipe hospitalar do Serviço Social, a Ficha de Encaminhamento preenchida preferencialmente com quatro dias úteis de antecedência da previsão de alta;
- Neste período que antecede a alta deverá ocorrer a qualificação/treinamento do cuidador/família, a identificação e providencia dos materiais que serão imprescindíveis para alta, o contato/articulação com a unidade básica de referência (AD1) ou com o SAD (AD2 ou3) para agendamento de visita prévia no hospital, sempre que possível, e antes da alta. **É altamente recomendável que a equipe hospitalar se comunique pessoalmente ou por telefone com a equipe da Unidade Básica ou SAD, para que os detalhes do caso e da proposta de plano terapêutico possam ser discutidas e alinhadas entre ambas;**
- A Ficha de Encaminhamento (referência e contra referência) e o Relatório de Alta deverão ser repassados à unidade básica de referência e/ou ao SAD.

A saída do paciente/usuário está condicionada à efetivação da qualificação/treinamento do cuidador e a liberação do material.

FIGURA 1: Fluxograma de Desospitalização

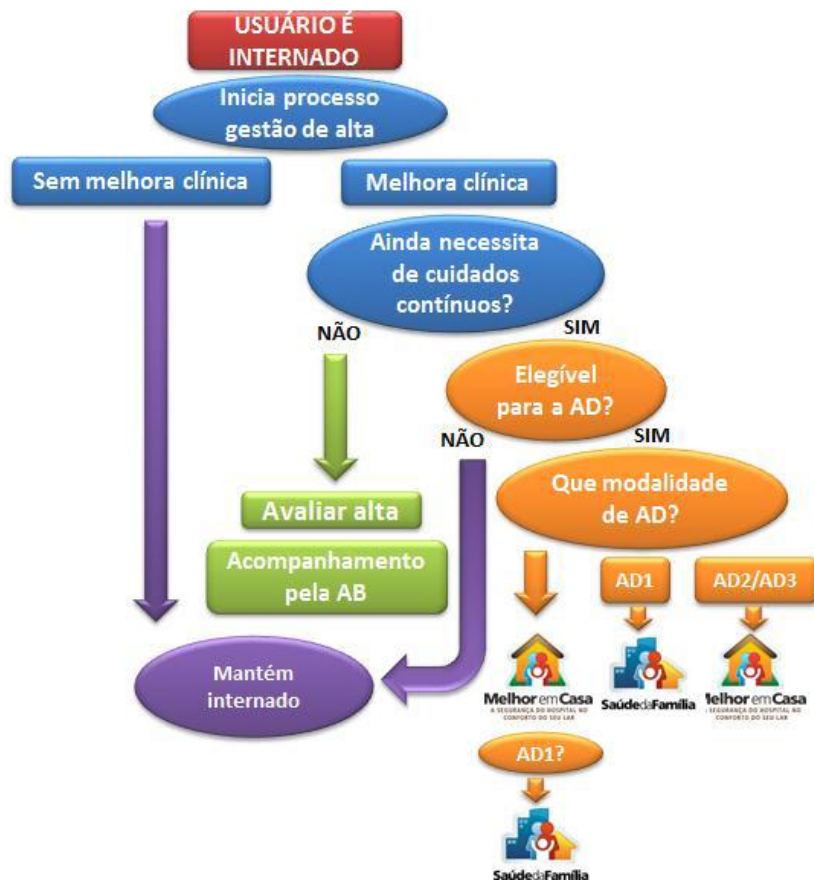
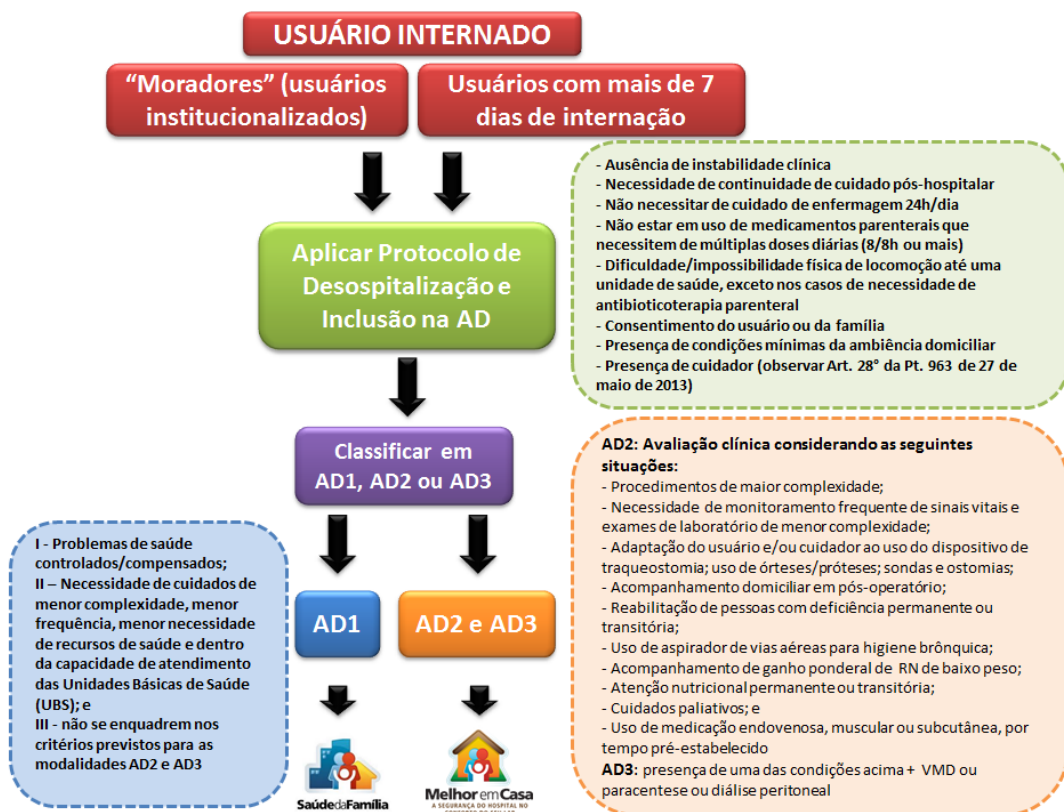


FIGURA 2: Fluxograma para tomada de decisão na Desospitalização



REFERÊNCIAS

PANIS, L. J. G. G.; GOOSKENS, M.; VERHEGGEN, F. W. S. M.; POP, P.; PRINS, M. H.
In: International Journal for Quality in Health Care, 2003: vol. 15, number I: pp57-65.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,
Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 2 v.: il. ISBN 978-85-
334-1966-7.