

Por que eles permanecem: causas de atraso na saída em pacientes de alta médica

Why they remain: causes for delay in leaving hospital among discharged patients

Fabio Yoshito Ajimura¹, Ana Maria Malik²

1. Mestre em Administração de Empresas, diretor do PROAHSA.
2. Mestre em Administração, Doutora em Medicina Preventiva, Professora Titular da EAESP FGV, diretora adjunta do PROAHSA.

CONTATO: Fabio Yoshito Ajimura | Av. Padre Anchieta, 252 apto. 102 B | Santo André | São Paulo | CEP 09090-710

APOIO: Pós-graduação da FGV-EAESP concedeu bolsa de estudos a Fabio Yoshito Ajimura.

Resumo Pacientes que recebem alta e permanecem internados têm se tornado um problema frequente em hospitais de diversas partes do mundo. Este estudo tem como objetivo identificar os motivos mais frequentes que fizeram com que pacientes de alta permanecessem sem necessidade no hospital, levando ao uso inadequado do recurso leito hospitalar, e compará-los com o que mostra a literatura internacional. Foi realizado um estudo descritivo em um hospital público universitário de longa permanência, na Região Metropolitana da Grande São Paulo, através de levantamento de dados de prontuários fornecidos pelo SAME do Hospital. Os motivos mais comuns foram problemas relacionados a transporte para a residência, suporte da rede, resistência dos pacientes/familiares, adequação da moradia, espera por documentação e treinamento de familiares/cuidadores. Identificou-se especificidade na realidade brasileira em relação à bibliografia internacional, evidenciando a necessidade de soluções direcionadas a cada realidade para obter melhor utilização dos serviços.

PALAVRAS-CHAVE: Hospitais de convalescentes. Ocupação de leitos. Planejamento da alta. Alta do paciente.

Abstract Discharged patients that remain in the hospital have become a frequent problem in hospitals all over the world. This study aims to identify the more common reasons for this unnecessary stay, which leads to the inappropriate use of hospital beds, and to compare them to the international

literature. This is a descriptive study about the delays of discharged patients in leaving a university long stay public hospital at the Metropolitan Area of São Paulo, using data from the hospital medical records provided by the Hospital Records Service. The most frequent reasons were problems related to transportation from the hospital to the patients' homes, support from the healthcare network, patients and family resistance to the discharge, home adequacy, wait for pending documents, and training of family members and caregivers. Specificities of the Brazilian reality were identified compared to the international bibliography, showing the need for solutions aimed at each reality to achieve better service utilization.

KEYWORDS: Convalescent Hospitals. Bed occupancy. Discharge planning. Patient discharge.

Introdução

A finalização do processo de internação deve ocorrer com a saída do paciente. Óbito, evasão e alta a pedido são tipos de saídas¹ indesejáveis, que podem ser evitados através de ações de gestão: óbitos evitáveis ocorrem por problemas na assistência (falta de insumos ou não cumprimento de procedimentos normatizados, entre outras causas); evasão pode ser obstada por sistemas de segurança eficazes e é possível evitar altas a pedido identificando o que os pacientes desejam. Os outros dois tipos de saída, tanto a alta hospitalar quanto a transferência, são administráveis e, desta forma, otimizáveis.

Problemas na alta hospitalar são definidos como aqueles que surgem quando um paciente está pronto, sob o ponto de vista médico, para deixar o hospital (ou seja, "de alta médica"), mas algumas necessidades relacionadas ao processo de assistência não estão contempladas, impossibilitando a saída do paciente e prolongando, aparentemente sem necessidade, a internação hospitalar. Pacientes que recebem alta pela equipe médica, mas permanecem internados, têm se tornado um problema em hospitais de todo o mundo, sendo que a localização, cultura, sistema de saúde local e tipo do hospital influenciam na condução dos casos².

A política hospitalar brasileira praticamente se restringe a hospitais voltados a pacientes agudos. No caso de instituições que se dedicam a outro tipo de condição (convalescentes, doentes crônicos, pacientes terminais) encontram-se poucos serviços e menos ainda normas e mecanismos de financiamento para eles. Uma das características dessas unidades é permanência mais prolongada. Define-se hospital de longa permanência como aquele cuja média de permanência de pacientes internados ultrapassa 30 dias¹. Estas organizações requerem profissionais especializados num determinado tipo de cuidado, dadas as características de seus pacientes. O processo de tratamento em instituições de cuidados prolongados apresenta mais variáveis do que apenas a estabilização do quadro clínico para a posterior alta. Diversos fatores influenciam essa etapa e acabam impactando na média de permanência, uma vez que, geralmente, atrasam a saída e geram ineficiência.

Embora se encontre artigos referentes ao problema na literatura internacional, com predominância de trabalhos sobre atraso na saída focando o paciente idoso^{3,4,5}, a carência de artigos sobre a realidade nacional e o baixo número de trabalhos relacionados a enfermos de outras faixas etárias justifica a necessidade por estudos que não

se restrinjam a esse tipo de paciente. O presente artigo discute as causas que impedem a saída de pacientes que receberam alta médica num hospital público de longa permanência, com o intuito de propor formas de atuação que reduzam o período médio que o paciente lá permanece.

Método

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo transversal, realizado no Hospital Auxiliar de Suzano (HAS) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), localizado na Região Metropolitana da Grande São Paulo (RMGSP). O HAS recebe pacientes de todos os Institutos do HCFMUSP e conta com 102 leitos operacionais para o atendimento de clínica médica, ortopedia, cirurgia e pediatria.

Foram incluídos na pesquisa todos os pacientes internados no HAS a partir de 01 de janeiro de 2011 e que saíram (altas e transferências) até 31 de dezembro de 2014. Foram excluídos da amostra os pacientes internados a partir de 01 de janeiro de 2011 e permaneceram internados após a data de 31 de dezembro de 2014 e todos os casos que apresentaram óbitos.

A coleta de dados foi realizada por meio de análise dos prontuários existentes no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), após levantamento no Sistema de Informação e Gestão Hospitalar (SIGH) dos pacientes internados no HAS no período definido. Utilizou-se um formulário estruturado para levantamento das informações nos prontuários dos pacientes que atenderam os critérios de inclusão no estudo no qual constavam informações entre as quais nome, idade (no momento da internação), sexo, vínculo empregatício, data da alta médica, da saída, tempo de internação e diagnóstico. Os pacientes foram divididos em dois grupos que receberam alta: os que permaneceram no hospital e os que saíram. No presente artigo são estudados aqueles que permaneceram. O período entre a alta médica e a saída hospitalar foi considerado como “atraso da alta” e foram registrados os motivos pelos quais o paciente permaneceu internado, mesmo após receber alta

médica. Após a coleta de dados utilizou-se o software Minitab 17 para análise e o nível de significância estatística foi estabelecido com $p < 0,05$.

O estudo em questão foi realizado no Hospital Auxiliar de Suzano e a metodologia utilizada limitou-se a um levantamento de dados de prontuários, não havendo identificação do sujeito, assim como não acarretando em qualquer mudança no prognóstico e também não possuindo qualquer interferência, impacto ou mudança no tratamento.

Desta forma, o trabalho foi desenvolvido com anuência e concordância da gestão do hospital e com a autorização da Superintendência do HCFMUSP conforme documento disponível para verificação (Ofício Dir HAS nº 188/2016).

Resultados

Entre 01 de janeiro de 2011 e 31 de dezembro de 2014 ocorreram no HAS 1.211 internações, sendo 759 (62,7%) pacientes do sexo masculino e 452 (37,3%) feminino. A média de idade foi $53,9 \pm 20,7$ anos. Apenas 3,3% das internações corresponderam a pacientes pediátricos; 46,2% dessas internações foi de adultos entre 30 e 59 anos. A maior parte dos pacientes era originária do estado de São Paulo (96,7% das internações), sendo 71,4% provenientes da capital. Em 13 internações (1,1%) os pacientes referiram ser moradores de rua sem origem definida ou não souberam informar a cidade de origem prévia à internação. Mais da metade dos pacientes (57,7%) não possuía vínculo empregatício no momento da internação; 20% exerciam atividade profissional com registro em carteira de trabalho e 19,2% referiram ser aposentados, pensionistas ou receber benefício da LOAS (Lei Orgânica de Assistência Social). 3,1% deles não responderam à pergunta referente a vínculo empregatício ou remuneração.

Durante o período estudado, 56 pacientes permaneceram internados após a data limite, de 31 de dezembro de 2014. Isto os levou a serem excluídos da análise, conforme critério estabelecido. Outras 333 internações resultaram em óbito durante o período, tendo sido também retiradas do estudo. O número final de internações consideradas para análise foi, então, de 822.

Tabela 1. Tempo médio de internação por especialidade (HAS – 2011 a 2014)

ESPECIALIDADE	TOTAL	%	TEMPO MÉDIO DE INTERNAÇÃO (DIAS)
NEUROLOGIA	454	55,2%	69
CLÍNICA MÉDICA	265	32,2%	84
ORTOPEDIA	91	11,1%	88
PEDIATRIA	12	1,5%	67

Fonte: Elaboração dos autores a partir da base de dados da pesquisa

As causas de internação mais comuns entre os pacientes internados e que tiveram alta entre 2011 e 2014 foram classificadas utilizando a 10ª Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)⁶. A causa de internação mais frequente foi devido a Causas externas, correspondendo a 29,1% das internações (239). Outros motivos comuns de internação foram Doenças do sistema circulatório, Doenças do sistema nervoso, Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e Infecção pós-operatória. Estes cinco grupos de diagnósticos representaram 70% das internações do período estudado.

Das 822 internações estudadas, a saída hospitalar ocorreu no mesmo dia em que a alta médica foi de 356 casos (43,3%). Nos 466 casos restantes (56,7%) ocorreram atrasos na saída: o paciente permaneceu internado por um ou mais

dias sem indicação clínica, após ter recebido alta do médico responsável pela internação. A média de atraso na saída desses 466 pacientes foi de 19,1 dias, com mediana de 7 dias e variação de 1 a 606 dias. A Tabela 2 mostra a distribuição de atrasos na saída por especialidade.

Tabela 2. Atrasos na saída após alta médica/especialidade (2011-2014)

Especialidade	Número de casos (%) N=822	Sem atraso (%) N=356	Com atraso (%) N=466
CLÍNICA MÉDICA	265 (32,2%)	130 (36,5%)	135 (29,0%)
NEUROLOGIA	454 (55,2%)	184 (51,7%)	270 (57,9%)
ORTOPEDIA	91 (11,1%)	33 (9,3%)	58 (12,5%)
PEDIATRIA	12 (1,5%)	9 (2,5%)	3 (0,6%)

Fonte: Elaboração dos autores a partir da base de dados da pesquisa

Com relação aos motivos para o atraso na saída dos 466 pacientes que tiveram alta médica e permaneceram internados, a principal causa foi a espera pelo transporte por parte dos familiares para levarem o paciente para casa, seguido pelo aguardo de ambulância. Todos os motivos para o atraso da saída estão mostrados na Tabela 3.

O transporte foi, portanto, responsável por mais da metade (54,5%) dos atrasos na saída dos pacientes após alta médica no período considerado.

Tabela 3. Motivos do atraso na saída do paciente após a alta médica (HAS – 2011 a 2014).

MOTIVO DO ATRASO	NÚMERO (%) N=466	MEDIANA DIAS	DISTÂNCIA INTERQUARTÍLICA
TRANSPORTE FAMILIAR	185 (39,7%)	4,0	7,0
AGUARDO DE AMBULÂNCIA	69 (14,8%)	6,0	8,5
SUPORTE DA REDE, VAGA, TRANSFERÊNCIA	59 (12,7%)	10,0	48,0
RESISTÊNCIA PACIENTE/FAMILIAR PARA SAÍDA	58 (12,4%)	19,5	47,5
ADEQUAÇÃO DE CASA, EQUIPAMENTOS	44 (9,4%)	9,0	16,0
AGUARDO DE EXAMES E DOCUMENTAÇÃO	28 (6,0%)	9,0	19,7
AGUARDO DE TREINAMENTO DE FAMILIARES / CUIDADORES	22 (4,7%)	7,0	10,5

Fonte: tabela elaborada pelos autores com dados da pesquisa

Discussão

O HAS é um hospital público, universitário, voltado ao atendimento de pacientes que necessitam permanecer internados por um

período prolongado (superior a 30 dias)¹. Das 1.211 internações ocorridas entre 01 de janeiro de 2011 e 31 de dezembro de 2014, deixando de lado pacientes que foram a óbito no período e os que permaneceram no hospital após a última

data mencionada, consideraram-se para fins deste estudo 822 internações. O motivo mais frequente dessas 822 internações foi decorrente de causas externas (Capítulos XIX e XX da CID 10), que respondeu por 27% dos pacientes, o que pode justificar a predominância do sexo masculino (62,7%) entre eles. A especialidade com maior número de internações no período foi a Neurologia (55,2%), o que é explicado pelo grande número de pacientes com traumatismo crânio-encefálico ou hematoma intracraniano, também decorrente de traumas por acidentes, que fazem parte das causas externas. Essa especialidade também foi a que apresentou maior quantidade de pacientes com atraso na saída, de forma semelhante à encontrada em estudo realizado no Reino Unido, na cidade de Oxford⁷.

Em 356 casos (43,3%) a saída do hospital ocorreu no mesmo dia que foi dada a alta pelo médico, tendo ocorrido atraso na saída em 466 das internações (56,7%). Essa porcentagem de atrasos para a saída mostra-se pelo menos 6 vezes mais elevada do que verificado em estudos realizados na Itália⁸, onde foram identificados atrasos em 8% dos casos internados e na Espanha, onde a porcentagem foi de 3,5%². Na média, o atraso aumentou em 19 dias a permanência do paciente. Todos esses atrasos correspondem a uma ineficiência considerável, impedindo que leitos para paciente não agudos, já escassos, sejam utilizados por quem deles tenha real necessidade.

Estes dados se refletem em aumento de custos. Estudo realizado no Reino Unido⁹ estima em mais de 4 vezes o gasto decorrente de pacientes de alta que permaneciam internados no hospital levando em conta não apenas os pacientes com atraso na saída, mas também aqueles que permaneceram em leitos de maior custo, que deveriam ter sido transferidos. No presente estudo, no entanto, foram apresentados os dados apenas do HAS, sem considerar a ocupação desnecessária de leitos de custo mais elevado dos demais Institutos do HCFMUSP que não puderam transferir seus pacientes para o instituto em análise devido à falta de leitos ocupados por pacientes de alta.

Infecção pós-operatória foi o quinto diagnóstico mais comum nas internações, com 64 daquelas

822 consideradas. Dessas, ocorreu atraso na saída do paciente em 46. Esse tipo de diagnóstico, além de acarretar impacto financeiro¹⁰, está ligado à segurança do paciente. O *Institute of Medicine* (IOM, Instituto de Medicina dos EUA) incorporou segurança do paciente como um dos seis atributos da qualidade, juntamente com efetividade, centralidade no paciente, oportunidade do cuidado, eficiência e equidade. Segurança é um atributo que responde por evitar lesões e danos decorrentes do cuidado nos pacientes, uma vez que o cuidado deveria ter como objetivo ajudá-los¹¹. No Brasil, desde 2013, foi criado, por meio da Portaria nº 529, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que implica a criação de uma comissão ligada ao tema nos hospitais. A do HAS é de 2014, tendo tido pouco influência nos dados sob análise

A especialidade de Pediatria apresentou frequência baixa de saídas com atraso. Uma possível causa é o interesse dos pais em ter a criança de volta ao domicílio assim que possível.

Verificou-se na literatura estudada que idade avançada está associada com atraso na saída⁸. No HAS ocorreu um aumento das porcentagens de atrasos na alta coincidente com o aumento nas faixas etárias, iniciando com 32,1% na Pediatria e atingindo 64,1% na faixa a partir de 60 anos. Uma possível justificativa para esse atraso na saída nos pacientes idosos é que, comumente, aqueles com idade mais avançada apresentam maiores déficit cognitivo e dependência para os cuidados em domicílio após a alta, tornando necessário treinamento de familiar e/ou cuidador. Reforça esta hipótese a verificação de que 54,6% dos casos de atraso foram por necessidade de treinamento de familiares e cuidadores de pacientes nessa faixa etária.

O motivo mais comum para o atraso na saída estava relacionado com o transporte por familiares. Em cerca de 40% dos casos de atraso, a espera até a família providenciar o transporte do paciente para casa levou em média 8 dias. Trata-se de motivo não relatado em estudos internacionais; nos demais trabalhos analisados, as principais causas estão relacionadas à necessidade de vagas em outros estabelecimentos ou aguardo de suporte da rede assistencial^{2,7,8}. Isto pode ser devido à precariedade

dos sistemas de transporte de doentes e de transportes públicos no estado de São Paulo, que estão longe dos padrões de outros países com literatura sobre o tema.

O fato de o HAS não possuir pronto-socorro ou ambulatório como fonte de internações, mas a totalidade de seus pacientes vir transferida dos diversos Institutos que compõem o complexo HCFMUSP, pode ser o motivo de os pacientes não terem como domicílio a cidade onde se localiza o hospital. Apesar de este ser o motivo mais frequente de atraso, o transporte por familiares é o terceiro no número total de dias de atraso uma vez que a maior parte demora até 7 dias para sair. O segundo motivo mais frequente para o atraso na saída é a necessidade de transporte por ambulância para o destino, que pode ser outro estabelecimento de saúde ou social ou até mesmo o domicílio, correspondendo ao quinto motivo em número de dias. Não há veículo reservado para as altas hospitalares, pois as ambulâncias são utilizadas diariamente para outras finalidades, relacionadas ao próprio HCFMUSP ou a outros pacientes, que necessitam de serviços junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e à rede bancária (prova de vida). Além desses casos, eletivos, existem necessidades para os casos de urgências e emergências que são priorizados, gerando desmarcação dos transportes agendados previamente. Essa concomitância de necessidades diárias de transporte faz com que o agendamento da alta seja prejudicado, gerando mais demora na saída.

Como o tema transporte foi o responsável pelos dois primeiros motivos de atraso de alta, representando mais da metade de todos os casos que demoraram a sair, (54,5%), uma medida que teria grande impacto na redução de média de permanência seria diminuir o tempo de espera por transporte de qualquer tipo para a saída do paciente. Isso poderia ser atingido com oferta maior de ambulâncias ou outro tipo de veículo, seja com otimização de utilização dos carros atuais ou com o aumento da frota. Com relação à dificuldade para saída do paciente com transporte familiar, poderia ser implantada uma rotina para sua remoção até seu domicílio. Esse modelo já ocorre com pacientes internados em hospitais privados, onde operadoras

de planos de saúde liberam o transporte do paciente de alta para suas residências, evitando assim custos desnecessários com o prolongamento da internação e utilização ineficiente do recurso “leito hospitalar”.

A necessidade de vagas em outros estabelecimentos e suporte por parte da rede é o terceiro motivo mais frequente de atrasos da saída, com 12,7%, embora represente o primeiro motivo de atraso em número de dias, com média de 40 dias por paciente. Estudos realizados em outros países evidenciaram que o relacionamento com a rede era o motivo mais frequente para o atraso na saída em população estudada de pacientes com 80 anos ou mais¹² ou em pacientes idosos^{3,4}. Um motivo que explica a diferença entre os resultados encontrados na literatura e no HAS é a diferença de idade entre os pacientes analisados. Dos 466 pacientes que tiveram atraso para a saída no caso em discussão, apenas 39 (8,4%) tinham 80 ou mais anos de idade.

No HAS, a busca por vaga em outra instituição para seguimento do paciente é realizada por meio de profissionais do Setor de Serviço Social, que conta com 4 assistentes sociais. Ao receberem da equipe médica relatório solicitando a transferência do paciente, as assistentes sociais entram em contato com recursos próximos ao local de residência do paciente buscando alguma instituição baseada nas necessidades do paciente (Instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPI ou Casa de Repouso, por exemplo). A ILPI é uma instituição, governamental ou não governamental, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, quando o tratamento médico não constitui elemento central do atendimento, em condição de liberdade e dignidade de cidadania¹³. Já a Casa de Repouso é definida como instituição governamental ou não governamental, para pacientes em regime de internato e com mais de 60 anos, sob responsabilidade médica, destinada à prestação de serviços médicos, de Enfermagem e demais serviços de apoio terapêutico¹⁴. Até ocorrer liberação de vaga no local de destino, o paciente permanece internado, ocupando um leito hospitalar, mais caro e sem necessidade, mesmo que se mantenha em condições de alta.

Existem situações em que, ao ser programada a alta médica, o próprio paciente ou seus familiares se mostram contrários à saída do paciente do hospital. Apesar de representarem apenas 12,4% dos motivos de permanência desnecessária, elas foram responsáveis por 2.210 dias de atraso (25% do total). Apesar de a literatura já descrever essa causa de atraso e outros motivos que levam familiares a dificultar a saída do paciente², é importante ressaltar que diferenças regionais, culturais e legais levam a soluções distintas.

Estudo¹⁵ de 2014 discute abordagens possíveis para os casos em que o paciente não necessite mais permanecer internado, mas se recuse a deixar o hospital. Uma vez cumprido todo o planejamento de alta, pela legislação estadunidense¹⁶ é permitido dar andamento à transferência da responsabilidade financeira pela permanência da internação ao paciente e seus familiares. No Brasil (no HAS) isso não é possível. Assim, todo o custo das visitas médicas, sessões de fisioterapia, dietas, medicamentos, cuidados de Enfermagem, equipamentos médicos, materiais hospitalares é absorvido integralmente pela instituição hospitalar, onerando seu orçamento (público, proveniente basicamente do governo do estado) com procedimentos de necessidade questionável.

A necessidade de reforma de casa ou o aguardo pelo término de uma construção envolve um longo tempo de resolução. Como grande parte dos pacientes é acamada ou tem algum tipo de dificuldade para locomoção, torna-se necessária a adaptação do domicílio para seu retorno. Desta forma, também se observam familiares solicitando que os pacientes permaneçam internados, devido à impossibilidade de recebê-los sem a realização prévia de reformas. Existem ainda casos em que há necessidade de equipamentos específicos e de custo elevado, como respiradores usados no suporte ventilatório para pacientes com dependência de ventilação mecânica. Nessas situações o próprio hospital fornece o aparelho, viabilizando a saída do paciente. Para que isso ocorra, a moradia necessita ser avaliada previamente a fim de verificar suas condições.

A espera por exames ou documentação é outro fator de atraso de saída, gerando mais internações

prolongadas por motivos não médicos. Trabalho realizado na Universidade de Atlanta¹⁷ mostrou que manter um paciente internado apenas para esperar o resultado de um exame é algo que deve ser evitado. Com relação ao atraso devido especificamente ao aguardo de documentação, um dos principais motivos é a espera para o recebimento do benefício da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). Entre os destinos possíveis para o paciente que tiveram alta do HAS estão Casas de Repouso, mas para que esses locais aceitem a transferência do paciente é necessário que a documentação para o recebimento desse benefício esteja disponível.

O treinamento de familiares e cuidadores deve ser realizado principalmente quando o paciente é dependente de cuidados. Um dos principais fatores que dificultam o treinamento é a ausência de cuidador, pois os pacientes não residem no mesmo município ou no mesmo estado onde se encontram internados, e nem sempre a família dispõe de recursos financeiros para remunerar alguém profissional.

Conclusões

Os dados obtidos neste estudo mostraram que grande parte dos pacientes permaneceu internada por motivos não relacionados ao quadro clínico, acarretando ocupação de leitos por pacientes de alta médica e impossibilitando a internação de pacientes que necessitem de um leito hospitalar, muitas vezes aguardando em leitos de custo mais elevado.

Apesar de pesquisas internacionais identificarem uma série de motivos para a ocorrência de atraso na saída do paciente, foi possível verificar que fatores específicos influenciam a ocorrência desse fenômeno em diferentes realidades. Portanto, as alternativas de solução também precisam ser discutidas localmente para serem bem-sucedidas, sempre garantindo que a alta ocorra no momento oportuno. Evidências encontradas neste estudo mostram que é possível atuar de diversas formas para que os atrasos nas saídas hospitalares deixem de ocorrer. Afinal, foram encontrados fatores relacionados a basicamente três grupos de causas: paciente/familiares, instituição e rede assistencial.

O planejamento de alta deve ter início desde a entrada do paciente. Para isso, é necessário abordar não apenas a parte clínica, mas toda a situação econômico-familiar, para facilitar a saída após a alta médica. O paciente e/ou o responsável deve compreender o motivo pelo qual a internação está ocorrendo, o plano de cuidados durante o período dentro do hospital e a perspectiva de alta e saída, fazendo com que o paciente seja encaminhado para casa ou para seguimento em outro local. Pensar na gestão de um processo de transição hospital-casa pode ser uma forma de lidar com a questão. A resistência por parte do paciente e/ou seus familiares pode ser trabalhada ao longo de toda a internação para que haja uma aproximação e uma relação de confiança com a equipe assistencial.

O fator transporte já foi citado no estudo como um ponto importante a ser resolvido pois tem um grande impacto e pode ocorrer em outros serviços com o mesmo perfil de atendimento. Discutir a aquisição de um ou mais veículos é uma alternativa a ser considerada, pois evitaria o atraso na saída de diversos pacientes de alta. Possibilitar a saída do paciente que está de alta médica não envolve apenas aumentar a rotatividade do leito e internar outro paciente, mas também evita riscos desnecessários como infecções hospitalares. Trata-se de prática assistencial baseada na cultura de segurança ao paciente.

Existem atualmente diversos programas visando a diminuir os fatores de resistência para saída do paciente. Cuidados progressivos, cuidados continuados e cuidados prolongados são algumas maneiras que existem de auxiliar na transição do paciente para casa e evitar que ele retorne ao ambiente hospitalar. Hoje, conceitos como *nursing homes*, *assisted living* e *continuing care* estão difundidos e sistemas públicos de saúde de vários países têm providenciado assistência além do tratamento médico-hospitalar, oferecendo auxílio nos domicílios para preparo de refeições, serviço de lavanderia, banho e até mesmo realização de adequações estruturais.

A resposta aos atrasos da saída hospitalar é resultado de combinações de diferentes fatores em diferentes áreas. Entretanto, as medidas que devem ser tomadas fundamentam-se num adequado

entendimento do sistema de saúde local, do contexto cultural e da legislação vigente. A literatura existente deve servir como norteador, apesar das limitações verificadas em diversos estudos realizados em situações diferentes daquelas da RMGSP.

Referências bibliográficas

1. Ministério da Saúde (Brasil). Padronização da nomenclatura do censo hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 32p.
2. Mendoza-Giraldo D, Navarro A, Sánchez-Quijano A, Villegas A, Asencio R, Lissen E. Retraso del alta hospitalaria por motivos no médicos. *Rev Clin Esp*. 2012; 212(5):229-234.
3. Denson LA, Winefield HR, Beilby JJ. Discharge planning for long-term care needs: the values and priorities of older people, their younger relatives and health professionals. *Scand J Caring Sci*. 2013;27(1):3-12.
4. Glasby J, Littlechild R, Pryce K. All dressed up but nowhere to go? Delayed hospital discharges and older people. *J Health Serv Res Policy*. 2006;11(1):52-58.
5. Glasby J, Littlechild R, Pryce K. Show Me the Way to go Home: A Narrative Review of the Literature on Delayed Hospital Discharges and Older People. *Br J Soc Work*. 2004;34(8):1189-1197.
6. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3ª ed. São Paulo: EDUSP; 1996. 1200p.
7. Carter N, Wade D. Delayed discharges from Oxford city hospitals: who and why? *Clinical Rehabilitation*. 2002;16:315-320.
8. Lenzi J, Mongardi M, Rucci P, Ruscio E, Vizioli M, Randazzo C, et al. Sociodemographic, clinical and organisational factors associated with delayed hospital discharges: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 2014;14:128.
9. House of Commons Health Committee. Delayed Discharges (third report). London: The Stationary Office Limited; 2002. 82p.
10. Scott RD. The direct medical costs of healthcare-associated infections in U.S. hospitals and the benefits of prevention. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2009. 16p.
11. Corrigan JM, Kohn LT, Donaldson MS, Maguire SK, Pike KC. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
12. Holmås TH, Islam MK, Kjerstad E. Between two beds: inappropriately delayed discharges from hospitals. *Int J Health Care Finance Econ*. 2013;13(3-4):201-17.
13. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução no 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. [resolução na internet]. Diário Oficial da União 27 set 2005. [acesso em 27/12/2015]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/58109e00474597429fb1df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA+283-2005.pdf?MOD=AJPER ES>.

14. Secretaria de Saúde do Estado (São Paulo). Resolução nº 123, de 27 de setembro de 2001. Define e Classifica as Instituições Geriátricas no âmbito do estado de São Paulo e dá providências correlatas. [resolução na internet]. Diário Oficial do Estado 28 set 2001. [acesso em 27/12/2015]. Disponível em: <http://tc-legis2.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=385&word=>.
15. Schlairet MC. Complex Hospital Discharges: Justice Considered. *HEC Forum*. 2014;26(1):69-78.
16. U.S. Government. 42 CFR 482.43. Condition of participation in discharge planning. Title 42 – Public Health. Code of Federal Regulations. 2015 [acesso em 28/12/2015]. Disponível em <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/CFR-2015-title42-vol5/pdf/CFR-2015-title42-vol5-sec482-43.pdf>.
17. Banja J, Eig J, Williams MV. Discharge dilemmas as system failures. *Am J Bioeth*; 2007;7(3):29–31.

DATA DE SUBMISSÃO: 30/08/2016

DATA DE ACEITE: 21/10/2016
