



## **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;

As equipes da AB que oferecem AD são chamadas de equipes AD1. Elas são responsáveis pelo atendimento a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. As equipes AD1 também podem oferecer atendimento a pessoas que necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde. As equipes especializadas que oferecem AD são chamadas de equipes AD2 ou AD3. Elas são responsáveis pelo atendimento a pessoas com problemas de saúde mais complexos e que necessitam de cuidados de maior frequência e com maior necessidade de recursos de saúde. As equipes AD2 ou AD3 podem ser compostas por profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais.

- 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 providência dos materiais que serão imprescindíveis para alta, o contato/articulação com a unidade básica de referência (AD1) ou com o SAD (AD2 ou 3) 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

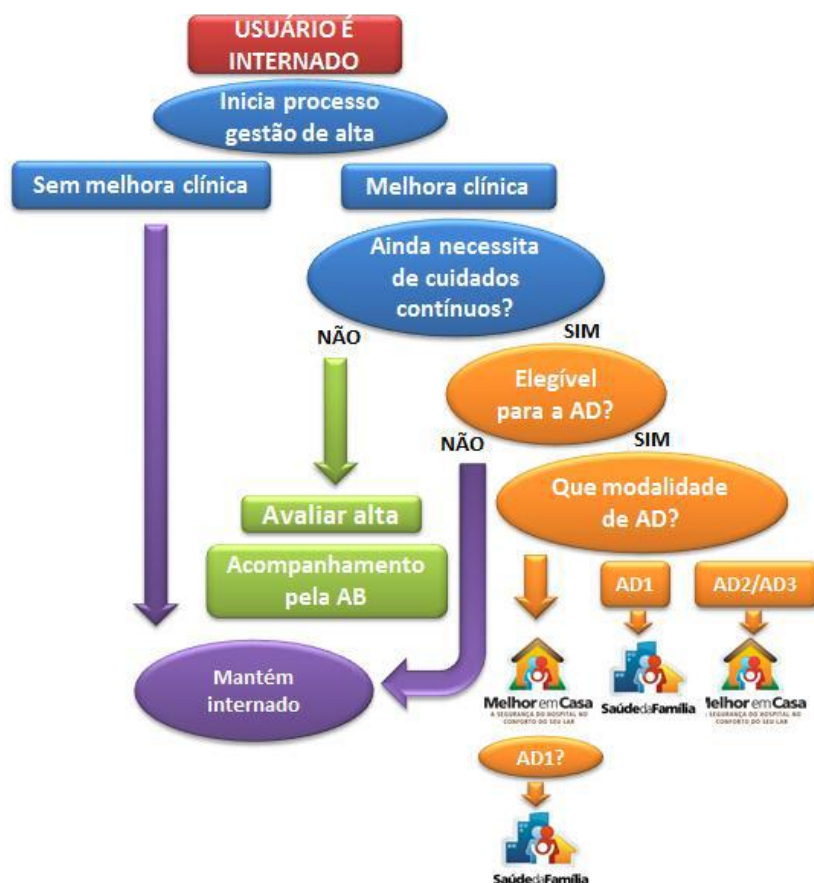
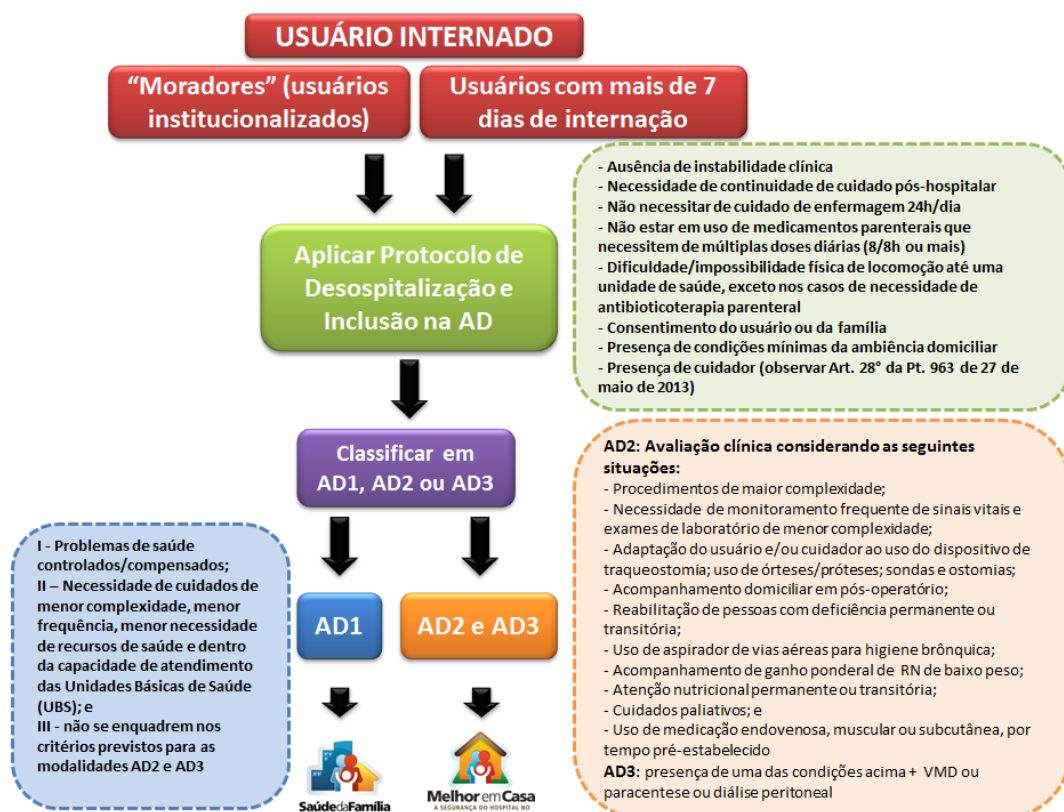


FIGURA 2: Fluxograma para tomada de decisão na Desospitalização



## **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.