

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

FABIO YOSHITO AJIMURA

PACIENTES DE ALTA QUE PERMANECEM DENTRO DO HOSPITAL: QUEM
SÃO E POR QUE PERMANECEM?

SÃO PAULO - SP

2016

FABIO YOSHITO AJIMURA

PACIENTES DE ALTA QUE PERMANECEM DENTRO DO HOSPITAL: QUEM
SÃO E POR QUE PERMANECEM?

Dissertação apresentada à Escola de
Administração de Empresas de São
Paulo, da Fundação Getúlio Vargas,
como requisito para obtenção do título
de Mestre em Administração Empresas.

Linha de Pesquisa: Administração em
Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria
Malik

SÃO PAULO - SP

2016

Ajimura, Fabio Yoshito.

Pacientes de alta que permanecem dentro do hospital: quem são e por que permanecem? / Fabio Yoshito Ajimura. - 2016.

61 f.

Orientador: Ana Maria Malik

Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Hospitais públicos - São Paulo (SP). 2. Pacientes. 3. Hospitais - Tempo de permanência. I. Malik, Ana Maria. II. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 614.2(816.11)

FABIO YOSHITO AJIMURA

PACIENTES DE ALTA QUE PERMANECEM DENTRO DO HOSPITAL: QUEM
SÃO E POR QUE PERMANECEM?

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo, da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração Empresas.

Linha de Pesquisa: Administração em Saúde

Data de aprovação: 24/02/2016

Banca examinadora:

Prof. Dra. Ana Maria Malik
(Orientadora)
FGV-EAESP

Prof. Dr. Abraham Laredo Sicsú
FGV-EAESP

Prof. Dr. Ricardo Tavares de Carvalho
HC-FMUSP

Dedico esta monografia

*Aos meus amados Murilo e Julia, faltam palavras para expressar tudo o que sinto por vocês,
mas que representam tudo de melhor que existiu e existirá em minha vida*

*Aos meus pais, Clarisse e Eiji, pessoas exemplares que sempre fizeram de tudo e nunca
mediram esforços para que eu pudesse atingir meus objetivos e sempre buscar minha felicidade*

Para meu irmão, Renato, pessoa com quem sempre poderei contar em todos momentos da vida

AGRADECIMENTOS

À professora **Ana Maria Malik**, pelas orientações, cobranças, disponibilidade, revisões do texto, estando sempre presente dias de semana, finais de semana e feriados.

Aos professores **Abraham Laredo Sicsú** e **Ricardo Tavares de Carvalho**, pelas sugestões e contribuições em todas as fases desta dissertação.

Aos amigos e amigas que estiveram presentes e de alguma forma me auxiliaram a levar adiante esta dissertação. Obrigado **Renato Madri** e **Rebeca Graf** por sempre estarem dispostos a esclarecer minhas dúvidas de todas as formas: pessoalmente, por telefone ou mensagens. Obrigado **Danielle Pedroni Moraes** e **Alessandra Pereira** pelas conversas, preocupações e recomendações, auxiliando nos momentos de angústias e dificuldades, mas também de superações e realizações deste período.

Aos **colegas da pós-graduação** que possibilitaram compartilhar conhecimentos, discussões, preocupações e risadas ao longo dos semestres.

Aos meus **colegas do Hospital Auxiliar de Suzano**, pelo incentivo e apoio. Obrigado **Daise** e **Mariana** pela ajuda na correria que foi o último semestre.

Aos **professores da Fundação Getúlio Vargas**, por todo o embasamento e conhecimento transmitido ao longo desses anos e aplicados na realização deste trabalho.

À **equipe da GV Saúde** e, especialmente, a **Leila** que sempre me deu todo o suporte necessário.

À Escola de Administração de Empresas da São Paulo – Fundação Getúlio Vargas,
pela concessão da bolsa.

A **TODOS** aqueles que eu possa ter esquecido de mencionar e que estiveram presentes nestes últimos semestres e que me possibilitaram chegar até aqui...

*A morte do homem começa no
instante em que ele desiste de aprender*

Albino Teixeira

RESUMO

A existência de hospitais específicos para pacientes de longa permanência se justifica pela necessidade de profissionais e cuidados especializados na sua assistência. O processo que leva à alta hospitalar nessas instituições tem se mostrado mais complexo do que apenas a estabilização do quadro clínico, incluindo fatores que adiam a saída do paciente. O objetivo desta dissertação é identificar os motivos pelos quais pacientes de alta hospitalar permanecem internados dentro de um hospital público de longa permanência situado na Grande São Paulo, na região do Alto Tiete. Um estudo exploratório descritivo transversal identificou 1.211 internações entre janeiro de 2011 e dezembro de 2014, sendo a média de idade de 53,9 anos e com predomínio do sexo masculino (62,7%). Das 822 internações analisadas, ocorreram “atrasos” na saída em 466 casos (56,7%). A média de atraso foi de 19,1 dias (variação de 1 a 606 dias), gerando um total de 8.895 pacientes-dia que poderiam ter sido evitados. Os principais motivos de atraso foram: transporte familiar (39,7%), aguardo de ambulância (14,8%), suporte da rede (12,7%), resistência familiar para saída (12,4%) e adequação de casa/equipamentos (9,4%). Foram propostas formas que poderiam acarretar em diminuição do período de internação hospitalar, uma vez que essa atuação é resultado de combinações de diversos 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.

Palavras-chaves

Longa-permanência, alta hospitalar, programação de alta hospitalar

ABSTRACT

The existence of specific hospitals for long stay patients is justified by the need for specialized professionals and care. The process leading to hospital discharge in these institutions has been more complex than just health condition, including factors that delay discharge of the patient. This study aimed to identify reasons why patients remain hospitalized in a long-stay public hospital located in the Alto Tietê region, Greater São Paulo. A cross-sectional descriptive exploratory study identified 1,211 hospital admissions between January 2011 and December 2014 with a mean age of 53.9 years and male predominance (62.7%). From the 822 admissions analyzed, delayed hospital discharge occurred in 466 cases (56.7%). The average delay was 19.1 days (range 1-606 days) and 8,895 inpatient days which could be avoided. The main causes of delay discharge were family transportation (39.7%), awaiting ambulance (14.8%), waiting bed in other place (12.7%), family resistance (12.4%) and waiting medical equipment/house adaptation (9.4 %). There are several ways proposed to reduce the length of stay because the causes of delayed discharge result from a wide range of contributing factors. However, measures that should be taken are based on a proper understanding of the local contexts (health system, cultural and legal).

Palavras-chaves

Long term care, hospital discharge, inpatient discharge planning, bed blockers

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E FIGURAS

Figura 1. Expectativa de vida ao nascimento, 1970 e 2011 (ou ano mais próximo).....	14
Figura 2. Taxa de crescimento anual em gastos com saúde per capita, 2000 a 2011 (ou ano mais próximo).....	15
Figura 3. Média de permanência hospitalar, 2000 e 2011 (ou ano mais próximo).....	22
Figura 4. Distribuição de pacientes-dia do HAS por local de origem (2013 a 2015).....	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Faixa etária de pacientes internados no HAS (2011 a 2014).....	33
Tabela 2. Estado de origem de pacientes internados no HAS (2011 a 2014).....	34
Tabela 3 Vínculo empregatício dos pacientes internados no HAS (2011 a 2014).....	35
Tabela 4. Número de dependentes dos pacientes internados no HAS (2011 a 2014).....	35
Tabela 5. Religião dos pacientes internados no HAS (2011 a 2014).....	36
Tabela 6. Estado civil dos pacientes internados no HAS (2011 a 2014).....	36
Tabela 7. Nível de escolaridade dos pacientes internados no HAS (2011 a 2014).....	37
Tabela 8. Tempo médio de internação por especialidade (HAS – 2011 a 2014).....	38
Tabela 9. Diagnósticos mais comuns de pacientes internados no HAS (HAS – 2011 a 2014).....	39
Tabela 10. Diagnósticos mais comuns de pacientes internados no HAS separados por sexo (HAS – 2011 a 2014).....	39
Tabela 11. Atrasos na saída do paciente após a alta médica por especialidade (HAS – 2011 a 2014).....	40
Tabela 12. Atrasos na saída do paciente após a alta médica por local de internação (HAS – 2011 a 2014).....	41
Tabela 13 Média de dias de internação de pacientes com e sem atraso para saída por local de internação (HAS – 2011 a 2014).....	41
Tabela 14. Atrasos na saída do paciente após a alta médica por faixa etária (HAS – 2011 a 2014).....	42
Tabela 15. Motivos do atraso na saída do paciente após a alta médica (HAS – 2011 a 2014).....	43

Tabela 16. Motivos do atraso na saída do paciente após a alta médica em dias de atraso (HAS – 2011 a 2014).....	44
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVOHC	Associação dos Voluntários do Hospital das Clínicas
CEF	Centro Econômico Financeiro
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
EUA	Estados Unidos da América
HAS	Hospital Auxiliar de Suzano
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
NHS	National Health Service
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
SAME	Serviço de arquivo médico e estatístico
SIGH	Sistema de informação e gestão hospitalar
UCSA	Unidade de cuidados supervisionados adulto
UCSI	Unidade de cuidados supervisionados infantil
UTI	Unidade de terapia intensiva
UTM	Unidade térrea mista

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	DEFINIÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA	18
	2.1 Objeto da dissertação	18
	2.2 Pergunta de pesquisa	18
	2.3 Objetivo geral	18
	2.4 Objetivos específicos	19
3	JUSTIFICATIVA	20
4	RELEVANCIA	21
5	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
6	METODOLOGIA	29
	6.1 Tipo de estudo	29
	6.2 Local de estudo	29
	6.3 Base de dados do estudo	30
	6.4 Pesquisa bibliográfica	31
7	APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	33
	7.1 Identificação dos pacientes	33
	7.2 Internações e saídas (altas + óbitos)	37
	7.3 Atrasos na saída pós alta médica	40
8	DISCUSSÃO	45
9	CONCLUSÕES	55
	REFERÊNCIAS	57
	APÊNDICE	61

1 INTRODUÇÃO

A expectativa de vida ao nascimento representa o número médio de anos que se espera que um indivíduo possa viver (WHO, 2006). Os valores para esse indicador aumentaram de forma significativa nas últimas décadas, no mundo ocidental e nos países emergentes. O aumento da longevidade pode ser explicado por melhorias nas condições de vida (saneamento), redução de fatores de risco (tabagismo e alcoolismo) e avanço tecnológico, com desenvolvimento de novas medicações, tratamentos e ferramentas diagnósticas e de prevenção (OCDE, 2013).

A Figura 1 mostra que a média da expectativa de vida dos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) passou dos 80 anos pela primeira vez em 2011, atingindo 80,1 anos. Países denominados emergentes (Brasil, China, Indonésia e Índia) também obtiveram aumento expressivo para o indicador, aproximando-se da expectativa de vida média dos países da OCDE.

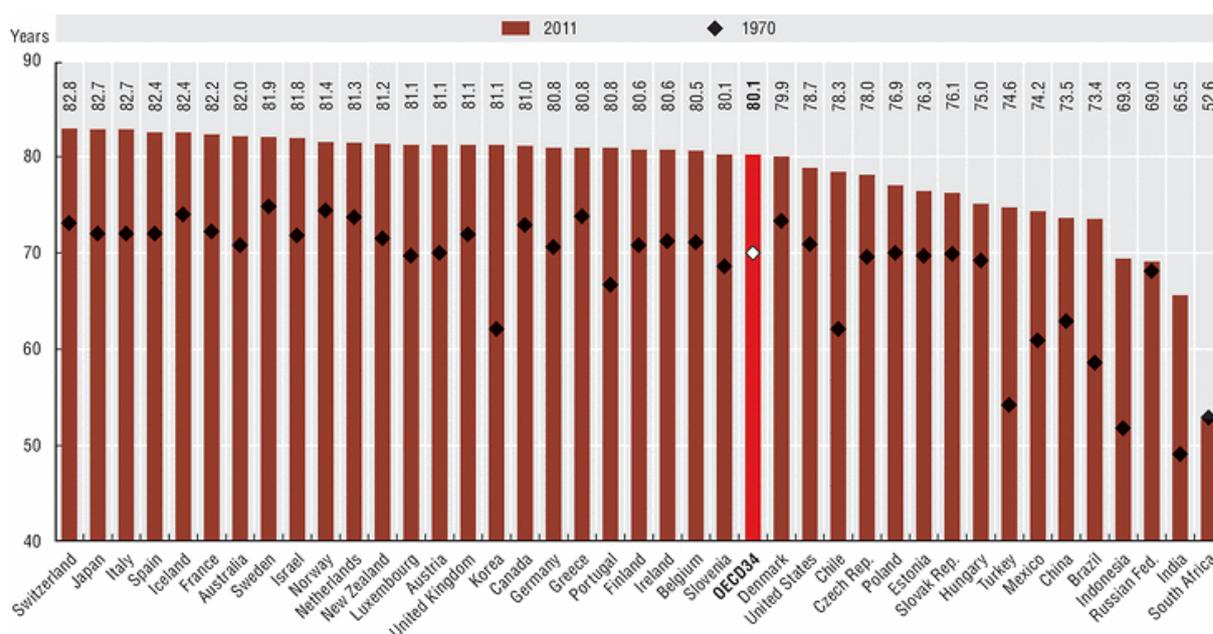


Figura 1 – Expectativa de vida ao nascimento, 1970 e 2011 (ou ano mais próximo)

Fonte: OCDE, 2013

A maior expectativa de vida foi acompanhada nesse período por um crescente gasto com saúde. Estima-se que cerca da metade desse aumento esteja relacionada com a incorporação de tecnologias que possibilitaram mudanças no cuidado, por meio da utilização de novos exames, tratamentos e medicações. Economistas da saúde atribuem esse aumento nos custos, estimado por alguns em 50%, tanto às novas tecnologias como à intensificação no uso das antigas (CALLAHAN, 2009).

O gasto *per capita* com a saúde no mundo tem aumentado de forma importante ao longo das décadas conforme mostra a Figura 2. Apenas no período entre 2000 e 2009 houve um crescimento médio anual de 3,4% nos Estados Unidos e de 4,1% ao ano na média dos 32 países que fazem parte da OCDE. Embora após 2009 alguns países, como Grécia e Irlanda, tenham apresentado diminuição dos gastos *per capita* com saúde devido à crise econômica por que passaram, na maior parte dos países, os valores continuaram aumentando, mesmo que em proporção menor do que anteriormente. Dados de 2011 mostram um gasto *per capita* anual que atinge cerca de US\$ 8.500 nos Estados Unidos da América (EUA) e de US\$ 1.043 no Brasil (OCDE, 2013).

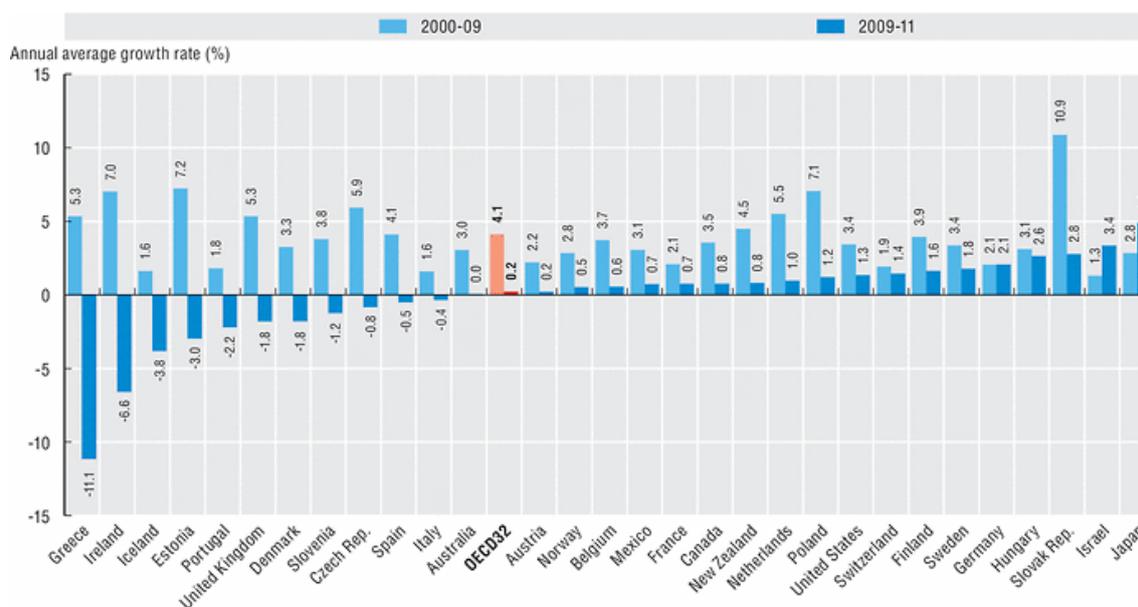


Figura 2 – Taxa de crescimento anual em gastos com saúde per capita, 2000 a 2011 (ou ano mais próximo)

Fonte: OCDE, 2013

A organização hospitalar é uma das mais complexas de que se tem notícia. Isto é atribuído, entre outros fatores, à coexistência de inúmeros processos assistenciais e administrativos, de diversas linhas de produção simultâneas e a uma fragmentação dos processos de decisão assistencial com a presença de uma equipe multiprofissional com elevado grau de autonomia. Esta autonomia faz com que a equipe utiliza a tecnologia de forma intensiva e extensiva. O hospital pode, ainda, constituir-se em espaço de ensino e aprendizagem além de em campo de produção científica. A utilização de ferramentas de gestão, como indicadores, tem sido cada vez mais valorizada tornando possível quantificar o nível de desempenho do processo hospitalar (VECINA NETO; MALIK, 2011).

A preocupação existente com o aumento dos custos hospitalares não é recente. Há autores que afirmam há décadas que os custos elevados na saúde e na área hospitalar tornar-se-iam insuportáveis com a incorporação de novas tecnologias, sendo que para amenizar este problema seria imprescindível uma melhora da produtividade (MARTINELLI, 1993; MARRON-COST, 1980). Massabot (1978) e Lasso (1996) utilizaram o tempo médio de permanência¹, o índice intervalo de substituição² e o giro de rotatividade³ para avaliar o desempenho de hospitais e/ou medir a utilização de seus leitos. Considera-se mais produtivo o hospital que apresente menor tempo de média de permanência, maior índice de renovação e menor índice intervalo de substituição (BITTAR, 1996).

Neste contexto, a existência de hospitais voltados para pacientes de longa permanência parece um contrassenso em termos de eficiência. No entanto, ela é uma alternativa que possibilita prestar cuidados a pacientes que não estão em condições clínicas de se manter fora de um ambiente hospitalar, mas que

¹ Média de permanência é a relação numérica entre o total de pacientes-dia num determinado período e o total de pacientes que saíram do hospital, incluindo óbitos. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1978.

² Índice intervalo de substituição é o tempo médio que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão de outro. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1978.

³ Giro de rotatividade ou índice de renovação é a relação entre o número de saída (altas e óbitos) durante determinado período, no hospital, e o número de leitos postos à disposição dos pacientes, no mesmo período. Representa a utilização do leito hospitalar durante o período considerado. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1978.

tampouco necessitam de uma estrutura assistencial de alta densidade tecnológica (CARTER; WADE, 2002).

Define-se hospital de longa permanência como aquele cuja média de permanência de pacientes internados ultrapassa 30 (trinta) dias (MINISTERIO DA SAUDE, 1978a). A existência de hospitais específicos para esse tipo de paciente justifica-se pelas particularidades que ele apresenta, com relação aos diagnósticos e ao tratamento, necessitando profissionais e cuidados especializados. Entretanto, o processo de tratamento em instituições de cuidados prolongados tem apresentado mais variáveis do que apenas a estabilização do quadro clínico para a posterior alta⁴. Diversos fatores influenciam essa etapa e acabam impactando na média de permanência, uma vez que em geral atrasam a saída⁵. Problemas na saída 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”), mas algumas necessidades relacionadas ao processo de assistência não estão contempladas, impossibilitando a saída do paciente e prolongando a internação hospitalar⁶ (CARTER; WADE, 2002; CHALLIS *et al.*, 2014; MENDOZA-GIRALDO *et al.*, 2012; BANJA; EIG; WILLIAMS, 2007; GLASBY; LITTLECHILD; PRYCE, 2006; SWIDLER; SEASTRUM; SHELTON, 2007).

⁴ Alta é o ato médico que determina a finalização da modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao paciente, ou seja, a finalização da internação hospitalar. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002

⁵ Saída é a movimentação do paciente com sua saída da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência interna (não considerada para cálculos das estatísticas hospitalares), transferência externa ou óbito. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002

⁶ Internação hospitalar é a admissão de um paciente na instituição para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou maior a 24 horas. Casos de óbitos ocorridos dentro do hospital devem ser considerados internações hospitalares, mesmo que a duração da internação tenha sido menor do que 24 horas. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002

2 DEFINIÇÃO DE PERGUNTA DE PESQUISA

2.1- Objeto da Dissertação

Esta dissertação tem como objeto de estudo os pacientes que atingem condições clínicas para a alta, mas permanecem internados em hospitais de longa permanência.

2.2- Pergunta de Pesquisa

Considerando que existem características e justificativas para que pacientes recebam alta e permaneçam internados no hospital criando um “atraso” na saída, esta dissertação tenta responder a seguinte pergunta: **Por que pacientes que recebem alta permanecem no hospital?**

2.3- Objetivo Geral

O objetivo geral desta dissertação é identificar os motivos pelos quais pacientes de alta permanecem internados em um hospital público de longa permanência situado na Grande São Paulo.

2.4- Objetivos Específicos

Os objetivos específicos são:

- Identificar e comparar o perfil dos pacientes que recebem alta e permanecem no hospital com aqueles que recebem alta e saem de lá.
- Analisar os motivos pelos quais os pacientes que recebem alta permanecem na organização e os custos decorrentes desse atraso na saída

3 JUSTIFICATIVA

Pacientes que recebem alta pela equipe médica mas permanecem internados têm se tornado um problema frequente em hospitais de diversas partes do mundo. Estudo realizado com pacientes em condições clínicas para a alta hospitalar, mas que acabam permanecendo na organização mostra a importância de realizar uma investigação na realidade nacional, pois localização, cultura e sistema de saúde possuem muita influência na presença e na condução desses casos (MENDOZA-GIRALDO *et al.*, 2012).

A predominância de trabalhos que discutem as dificuldades no processo de alta em pacientes idosos (GLASBY; LITTLECHILD; PRYCE, 2004, 2006; DENSON; WINEFIELD; BEILBY, 2012; LISHMAN, 2003) e a escassez de trabalhos que atinjam outras faixas etárias mostra a importância de realizar estudos que não pretendam focar a discussão apenas nesse tipo de paciente. As ações que visam a atuar nesse atraso da saída dos pacientes têm sido diversificadas e envolvem, além dos pacientes, familiares, equipe assistencial e o governo local com seu sistema de saúde. Esta dissertação busca ampliar o conhecimento existente focando na realidade do sistema de saúde público brasileiro.

4 RELEVÂNCIA

Diferenciar os pacientes de longa permanência que recebem alta e deixam o hospital dos que tendem a permanecer internados sem indicação médica possibilita que a equipe multidisciplinar atue nesse grupo específico com o objetivo de reduzir o tempo de internação sem justificativa técnica.

O planejamento da alta hospitalar pela equipe multidisciplinar é essencial para que o paciente deixe o hospital no momento que receba a alta. A identificação dos fatores não clínicos que impedem a saída possibilita que o hospital otimize o processo de internação por meio da atuação de equipes multidisciplinares preparadas e treinadas para lidar com os potenciais eventos previamente identificados. A permanência do paciente de alta ocupando um leito hospitalar tem consequências negativas tanto para o paciente como para o sistema de saúde (KYDD, 2008) sendo questão amplamente discutida no Reino Unido, Suécia e na Comunidade Européia (FALCONE; BOLDA; LEAK, 1991; GLASBY; LITTLECHILD; PRYCE, 2004, 2006; STYRBORN; THORSLUND, 1993).

Ao estudar pacientes de um hospital público de longa permanência, este trabalho pretende identificar o perfil dos pacientes que “demoram” a sair e os motivos que acarretam o atraso na saída, para permitir discutir formas de atuação que reduzam a média de permanência do paciente.

5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A busca pela otimização da utilização dos leitos hospitalares vem ocorrendo há vários anos. Alguns indicadores hospitalares cujos valores mostram isso são a diminuição da média de permanência e o aumento da rotatividade do leito hospitalar.

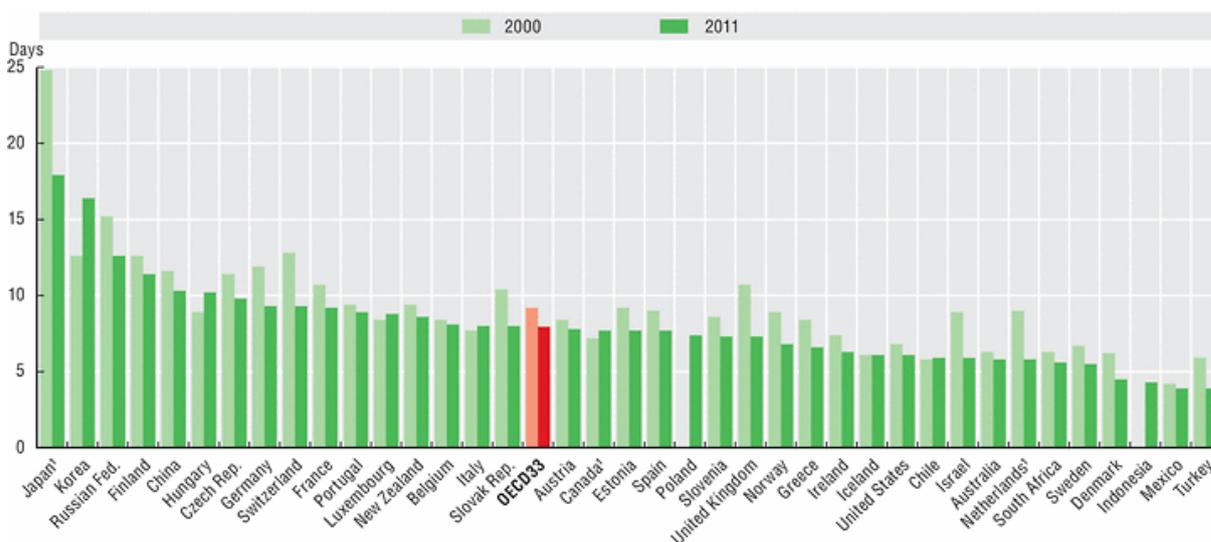


Figura 3 – Média de permanência hospitalar, 2000 e 2011 (ou ano mais próximo)
Fonte: OCDE, 2013

Dados da OCDE (2013) mostram que de 2000 a 2011 ocorreu uma redução da média de permanência em todos os países membros. Um dos motivos para isso foi a realização de procedimentos cada vez menos invasivos, levando a menor necessidade de permanência do paciente dentro do hospital.

Entretanto, existem condições clínicas que exigem a permanência de pacientes hospitalizados por um período de tempo mais longo. Nesses casos, a melhor alternativa existente é que, à medida que evolua a condição clínica do paciente, ele seja transferido para leitos de menor complexidade, até o momento da alta. Ações para reduzir a média de permanência no hospital fizeram com que alguns termos tenham se tornado comuns nas últimas décadas: cuidados progressivos, cuidados continuados e cuidados prolongados.

Com o desenvolvimento da tecnologia e do conhecimento na área de diagnóstico e terapêutica, a gravidade dos problemas dos pacientes tem aumentado, assim como a demanda por leitos de maior complexidade. O chamado cuidado progressivo busca agrupar pacientes com necessidades assistenciais semelhantes, para que ocorra uma otimização da utilização de recursos humanos, físicos e materiais, subdividindo a assistência intermediária por níveis ou especialidades em unidades distintas ou em uma mesma área física. Isso possibilita a transferência do paciente para estruturas de menor complexidade, permitindo a progressão até uma possível alta e impede que pacientes voltem a ocupar leitos com estrutura de alta complexidade de forma desnecessária (VIANA; WHITAKER, 2011). As unidades de cuidados progressivos (*progressive care units*) têm se tornado cada vez mais frequentes em hospitais nos EUA ocupando a lacuna entre as Unidades de Terapia Intensiva e as enfermarias clínico-cirúrgicas, recebendo a denominação de Unidade de Cuidados Intermediários (STACY, 2011).

Na Inglaterra, o serviço de saúde britânico (*National Health Service – NHS*) estabeleceu os Cuidados Continuados (*continuing care*) para pacientes que não necessitam mais de uma internação hospitalar, mas apresentam alguma necessidade que, ao ser resolvida, possibilita uma saída hospitalar mais rápida. Fazem parte dessa linha de cuidados: fornecimento de equipamentos (guincho de transporte, alarmes para emergências), cuidados pessoais (banho, preparo de dieta) e adaptações na casa (rebaixamento de pias, aumento do batente das portas para passagem de cadeira de rodas) entre outros serviços. Caso haja maior dependência, que impossibilite ou mesmo dificulte o cuidado na própria casa, existe a possibilidade de permanecer num centro de cuidados permanentes. Esse tipo de moradia está disponível tanto para idosos como para jovens e crianças (NHS, 2015).

Cuidados Prolongados são serviços médicos e sociais para pacientes que possuam problemas crônicos de saúde que afetem sua capacidade para as atividades diárias (McCALL, 2001). A assistência envolvida nos cuidados prolongados não está restrita ao atendimento tradicional (médicos, hospitais), mas faz parte também uma assistência social e cuidados com a habitação.

Entretanto, mesmo com diversos projetos em funcionamento, vários estudos mostram que o paciente pode atingir uma melhora clínica que possibilite a alta sem que ocorra a saída. A identificação do paciente que pode receber alta e possivelmente permanecerá dentro do hospital deveria ser feita o mais precocemente possível para evitar que isto ocorra, eventualmente, até mesmo antes da sua internação. Isso requer discussão de forma ampla, por abordagens clínicas, sociais, éticas e inclusive no âmbito jurídico (SCHLAIRET, 2014; JANKOWSKI *et al.*, 2009).

Desta forma, assume importância o estudo do perfil de pacientes de longa permanência e dos fatores que afetam sua média de permanência dentro de uma estrutura voltada ao seu atendimento.

O Tribunal de Contas do Reino Unido estimou que entre os anos de 1998 e 1999 cerca de 2,2 milhões de leitos-dia podiam ser classificados como de saída tardia, gerando um custo anual de £170 milhões ao NHS do Reino Unido (NATIONAL AUDIT OFFICE, 2000). *The House of Commons Health Committee* concluiu que a demora para saída de pacientes já em condições clínicas para alta hospitalar custou ao NHS £720 milhões entre 2001 e 2002 (HOUSE OF COMMONS HEALTH COMMITTEE, 2005).

Problemas na alta hospitalar surgem quando um paciente está pronto sob o ponto de vista médico para deixar o hospital, mas apresenta alguma intercorrência nesse processo, não ocorrendo seu retorno à comunidade ou seu encaminhamento a um serviço voltado à prestação de cuidados pós-agudos. A falta de planejamento de alta pode propiciar esse desfecho (JANKOWSKI *et al.*, 2009).

Mendoza-Giraldo *et al.* (2012) consideram um problema frequente nos serviços médicos a presença de dificuldades para que um paciente em condições de alta possa sair do hospital. As dificuldades para a efetivação da alta hospitalar podem estar relacionadas às pessoas ou ao sistema. Jankowski *et al.* (2009) identificaram que a rejeição da alta por parte do paciente ou de seu responsável legal é um exemplo de dificuldade baseada em pessoas. Esse posicionamento pode acarretar implicações éticas, uma vez que o hospital ou o sistema de

saúde, permitindo a permanência desnecessária de um paciente, impossibilita a utilização dos leitos por pacientes com real necessidade, levando a comprometimento de recursos da sociedade de forma irresponsável.

Exemplo de dificuldade de alta relacionada ao sistema mostrado por Jankowski *et al.* (2009) ocorre quando o paciente está pronto para a alta, mas o sistema de saúde externo ao hospital não está preparado para providenciar a continuidade do cuidado.

Mendoza-Giraldo *et al.* (2012) identificaram motivos que impossibilitavam a alta por parte dos familiares e pacientes:

- Sobrecarga ou incapacidade de os familiares conciliarem os cuidados com as atividades laborais;
- Falta de preparo dos familiares para receber o paciente de alta;
- Domicílio inadequado ou falta da residência e
- Outros (Ex: problemas com o transporte)

Também foram identificados motivos que acarretaram demora para a saída que não eram diretamente relacionados aos familiares e pacientes:

- Espera por vaga em outro local;
- Procura por recurso privado (cuidador, casa de repouso) e
- Procura por recurso público.

O planejamento de alta deve envolver o processo de cuidado progressivo onde existe agrupamento de pacientes por complexidade assistencial levando em conta o perfil de cada grupo ou categoria previamente estabelecido (FUGULIN *et al.*, 1994). A estrutura envolvida na manutenção de um leito de UTI é mais complexa e mais cara do que de um leito de enfermaria e sua utilização sem critérios técnicos acarreta custos injustificáveis. O mesmo vale para leitos de outros níveis de complexidade de cuidado.

Schlairet (2014) discute que o paciente que permanece internado sem motivo clínico pode resultar em custos desnecessários. Como exemplo, pode-se citar o pagamento de horas de trabalho de funcionários para assistência sem que haja

necessidade. O resultado final é a utilização de recursos escassos de maneira pouco eficiente, sem a necessidade técnica de cuidados médicos pelo paciente que está clinicamente estável.

Carter e Wade (2002) também consideram que leitos destinados a pacientes agudos e de alta rotatividade possuem maior complexidade e custo do que aqueles destinados a pacientes de longa permanência. A utilização de leitos de agudos por pacientes que não tenham essa necessidade também leva a desperdício de recursos. Uma correta alocação de pacientes agudos nos leitos destinados a eles otimiza a estrutura hospitalar e aumenta a rotatividade sem majoração dos custos envolvidos no sistema de saúde.

Trabalho realizado nos Estados Unidos mostrou que, uma vez cumpridas todas as necessidades processuais (como providenciar notificação de que o *Medicare* não cobre mais a internação), é permitido dar alta para o paciente, mesmo que ele não esteja de acordo. O registro da programação de alta, assim como da opinião do paciente ou de seu responsável é importante, pois a recusa do programa de alta possibilita a responsabilização financeira e legal do paciente, pela internação, caso ele esteja consciente. Caso contrário, esta recairá sobre familiar ou responsável. Recusar ou não cooperar com o andamento do plano de alta com os profissionais é contrário aos interesses do sistema que investiu recursos e esforços buscando melhoria nas condições para a alta, aos contribuintes que pagam seus impostos para manutenção do sistema de saúde e aos usuários de planos de saúde, que acabam tendo os preços aumentados (SCHLAIRET, 2014)

A condução inadequada das necessidades psicossociais do paciente ou dos cuidadores, ocorrida a partir da falta de discussões sobre o prognóstico da doença, pode levar ao aparecimento de dúvidas apenas no momento da alta hospitalar. Slieper, Hyle e Rodriguez (2007) consideram que dúvidas com relação a possíveis sequelas e perda da autonomia são preocupações que podem atrasar a alta caso não tenham sido discutidas ao longo da internação e surjam apenas no momento da alta.

Challis *et al.* (2014) compararam pacientes idosos que receberam alta médica e saíram do hospital e pacientes que permaneceram internados mesmo após a alta médica. Os autores não encontraram diferenças significantes nas variáveis idade, sexo e domicílio entre os dois grupos. As variáveis que mostraram associações com a saída tardia (permanência do paciente internado mesmo após a alta médica) foram: alto grau de dependência do paciente, déficit cognitivo, diagnósticos relacionados a Ortopedia e Traumatologia e tempo da internação. Apesar de existirem diversos fatores associados com a saída tardia, alguns aspectos organizacionais do sistema (disponibilidade de *Home Care* ou de serviços de cuidadores domiciliares) se mostraram mais importantes do que as próprias características dos pacientes.

Carter e Wade (2002) realizaram um trabalho no Reino Unido identificando pacientes que demoraram para sair do hospital após a alta, quantificando o tempo de atraso e o motivo que os levou a permanecer internados até sua saída do hospital. Para o estudo foram considerados pacientes entre 18 e 70 anos e a equipe médica devia classificá-los como “pronto para a alta” ou “bloqueando um leito”. Dados coletados foram nome, idade, sexo, bairro, data de admissão, data da alta, período da alta prolongada e diagnóstico principal. Além dessas informações, foram realizadas classificações clínicas (perda de controle motor, déficit cognitivo, grau de incapacidade).

A maior parte dos pacientes (88%) apresentava diagnóstico principal neurológico. Apesar de 8% serem moradores de rua, dos 92% restantes apenas 18% residiam em habitações consideradas adequadas para receber o paciente após a alta. Para cerca de 76% dos pacientes havia disponibilidade da presença de cônjuge ou parente em casa para auxiliar na continuidade dos cuidados; 24% dos pacientes estavam empregados no momento da internação e 40% eram portadores de doenças crônicas.

Com relação aos motivos para a permanência dos pacientes apesar da condição clínica estável, 56% estavam aguardando transferência para outro recurso assistencial, como unidade de reabilitação ou serviço da comunidade local. Os 50 pacientes estudados geraram, ao longo de 3 meses de acompanhamento, 711 dias de atraso na alta hospitalar. Levando em conta que o custo diário do

leito hospitalar foi calculado em £62 acima do custo do leito de reabilitação, apenas com essa quantidade de pacientes estudados, teria ocorrido gasto excedente anual de £176.300 ou R\$ 1.049.003 considerando o câmbio de Setembro de 2015 (UOL, 2015).

Mendoza-Giraldo *et al.* (2012) acompanharam todas as altas ocorridas dentro de um hospital universitário de 1.205 leitos na Espanha. No período de um ano ocorreram 4.850 altas e 170 pacientes (3,5%) tiveram demora para a saída por problemas não médicos, gerando 1.603 pacientes/dia indevidos. A idade média dos pacientes que apresentaram alguma dificuldade para saída hospitalar era de 75,74 anos (para uma média geral de idade dos pacientes de 70,33 anos).

6 Metodologia

6.1 – Tipo de estudo

O estudo realizado foi exploratório descritivo transversal

6.2 – Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no Hospital Auxiliar de Suzano (HAS) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).

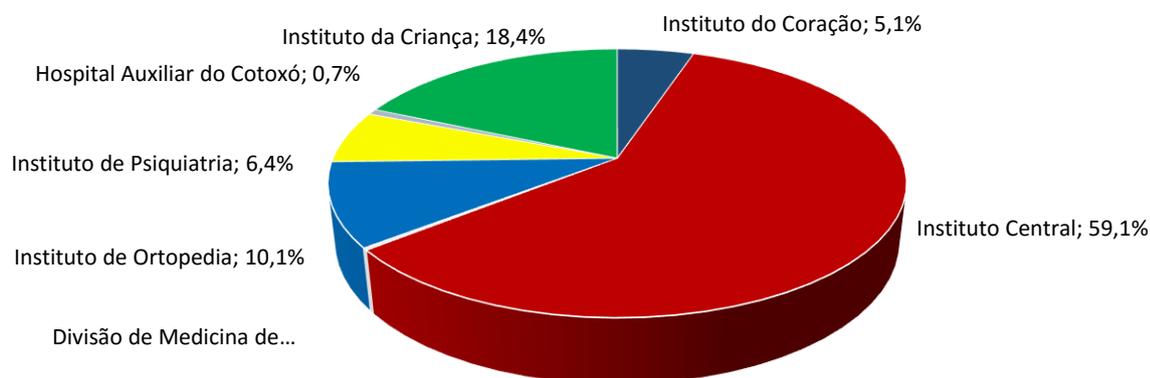


Figura 4 – Distribuição de pacientes-dia do HAS por local de origem (2013 a 2015)
Fonte: Centro Econômico Financeiro do HAS

A instituição recebe pacientes de todos os Institutos do HCFMUSP e possui 102 leitos operacionais para o atendimento das especialidades de Clínica Médica, Ortopedia, Cirurgia e Pediatria e 96,43% de taxa de ocupação. Entre o período de 2013 e 2015, o Instituto Central foi responsável por 59,1% dos pacientes-dia do HAS, sendo seguido pelo Instituto da Criança (18,4%) e Instituto de Ortopedia (10,1%).

As unidades de internação no HAS são divididas em Unidade de Cuidados Supervisionados Adulto (UCSA), Unidade de Cuidados Supervisionados Infantil (UCSI), Unidade Térrea Mista (UTM), Enfermaria do 2º andar e Enfermaria do 3º andar. Os critérios para internação na UCSA ou na UCSI são: pacientes provenientes de UTI ou de semi-intensiva e que necessitem de cuidados e vigilância associados a monitorização; pacientes em ventilação mecânica; pacientes com necessidade de droga vasoativa e pacientes com necessidade de cuidados e vigilância de no mínimo 4 em 4 horas. Os pacientes internados nas Enfermarias do 2º e do 3º andar devem estar estabilizados do ponto de vista respiratório e hemodinâmico, com ventilação espontânea (no máximo com necessidade de oxigenioterapia) mas com alta dependência da enfermagem, principalmente para prevenção de úlceras por pressão, uma vez que são restritos ao leito e totalmente dependentes. Os pacientes da UTM são os pacientes com menor nível de dependência de enfermagem e com melhor nível de consciência.

6.3– Base de dados do estudo

Critérios de inclusão

Foram incluídos na pesquisa todos os pacientes internados no Hospital Auxiliar de Suzano a partir de 01 de janeiro de 2011 e que saíram (altas, transferências ou óbitos) até 31 de dezembro de 2014. Uma vez que foram incluídos todos os pacientes internados no hospital no período estudado, podemos considerar que não se trata de uma amostra aleatória.

Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo os pacientes que permaneceram internados após a data de 31 de dezembro de 2014.

6.4– Pesquisa bibliográfica

Foi realizada pesquisa bibliográfica nas bases de dados da Biblioteca virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS-MS), SciELO, LILACS, Medline e EBSCO utilizando os termos: Longa-permanência, alta hospitalar, programação de alta hospitalar, *inpatient discharge planning*, *long term care*, *bed-blockers*.

A coleta de dados foi realizada por meio de análise dos prontuários disponíveis no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) após levantamento no Sistema de Informação e Gestão Hospitalar (SIGH) dos pacientes internados no período definido.

Este estudo utilizou um formulário estruturado (Apêndice) para levantamento das informações nos prontuários dos pacientes que atenderam os critérios de inclusão no estudo.

No formulário constam as seguintes informações:

- 1 Local de Internação no HAS
- 2 Registro HCFMUSP
- 3 Nome
- 4 Idade (no momento da internação)
- 5 Sexo
- 6 Alta médica (primeiro registro no prontuário informando que paciente está de alta médica)
- 7 Data da saída (alta ou óbito)
- 8 Tempo de internação (total em dias)
- 9 Diagnóstico de internação no HAS
- 10 Diagnóstico de internação inicial no HCFMUSP
- 11 Vínculo empregatício
- 12 Dependentes
- 13 Origem (último local de residência antes da internação)
- 14 Religião
- 15 Renda familiar
- 16 Estado civil
- 17 Tipo de moradia.

Após a coleta de dados foi utilizado o Minitab 17 para análise estatística. Os pacientes foram divididos em dois grupos: pacientes que recebem alta e permanecem no hospital e aqueles que recebem alta e saem de lá. Foram testadas as variáveis para identificar se existem diferenças no perfil dos pacientes de cada grupo.

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.

7 Apresentação de resultados

7.1 – Identificação dos pacientes

Entre 01 de janeiro de 2011 e 31 de dezembro de 2014 ocorreram 1.211 internações no HAS sendo que 759 (62,7%) eram de pacientes do sexo masculino e 452 (37,3%) do sexo feminino. A média de idade era $53,9 \pm 20,7$ anos ($\alpha=0,05$). Apenas 3,3% das internações correspondiam à faixa etária de pacientes pediátricos e a maior parte (46,2%) das internações era de adultos entre 30 e 59 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Faixa etária de pacientes internados no HAS (2011 a 2014)

Faixa etária (anos)	Número	Porcentagem
0 a 17	40	3,3%
18 a 29	122	10,1%
30 a 59	560	46,2%
Maior ou igual a 60	489	40,4%

Fonte: Elaboração do autor a partir da base de dados da pesquisa

A maior parte dos pacientes tinha como origem o estado de São Paulo (96,7% das internações), sendo 71,4% provenientes da capital. Todos os demais estados representavam apenas 2,2% do restante das internações, sendo que Minas Gerais foi o segundo estado de origem dos pacientes, com apenas 6 internações (0,5%). As outras 13 internações restantes (1,1%) foram de pacientes que referiram ser moradores de rua sem origem definida ou não souberam informar a cidade de origem prévia à internação (Tabela 2).

Tabela 2 – Estado de origem de pacientes internados no HAS (2011 a 2014)

	Estado	N	%
São Paulo	Capital	865	71,4%
	Grande São Paulo	251	20,7%
	Interior de São Paulo	55	4,5%
Minas Gerais		6	0,5%
Bahia		5	0,4%
Pernambuco		3	0,2%
Alagoas		2	0,2%
Piauí		2	0,2%
Amazonas		2	0,2%
Maranhão		1	0,1%
Goiás		1	0,1%
Acre		1	0,1%
Mato Grosso		1	0,1%
Ceará		1	0,1%
Rio de Janeiro		1	0,1%
Paraná		1	0,1%
Domicílio não informado		13	1,1%
Total		1211	100,0%

Fonte: Elaboração do autor a partir da base de dados da pesquisa

A Tabela 3 mostra que 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 possuir ou não algum tipo de vínculo empregatício ou de remuneração.

Tabela 3 – Vínculo empregatício dos pacientes internados no HAS (2011 a 2014)

Vínculo Empregatício / Remuneração	N	%
Atividades com registro em carteira	242	20,0%
Aposentados / Pensionistas / LOAS	233	19,2%
Não	699	57,7%
Não respondeu	37	3,1%
Total	1211	100,0%

Fonte: Elaboração do autor a partir da base de dados da pesquisa

Em 1.035 internações (85,5%) não houve resposta por parte do paciente ou ele informou que não possuía dependentes. Em 107 casos (8,8%) o paciente apresentava 1 dependente, 41 pacientes (3,4%) tinham 2 dependentes e 28 internados (2,3%) referiam ter 3 ou mais dependentes (Tabela 4).

Tabela 4 – Número de dependentes dos pacientes internados no HAS (2011 a 2014)

Dependentes	N	%
Sem dependentes / Não respondeu	1035	85,5%
1 dependente	107	8,8%
2 dependentes	41	3,4%
3 ou mais dependentes	28	2,3%
Total	1211	100,0%

Fonte: Elaboração do autor a partir da base de dados da pesquisa

Com relação à religião, a predominante foi a Católica com 186 casos (15,4%) seguida pela Evangélica com 68 ocorrências (5,6%) e por outras religiões (Espírita, Budista, Testemunha de Jeová, entre outras) com 12 (1,0%). 27 pacientes (2,2%) informaram que não possuíam religião e grande parte (75,8%) não informou a religião a que pertencia (Tabela 5).

Tabela 5 – Religião dos pacientes internados no HAS (2011 a 2014)

Religião	N	%
Católico	186	15,4%
Evangélico	68	5,6%
Outras	12	1,0%
Não tem religião	27	2,2%
Não respondeu	918	75,8%
Total	1211	100,0%

Fonte: tabela elaborada pelo autor com dados da pesquisa

O número de internações de pacientes casados e solteiros foi praticamente igual sendo que eles representavam quase 20% do total dos estados civis. Novamente uma grande porcentagem de pacientes internados (75,7%) não respondeu a essa pergunta (Tabela 6).

Tabela 6 – Estado civil dos pacientes internados no HAS (2011 a 2014)

Estado civil	N	%
Casado	117	9,7%
Solteiro	118	9,7%
Separado	43	3,6%
Viúvo	16	1,3%
Não respondeu	917	75,7%
Total	1211	100,0%

Fonte: Elaboração do autor a partir da base de dados da pesquisa

O Ensino Fundamental foi o nível de escolaridade predominante dos pacientes internados no HAS no período de 2011 a 2014, correspondendo a 13% das 1.211 internações (Tabela 7).

Tabela 7 – Nível de escolaridade dos pacientes internados no HAS (2011 a 2014)

Escolaridade	N	%
Analfabeto	22	1,8%
Fundamental	157	13,0%
Médio	89	7,3%
Superior	27	2,2%
Não respondeu	916	75,6%
Total	1211	100,0%

Fonte: Elaboração do autor a partir da base de dados da pesquisa

7.2– Internações e saídas (altas + óbitos)

Durante o período estudado, 56 pacientes permaneceram internados após a data limite considerada, de 31 de dezembro de 2014, tendo sido excluídos da análise, conforme critério estabelecido previamente. Assim, o número final de internações foi de 1.155, que geraram um total de 95.410 pacientes-dia⁷ dentro do período estudado.

Outras 333 internações resultaram em óbito dentro desse período. Esses pacientes também foram retirados do estudo, uma vez que a proposta do trabalho se relacionava com altas médicas e as saídas hospitalares não por óbito. O número final de internações consideradas foi de 822.

⁷ Paciente-dia é a unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002.

Tabela 8 – 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 do autor a partir da base de dados da pesquisa

A Tabela 8 mostra que a maior parte das internações ocorreu na especialidade de Neurologia seguidas por Clínica Médica, Ortopedia e Pediatria. O número de dias de internação variou entre as especialidades existentes dentro do HAS: na Ortopedia e na Clínica Médica o paciente permaneceu, em média, internado por 88 e 84 dias, respectivamente; e na Neurologia e na Pediatria por 69 e 67 dias.

Na Tabela 09 estão apresentados os motivos de internação mais frequentes entre os pacientes internados e que tiveram alta entre 2011 e 2014. Os diagnósticos foram agrupados utilizando a 10ª Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) com exceção apenas para o diagnóstico de infecção pós-operatória, pois foi um diagnóstico frequente (64 casos) e não há uma classificação em um único capítulo para esse diagnóstico. O registro utilizado para a classificação foi o motivo da internação no momento de admissão do paciente no HAS.

A causa de internação mais frequente foi **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.

Tabela 09 – Diagnósticos mais comuns de pacientes internados no HAS
(HAS – 2011 a 2014)

Diagnóstico principal	Quantidade	%
Causas externas	239	29,1%
Doenças do sistema circulatório	115	14,0%
Doenças do sistema nervoso	111	13,5%
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	74	9,0%
Infecção Pós-Operatória	64	7,8%
Neoplasia	56	6,8%
Doença sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	55	6,7%
Doença do sistema respiratório	27	3,3%
Outros	25	3,0%
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	20	2,4%
Doença do aparelho genito-urinário	13	1,6%
Doenças infecciosas e parasitárias	13	1,6%
Doença do aparelho digestivo	10	1,2%
Total Geral	822	100%

Fonte: Elaboração do autor a partir da base de dados da pesquisa

Realizando o teste de Qui-quadrado de Pearson encontramos um *p-value* muito pequeno ($p=0,000$), havendo evidências de que o diagnóstico **Causa externa** apresenta maior prevalência no sexo masculino. Os dados sugerem também que os diagnósticos **Doença do sistema circulatório e Doença endócrina, nutricional e metabólica** possuem maior prevalência no sexo feminino (Tabela 10).

Tabela 10 – Diagnósticos mais comuns de pacientes internados no HAS separados por sexo (HAS – 2011 a 2014)

Diagnósticos na internação	N	Masculino	Feminino
Causa externa	239	196	43
Doença do sistema circulatório	115	50	65
Doença do sistema nervoso	111	76	35
Doença endócrina, nutricional e metabólica	74	29	45
Infecção Pós-Operatória	64	40	24

Fonte: Elaboração do autor a partir da base de dados da pesquisa

7.3– Atrasos na saída pós alta médica

Das 822 internações estudadas, a saída hospitalar ocorreu no mesmo dia que a alta médica em 356 casos (43,3%). Nos 466 casos restantes (56,7%) ocorreram “atrasos” na saída, ou seja, o paciente permaneceu internado por um ou mais dias sem indicação clínica pois já havia recebido alta do médico responsável pela internação.

A mediana de atraso na saída dos 466 pacientes foi de 7 dias e o intervalo interquartil foi de 12 dias, apresentando uma grande variação de 1 a 606 dias e um total de 8.895 de pacientes-dia que poderiam ter saído anteriormente. O resultado do qui-quadrado de Pearson, com *p-value* de 0,008, sugere que pacientes da Clínica Médica e da Pediatria apresentam menos saídas com atraso (Tabela 11). Entretanto, a pequena quantidade de pacientes na Pediatria prejudica a análise dessa variável.

Tabela 11 – Atrasos na saída do paciente após a alta médica por especialidade (HAS – 2011 a 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 do autor a partir da base de dados da pesquisa

Com relação ao local de internação, o teste qui-quadrado sugere que os pacientes do 2º e 3º andar apresentam maior quantidade de atrasos na saída, ocorrendo o contrário na UCSA, UCSI e UTM. Nessas 3 unidades, há uma sugestão de menor quantidade de atrasos na saída sendo que o *p-value* foi de 0,000 (Tabela 12).

Tabela 12 – Atrasos na saída do paciente após a alta médica por local de internação (HAS – 2011 a 2014)

Local de internação	Sem atraso	Com atraso
	N=356	N=466
UCSA/UCSI	22	7
UTM	171	189
2º ou 3º andar	163	270

Fonte: Elaboração do autor a partir da base de dados da pesquisa

Realizando um teste de comparação das médias de dias de internação dos pacientes que tiveram atraso para a saída e dos pacientes que não tiveram atraso, o *p-value* (0,003 com $\alpha=0,05$) sugere que a média de dias dos pacientes com atraso é maior do que a do outro grupo (83,3 vs 66,5) (Tabela 13).

Tabela 13 – Média de dias de internação de pacientes com e sem atraso para saída por local de internação (HAS – 2011 a 2014)

Local de internação	Média de dias de internação	Média de dias de internação
	Pacientes sem atraso	Pacientes com atraso
UCSA/UCSI	39,8	266,3
UTM	87,7	66,7
2º ou 3º andar	47,9	90,1
Total	66,5	83,3

Fonte: Elaboração do autor a partir da base de dados da pesquisa

Comparando a idade dos pacientes entre os grupos através de um teste de hipóteses, o *p-value* sugere que o grupo que permaneceu internado após a alta apresenta média de idade mais elevada que aqueles que saíram do hospital no mesmo dia em que receberam a alta médica (52,6 vs 46,3 anos; $p=0,000$ com $\alpha=0,05$).

O qui-quadrado com $p=0,000$ sugere que nas faixas de 0 a 17 anos e de 18 a 29 anos há um menor atraso na saída sendo que na faixa de 60 ou mais anos pode haver um maior atraso (Tabela 14).

Tabela 14 – Atrasos na saída do paciente após a alta médica por faixa etária (HAS – 2011 a 2014)

Idade (anos)	Número de casos (%)	Sem atraso (%)	Com atraso (%)
	N=822	N=356	N=466
0 a 17	28 (3,4%)	19 (5,3%)	9 (1,9%)
18 a 29	103 (12,5%)	60 (16,9%)	43 (9,2%)
30 a 59	435 (52,9%)	185 (52,0%)	250 (53,6%)
60 ou mais	256 (31,1%)	92 (25,8%)	164 (35,2%)

Fonte: Elaboração do autor a partir da base de dados da pesquisa

A grande quantidade de dados deixados em branco, ou seja, inconclusivos, não possibilita que seja feita afirmações com relação às variáveis: renda, sexo, religião, estado civil, educação, dependentes e tipo de moradia.

Com relação aos diagnósticos, estudou-se também se existiam diferenças entre os dois grupos. Os principais diagnósticos de internação dos pacientes que tiveram atraso para sair foram **causa externa** (32,2%), **doença do sistema circulatório** (16,3%), **doença do sistema nervoso** (11,8%), **infecção pós-operatória** (9,9%), **neoplasia** (7,1%), **doença do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo** (7,3%) e **doença endócrina, nutricional e metabólica** (2,1%).

Através do resultado do qui-quadrado, sugere-se que os diagnósticos de **causa externa, doença do sistema circulatório e infecção pós-operatória** estejam associados com a variável **Com atraso**: há uma frequência maior desses diagnósticos no grupo com atraso para a saída. O mesmo ocorre para o diagnóstico de **doença endócrina, nutricional e metabólica**, mas nesse caso a frequência maior está no grupo sem atraso para a saída.

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. A média de atraso em dias foi de 8 dias (variação de 1 a 106 dias). Os demais motivos para o atraso da saída estão mostrados na Tabela 15.

Tabela 15 – 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
Aguardo de exames e documentação	28 (6,0%)	9,0	19,75
Aguardo de treinamento de familiares / cuidadores	22 (4,7%)	7,0	10,5

Fonte: tabela elaborada pelo autor com dados da pesquisa

* Retirado da tabela o motivo Localização da família por haver apenas um caso

Apesar do primeiro motivo de atraso estar relacionado com os familiares (transporte), e o segundo motivo ser dependente da instituição (ambulância), constatou-se que o transporte é responsável por mais da metade (54,5%) dos atrasos na saída dos pacientes após alta médica.

Os pacientes com atraso na saída foram divididos em dois grupos na Tabela 16: o grupo A correspondia aos atrasos entre 1 e 7 dias e o grupo B continha as internações com atrasos na saída acima de 7 dias. Ao observarmos as causas de atraso no grupo A verificamos que a **espera de transporte dos familiares** estava presente em mais da metade dos casos (52,9%), seguida pelo **aguardo de ambulância** com 16,1%. Nesse grupo a **resistência de paciente/familiar para saída** esteve presente em apenas 5% dos motivos para o atraso. No grupo B, o motivo de atraso mais frequente foi o **transporte familiar** com 22,9% seguido pela **resistência familiar** com 22,0%. Apesar de ser o motivo mais frequente em ambos os grupos, apenas no grupo A a **espera pelo transporte familiar** foi responsável também pelo maior número de dias de atraso,

correspondendo a 400 dias em todo o período estudado. O motivo que mais gerou dias de atraso no grupo B foi o de **suporte de rede, busca por vaga e transferência**, sendo que os 32 casos geraram 2.238 dias de atraso; o somatório de dias de atraso em todo o período foi de 8.895.

Tabela 16 – Motivos do atraso na saída do paciente após a alta médica em dias de atraso (HAS – 2011 a 2014)

Motivos	TOTAL	Grupo A (até 7 dias)		Grupo B (acima 7 dias)	
	Dias de atraso	Número de casos (%) N=261	Total dias	Número de casos (%) N=205	Total dias
Suporte da rede, buscar vaga, transferência	2339	27 (10,3%)	101	32 (15,6%)	2238
Resistência do paciente/familiar para saída	2210	13 (5,0%)	65	45 (22,0%)	2145
Transporte familiar	1417	138 (52,9%)	400	47 (22,9%)	1017
Adequação de casa, equipamentos	1387	19 (7,3%)	86	25 (12,2%)	1301
Aguardou ambulância	600	42 (16,1%)	153	27 (13,2%)	447
Aguardou exames, documentação e parecer	476	9 (3,4%)	35	19 (9,3%)	441
Aguardou treinamento de familiares	411	13 (5,0%)	55	9 (4,4%)	356
Localizar família	55	0 (0,0%)	0	1 (0,5%)	55
Total	8895	261	895	205	8000

Fonte: tabela elaborada pelo autor com dados da pesquisa

8 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). Analisando as 1.211 internações que ocorreram dentro do período de 01 de janeiro de 2011 até 31 de dezembro de 2014 verificou-se uma predominância de pacientes do sexo masculino (62,7%) com moradia na capital do Estado de São Paulo (71,4%), o que condiz com a origem desses pacientes, hospital público responsável pelo atendimento referenciado de urgência dentro da cidade de São Paulo.

Após retirar do total dos 1.211 os pacientes que permaneceram internados após a data limite de 31 de dezembro de 2014 e os 333 óbitos que ocorreram ao longo do período, restaram 822 internações. Os pacientes das especialidades atendidas no HAS tiveram suas médias de dias de internação acima dos 30 dias preconizados para a definição de paciente de longa permanência, tanto na Neurologia (69 dias) como na Pediatria (67 dias), Ortopedia (88 dias) e Clínica Médica (84 dias).

O motivo mais frequente das 822 internações foi a internação por **causas externas** (Capítulos XIX e XX da CID-10), sendo que esse diagnóstico esteve presente em 27% das causas de internação. A associação das internações por essa causa com o sexo masculino, verificada no presente estudo, é condizente com a literatura, uma vez que fazem parte dessa classificação os acidentes de transporte e as agressões físicas, predominantes entre pacientes do sexo masculino (MASCARENHAS; BARROS, 2015).

Ocorreu atraso na saída de 466 das internações (56,7%): em apenas 356 casos (43,3%) a saída do hospital ocorreu no mesmo dia que foi dada a alta pelo médico. Essa porcentagem de atrasos para a saída mostra-se elevada diante de estudos realizados na Itália, onde foram identificados atrasos em 8% dos casos internados (LENZI *et al.*, 2014) e na Espanha, onde a porcentagem foi de 3,5% (MENDOZA-GIRALDO *et al.*, 2012). Na média, o atraso aumentou em 19 dias a permanência do paciente (variação de 1 a 606 dias), gerando 8.895 diárias que

não apresentavam indicação médica, uma vez que os pacientes já tinham recebido alta hospitalar.

Uma estimativa dos custos envolvidos no atraso da saída de um paciente foi feita utilizando dados financeiros de 2014 fornecidos pelo Centro Econômico Financeiro (CEF) do HAS. O orçamento executado em 2014 foi de R\$ 41.923.000 para uma produção assistencial de 35.667 pacientes-dia, o que representa um gasto médio de R\$ 1.175,40 por paciente/dia. Se considerarmos o total das diárias classificadas como atrasos (8.895), obtém-se um total de R\$ 10.455.183 no período de 2011 a 2014 ou R\$ 2.613.795,75 ao ano, representando 6,3% de todo o orçamento executado. Essa porcentagem não considera os valores gastos com a ocupação desnecessária de leitos de custo mais elevados de outros Institutos do HCFMUSP (UTI do Instituto da Criança, UTI do Instituto do Coração, por exemplo) que não puderam transferir seus pacientes para o HAS devido à falta de leitos ocupados por pacientes de alta. Estudo realizado no Reino Unido estimou 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 (HOUSE OF COMMONS HEALTH COMMITTEE, 2005). Se considerássemos esse fator multiplicador no HAS, chegaríamos a mais de um quarto de todo o orçamento executado.

Infecção pós-operatória foi o quinto diagnóstico mais comum nas internações com 64 de 822 internações sendo que em 46 casos houve atraso na saída do paciente. Entretanto, esse tipo de diagnóstico, além de acarretar importante impacto financeiro (SCOTT, 2009), está fortemente ligado à segurança do paciente. O *Institute of Medicine* (IOM, Instituto de Medicina dos EUA) incorporou a segurança do paciente como um dos seis atributos da qualidade, juntamente com a efetividade, a centralidade no paciente, a oportunidade do cuidado, a eficiência e a equidade. Definiu-se o atributo segurança como sendo evitar lesões e danos decorrentes do cuidado nos pacientes, uma vez que o cuidado tem como objetivo ajudá-los (CORRIGAN *et al.*, 2001).

Colocar as infecções hospitalares como problemas de segurança do paciente tem elevado a importância dessas infecções e trazido a prevenção para o centro das atenções (WACHTER, 2013). O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) estima que 1 em cada 10 a 20 pacientes hospitalizados desenvolverá uma infecção hospitalar. Essas infecções são responsáveis por cerca de 100 mil mortes por ano nos EUA e por um custo atribuído de 35,7 a 45 bilhões de dólares (SCOTT, 2009). A instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente que tem como objetivo contribuir para qualificação do cuidado em saúde faz parte de estratégias para o desenvolvimento da segurança do paciente e uma vez totalmente implantado no HAS terá impacto direto nessa causa de atraso na saída.

Apesar de a literatura mostrar que pacientes com perfil de maior gravidade ou com passagem por unidade de terapia intensiva estão associados com maior probabilidade de se tornarem pacientes com atraso na saída (LENZI *et al.*, 2014), no HAS os resultados obtidos sugerem que pacientes da UCSA e UCSI apresentaram menor prevalência de atrasos na saída. Uma justificativa para isso é o fato de que, nessas unidades, os profissionais do hospital (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas) possuem maior contato com os familiares e a discussão referente à evolução do caso ocorre mais frequentemente, uma vez que os profissionais estão no mesmo espaço físico que o paciente 24 horas por dia. Esta hipótese se confirma ao se analisar os motivos pelos quais os 7 pacientes dessas unidades tiveram atraso na saída: nenhum se enquadrava na resistência do paciente/familiar.

Com os pacientes da UTM, os resultados foram semelhantes aos das unidades de cuidados supervisionados; o qui-quadrado sugeriu menor prevalência de atrasos na saída. O fato de os pacientes dessa unidade apresentarem menor nível de dependência de enfermagem e estarem conscientes pode favorecer a interação com a equipe assistencial e propiciar melhor acompanhamento do caso pelo próprio paciente, gerando mais segurança no seguimento do tratamento e condução do planejamento de alta de forma adequada, acarretando menor quantidade de intercorrências no momento da alta.

Os pacientes das enfermarias do 2º e 3º andares, apesar de estarem clinicamente estáveis, necessitam de participação de profissionais para administração de dieta, higiene, medicação e mudança de decúbito devido a possuírem rebaixamento do nível de consciência, com dificuldade de manter contato e apresentando grande dependência de cuidados de enfermagem. Esse estado clínico, ao contrário do que ocorre na UTM, dificulta a interação com a equipe podendo estar relacionado com maior frequência de atrasos da saída do paciente.

Entre os diagnósticos mais frequentes nas internações, **causas externas, doença do sistema circulatório e infecção pós-operatória** o teste qui-quadrado sugere sua relação com saída com atraso.

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 decorrente de traumas por acidentes e que foram classificados como causas externas, diagnóstico mais frequente no estudo. 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 Oxford (CARTER; WADE, 2002), onde também se encontrou que a maior parte dos pacientes com atraso na saída eram portadores de diagnósticos neurológicos. A especialidade de Pediatria apresentou uma frequência de saídas com atraso menor do que o esperado. Uma possível causa é o interesse dos pais em ter a criança de volta no domicílio assim que possível.

Challis *et al* (2014) compararam idosos que receberam alta e saíram do hospital com aqueles que permaneceram internados após a alta, mas não observaram diferenças nas variáveis idade, sexo e domicílio entre os dois grupos. Resultado semelhante foi encontrado no HAS com relação a sexo e domicílio. Já, na variável idade, o resultado foi distinto uma vez que no HAS a idade média dos pacientes que tiveram atraso na saída era mais elevada.

Lenzi *et al.* (2014) afirmaram que o aumento de idade está relacionado com maior probabilidade de atraso na saída do paciente. No HAS ocorreu um

aumento das porcentagens de atrasos na alta coincidente com o aumento nas faixas etárias, iniciando em 32,1% na Pediatria e atingindo 64,1% na faixa a partir de 60 anos. Uma hipótese para esse atraso na saída nos pacientes idosos é que, comumente, os pacientes com idade mais avançada apresentam maior déficit cognitivo e dependência para os cuidados em domicílio após a alta, tornando necessário treinamento de familiar e cuidador. Isso se confirma quando se observa 54,6% dos casos de atraso por necessidade de treinamento de familiares e cuidadores para apenas 35,1% dos pacientes nessa faixa etária.

Outras variáveis testadas no HAS e que não mostraram estatisticamente possuir relação com o atraso na saída foram: renda, religião, estado civil, educação, domicílio e tipo de moradia

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 que a família providenciasse o transporte do paciente para casa levou em média 8 dias. Trata-se de um motivo não relatado em outros estudos; nos demais trabalhos analisados, as principais causas estão relacionadas a necessidade de vagas em outros estabelecimentos ou aguardo de suporte da rede (LENZI *et al.*, 2014; CARTER; WADE, 2002, MENDOZA-GIRALDO *et al.*, 2012).

O fato do 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 de Suzano. Além disso, como o HCFMUSP realiza diversos procedimentos de alta complexidade, sendo referência para outras cidades e mesmo outros estados, existe uma pequena parcela de pacientes que, no momento de alta, necessita providenciar transporte para longas distâncias, seja terrestre ou aéreo, contribuindo para o atraso na saída. 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 se concentra no grupo de até 7 dias de atraso.

O segundo motivo mais frequente para o atraso na saída é a necessidade de **transporte de ambulância** para o destino, que pode ser outro estabelecimento

de saúde ou social ou mesmo o domicílio. Atualmente existem no HAS três ambulâncias para o transporte de pacientes: uma com perfil de UTI e outras com enquadramento de ambulância simples. Não há veículo reservado para as altas hospitalares, pois as ambulâncias são utilizadas diariamente para o transporte de pacientes para realização de exames e consultas principalmente nos Institutos do HCFMUSP, assim como para o transporte de pacientes para realização de perícias no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e para a Prova de Vida junto à rede bancária. Além desses casos, eletivos, existem também as necessidades para os casos de urgências e emergências, gerando desmarcação dos transportes agendados previamente para priorizar pacientes nessas condições. Essa concomitância das necessidades diárias de transporte faz com que o agendamento para a alta seja prejudicado, gerando o atraso na saída.

Como o tema transporte esteve presente nos dois primeiros motivos de atraso de alta representando mais da metade de todos os casos de atraso (54,5%), uma medida que teria um grande impacto na redução de média de permanência seria diminuir o tempo de espera por um transporte para a saída do paciente. Isso poderia ser atingido com uma oferta maior de ambulância, seja com otimização dos carros atuais ou com o aumento da frota. Com relação à dificuldade para saída do paciente com o transporte familiar, poderia ser implantada uma rotina para o transporte desse paciente até seu domicílio, como já ocorre com pacientes internados em hospitais privados onde operadoras de planos de saúde liberam o transporte do paciente de alta para o domicílio evitando assim custos desnecessários com o prolongamento da internação.

A necessidade de **vagas em outros estabelecimentos e suporte da rede** é o terceiro motivo mais frequente de atrasos da saída, com 12,7%, mas representa o primeiro motivo de atraso em número de dias, com média de 40 dias de atraso por paciente. Mais da metade dos 59 casos verificados no período estava no grupo com atraso maior que 7 dias, atingindo um total de 2.339 dias de atraso. Outros estudos tiveram como resultado que esse (relacionamento com a rede) era o motivo mais frequente para o atraso na saída em população estudada de pacientes com 80 anos ou mais (HOLMÅS; ISLAM; KJERSTAD 2006) ou em pacientes idosos (GLASBY; LITTLECHILD; PRYCE, 2004, 2006; DENSON;

WINEFIELD; BEILBY, 2012; LISHMAN, 2003). Um motivo que também favorece os resultados distintos encontrados entre esses estudos e o desenvolvido no HAS é a diferença de idade entre os pacientes analisados. Dos 466 pacientes que tiveram atraso para a saída, 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 um relatório solicitando a transferência do paciente, as assistentes sociais entram em contato com recursos próximos ao local de residência do paciente buscando uma instituição baseada nas necessidades do paciente (Instituição de Longa Permanência para Idosos – LIPI⁸ ou uma Casa de Repouso⁹, por exemplo). Até ocorrer liberação de vaga no local de destino, o paciente permanece internado, ocupando um leito hospitalar mesmo que se mantenha em condições de alta.

Existem situações em que, ao se programar 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 atraso, elas foram responsáveis por 2.210 dias de atraso (cerca de 25% do total dos atrasos), ficando atrás apenas da busca de vagas para transferência. Apesar de a literatura já descrever essa causa de atraso e outros motivos que levam familiares a dificultar a saída do paciente (MENDOZA-GIRALDO *et al.*, 2012), é importante ressaltar que as diferenças regionais, culturais e legais levam a conduções distintas.

Estudo realizado por Schlairet (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 que todo o planejamento de alta tiver sido cumprido da forma preconizada, pela legislação norte-americana (US

⁸ 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 cidadania (BRASIL, 2005)

⁹ 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 terapêutico (SÃO PAULO, 2001)

GOVERNMENT, 2015), pode-se dar andamento com a transferência da responsabilidade financeira pela permanência da internação ao paciente e seus familiares. Entretanto, no caso do HAS não é possível legalmente transferir a responsabilização financeira por qualquer das 2.210 diárias que os pacientes utilizaram no período em que permaneceram internados, mas que estavam de alta da parte médica. O custo das visitas médicas, sessões de fisioterapia, dietas, medicamentos, cuidados de enfermagem, equipamentos médicos, materiais hospitalares é absorvido integralmente pela instituição hospitalar, não sendo possível a cobrança ao paciente.

Uma abordagem discutida atualmente no HAS pelo Departamento Jurídico é com relação à responsabilização do familiar e/ou responsável em manter um paciente dentro de um serviço de saúde, onde existem riscos, como no caso de uma infecção hospitalar ou mesmo qualquer evento adverso que pode acontecer uma vez que esse paciente não deveria estar dentro do hospital. Apesar de Schlairet (2014) e Swidler, Seastrum e Shelton (2007) discutirem em seus trabalhos uma abordagem jurídica para a resolução de altas hospitalares com complicações que dificultam a saída, não há possibilidades de generalização das condutas. Mesmo as questões de remuneração hospitalar são distintas, pois ambos trabalhos fazem referência a beneficiários do Medicare¹⁰, cujo modelo de financiamento remunera o hospital com um valor correspondente ao diagnóstico do paciente (*Diagnosis related groups – DRG*¹¹) independentemente do período de internação. No caso do HAS, o hospital permanece recebendo um valor fixo ao dia ao ser classificado como de cuidado ao paciente sob cuidados prolongados, sem data limite para o término do recebimento.

O motivo **inadequação de casa e equipamentos** foi responsável por um total de atraso de 1.387 dias em 44 internações ocorridas no período de 2011 a 2014. Neste motivo está incluso o paciente que apresentou o maior atraso de saída,

¹⁰ Medicare é um programa do governo federal dos Estados Unidos que funciona como um seguro de saúde para os seguintes: pessoas com 65 anos ou mais; pessoas com menos de 65 anos que tenham certas incapacidades ou pessoas de qualquer idade com doença renal em estágio final – deficiência permanente dos rins que exijam diálise ou um transplante (US GOVERNMENT, 2015)

¹¹ DRG constituem um sistema de classificação de pacientes internados em hospitais desenvolvido por uma equipe de pesquisadores da Universidade de Yale (EUA) correlacionando os tipos de pacientes atendidos no hospital com os recursos consumidos durante a internação, criando grupos de pacientes coerentes do ponto de vista clínico e similares quanto ao consumo de recursos (FETTER *et al.*, 1980)

estando de alta, mas permanecendo internado por mais 606 dias. A necessidade de reforma de casa ou mesmo o aguardo pelo término de uma construção envolve um tempo mais longo para resolução, levando a um maior impacto. Como grande parte dos pacientes são acamados ou têm algum tipo de dificuldade para locomoção, necessitando de cadeira de rodas, torna-se necessária adaptação do domicílio para seu retorno. Desta forma, familiares solicitam que os pacientes permaneçam internados devido à impossibilidade de recebê-los sem a realização prévia de reformas.

A **necessidade de equipamentos** também causa atraso na saída do paciente, uma vez que familiares permanecem no aguardo do fornecimento de cadeiras de rodas, cadeiras de banho e outros equipamentos como colchão caixa de ovo¹². Como soluções para essas necessidades, o HAS buscou parcerias com entidades como a Associação dos Voluntários do Hospital das Clínicas (AVOHC) sendo que após a avaliação das condições socioeconômicas pelo Serviço Social, faz-se uma solicitação para que alguma instituição parceira possa fornecer o material. Apesar de ocorrer demora para o fornecimento, tem sido comum suprir as necessidades de pacientes de alta através das instituições e mesmo com doações de pessoas físicas.

Existem casos em que há necessidade de equipamentos específicos e de custo elevado, como respiradores mecânicos usados no suporte ventilatório para pacientes com dependência de ventilação mecânica (casos para os quais são fornecidos BiPAPs – *Bilevel Positive Pressure Airway* – para o domicílio). Nesses casos o próprio HAS fornece o aparelho, viabilizando a saída do paciente, mas para que isso ocorra a moradia necessita ser avaliada previamente a fim de verificar as condições da rede elétrica que o aparelho utilizará e, se necessário, ter adequações realizadas.

A **espera por exames ou documentação** é outro fator de atraso de saída encontrado no estudo destas 466 internações que tiveram sua alta atrasada por motivos não médicos. Trabalho realizado na Universidade de Atlanta mostrou

¹² O colchão caixa de ovo auxilia na prevenção de úlceras por pressão pois evita que o paciente permaneça com pressão contínua do peso do corpo imóvel sobre o colchão, dificultando o fluxo sanguíneo no tecido da pele, tornando-a vulnerável a formação de escaras.

que manter um paciente internado apenas para esperar o resultado de um exame é algo que deve ser evitado para que não ocorra atraso na saída do paciente (BANJA; EIG; WILLIAMS, 2007). Casos em que um médico deixa prescrita a alta numa sexta-feira pela manhã, faltando apenas realizar a coleta de exames de controle pela rotina, por exemplo, podem levar à realização da coleta apenas na segunda-feira, quando a solicitação é realizada após o horário em que o laboratório realiza a coleta. Quando estão envolvidos exames de maior complexidade, como tomografia, o problema se agrava, uma vez que no HAS não há realização desse exame, dependendo de agendamento no Instituto de Radiologia do HCFMUSP e de remoção por meio de ambulância para sua realização.

Com relação ao atraso devido especificamente ao **aguardo de documentação**, um dos principais motivos é a espera para o recebimento do benefício da LOAS. Entre os destinos possíveis para o paciente saído do HAS estão as 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 para os casos em que o paciente é dependente de cuidados. Um dos principais fatores que dificulta o treinamento é a falta da presença do cuidador, uma vez que os pacientes não residem no mesmo município, ou mesmo estado, onde se encontram internados e nem sempre a família dispõe de recursos para remunerar algum profissional.

9 Conclusões

O objetivo geral desta dissertação foi identificar os motivos pelos quais pacientes de alta permanecem internados em um hospital público de longa permanência situado na Grande São Paulo.

Este estudo verificou todas as internações existentes num período de quatro anos (2011 a 2014) em um hospital público de longa permanência situado na Grande São Paulo. Após as devidas exclusões, foram avaliadas 822 internações: 356 com atrasos na saída e 466 que permaneceram dentro do hospital após a alta.

Isso possibilitou tanto comparar o perfil desses dois grupos de pacientes, como identificar os motivos que levam pacientes a continuarem dentro do hospital após a alta.

O perfil dos pacientes que permanecem internados após a alta hospitalar é: faixa etária mais elevada, maior grau de dependência de enfermagem (internados no 2º e 3º andar), acompanhados pela Clínica Médica, portadores de diagnósticos de causa externa, doença do sistema circulatório ou infecção pós-operatória.

O perfil dos pacientes que recebem alta e saem de lá é: criança ou jovem, acompanhados pela Pediatria, internados na UCSI/UCSA ou UTM, portadores de doença endócrina, nutricional ou metabólica.

Com relação à análise dos motivos pelos quais os pacientes que recebem alta permaneceram internados no hospital, o transporte foi a causa mais frequente de atrasos para a saída. O suporte da rede foi a causa que mais gerou dias de atraso, sendo seguida pela resistência do paciente e/ou familiares para a saída.

Alguns motivos para o atraso na saída encontrados no HAS foram distintos da literatura existente, evidenciando a necessidade de se entender o sistema de saúde local, o contexto cultural e a legislação vigente para se tomar medidas.

As características do HAS fizeram com que seus pacientes apresentassem média de idade mais baixa do que os trabalhos existentes sobre o atraso na saída hospitalar, voltados para os pacientes idosos.

Identificar os motivos de atraso para a saída possibilita discutir abordagens com a finalidade de diminuir o tempo de atraso na saída. 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. Isso já tem sido feito no HAS em algumas unidades (UCSA e UCSI) e os resultados se mostram favoráveis a essa ação através da atuação de equipe multiprofissional.

São diversos os programas de assistência existentes atualmente pelo mundo visando diminuir os fatores de resistência para saída do paciente. 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 cuidados domiciliares para preparo de refeições, serviço de lavanderia, banho e até mesmo realizando adequações em domicílio. São alternativas para reduzir os motivos que atrasam a saída do hospital como os encontrados neste estudo.

Futuros trabalhos deverão ser desenvolvidos pois trata-se de um tema amplo, mas ainda pouco discutido no Brasil e possivelmente prevalente em hospitais de mesmo perfil que o HAS. Espera-se que este trabalho tenha contribuído para ampliar o conhecimento do assunto e possibilitado discussões para resolução das principais causas de atraso na saída do paciente de alta médica.

REFERÊNCIAS

- BANJA, J; EIG, J; WILLIAMS, M.V. *Discharge dilemmas as system failures*. American Journal of Bioethics, v.7, n.3, p. 29-31, 2007.
- BITTAR, O.J.N.V. *Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares*. Rev. Saúde Pública, v.30, n.1, p. 53-60, 1996.
- BRASIL. Resolução RDC nº 283 de 26 de setembro de 2005. *Aprova o "Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos"*. ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/58109e00474597429fb1df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA+283-2005.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em 27/12/2015.
- CALLAHAN, D. *Taming the beloved beast: how medical technology costs are destroying our health care system?* New Jersey: Princeton University Press, 2009. 280 p.
- CARTER, N; WADE, D. *Delayed discharges from Oxford city hospitals: who and why?* Clinical Rehabilitation, v.16, p. 315-320, 2002
- CHALLIS, D; HUGHES, J; XIE, C; JOLLEY, D. *An examination of factors influencing delayed discharge of older people from hospital*. Int J Geriatr Psychiatry, v.29, n.2, p. 160–168, 2014.
- CORRIGAN J.M. *et al. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press; 2001. 337 p.
- DENSON L.A.; WINEFIELD H.R.; BEILBY J.J. *Discharge planning for long-term care needs: the values and priorities of older people, their younger relatives and health professionals*. Scand J Caring Sci, v. 27, n.1, p. 3-12, 2013.
- FALCONE, D.; BOLDA, E.; LEAK, S.C. *Waiting for placement: an exploratory analysis of determinants of delayed discharges of elderly hospital patients*. Health Serv Res, v. 26, n. 3, p. 339–374, 1991.
- FETTER, R.B. *et al. Case Mix Definition by Diagnosis-Related Groups*. Medical Care, v. 18, n. 2, p.1–53, 1980.
- FUGULIN, F. M. T. *et al. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo*. Rev Med HU-USP, v. 4, n.1/2, p. 63-8, 1994.
- GLASBY, J.; LITTLECHILD, R.; PRYCE, K. *All dressed up but nowhere to go? Delayed hospital discharges and older people*, Journal of Health Services Research and Policy, v. 11, n. 1, p. 52-58, 2006.

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, v. 34, n.8, p. 1189-1197, 2004.

HOLMÅS, T.H.; ISLAM, M.K.; KJERSTAD, E. *Between two beds: inappropriately delayed discharges from hospitals*. Int J Health Care Finance Econ, v. 13, n.3-4, p. 201-17, 2013.

HOUSE OF COMMONS HEALTH COMMITTEE. *Delayed Discharges (third report)*. London: TSO, 2002.

JANKOWSKI, J. *et al. For Lack of a Better Plan: A Framework for Ethical, Legal, and Clinical Challenges in Complex Inpatient Discharge Planning*. HEC Forum, v. 21, n. 4, p. 311-326, 2009.

KYDD A. *The patient experience of being a delayed discharge*. J Nurs Manag. V. 16, n. 2, p. 121-6, 2008.

LASSO, H.P. *Evaluating hospital performance through simultaneous application of several indicators*. Bull. Pan Am. Health Organ., v. 20, p. 341-59, 1986.

LENZI J. *et al. Sociodemographic, clinical and organisational factors associated with delayed hospital discharges: a cross-sectional study*. BMC Health Services Research, v. 14, p. 128, 2014.

LISHMAN, G. *Delayed discharge from the perspective of older people*. BJN, v. 12, n. 5, p. 269, 2003.

MARRON-COST, B.J. *Productivity: key to cost containment*. Hospitals, v. 54, p. 77-9, 1980

MARTINELLI, M.C.S. *Estudo evolutivo de indicadores hospitalares do Hospital Ana Costa*. Qualimetria, v. 5, p. 4-16, 1993

MASCARENHAS, M.D.; BARROS, M.B.A. *Evolução das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde - Brasil, 2002 a 2011*. Epidemiol. Serv. Saúde, v. 24, n. 1, p. 19-29, 2015

MASSABOT, N.E.R. *Interpretación de los indicadores que miden la utilización de las camas hospitalarias*. Rev. Cub. Adm. Salud, v. 4, p. 47-58, 1978

MCCALL N. Long term care: definition, demand, cost, and financing. In: _____. *Who will pay for the long term care?: Insights from the partnership programs*. 1st ed. Chicago: Health Administration Press, 2001, p. 3-31.

MENDOZA-GIRALDO, D. *et al. Retraso del alta hospitalaria por motivos no médicos*. Revista clinica espanola, v. 212, n. 5, p. 229-234, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Conceitos e definições em saúde*. Brasília, 1978a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde: conceitos e definições - hospital geral de pequeno e médio portes, unidades sanitárias*. Brasília, 1978.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Padronização da nomenclatura do censo hospitalar*. Brasília: Editora MS, 2002. 32p (Série A – Normas e Manuais Técnicos).

NATIONAL AUDIT OFFICE. *Inpatient Admissions and Bed Management in NHS Acute Hospitals*. London: Stationary Office, 2000.

NHS.UK. *What What is NHS continuing healthcare?* NHS Choices. Disponível em <http://www.nhs.uk/chq/Pages/2392.aspx>. Acesso em 28/01/2015

ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. Disponível em http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en

SÃO PAULO (Estado). Resolução SS 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*. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Disponível em: <http://tc-legis2.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=385&word=>. Acesso em 27/12/2015

SCHLAIRET, M.C. *Complex Hospital Discharges: Justice Considered*. *HEC Forum*, v. 26, n. 1, p. 69-78, 2014.

SCOTT, R.D. *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. Disponível em <http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/hai/Scott_CostPaper.pdf>

SLIEPER, C.F.; HYLE, L.R.; RODRIGUEZ, M.A. *Difficult discharge: Lessons from the oncology setting*. *American Journal of Bioethics*, v. 7, n. 3, p. 31 – 32, 2007.

STACY, K.M. *Progressive Care Units: Different but the Same*. *Crit Care Nurse*, v. 31, p. 77-82, 2011.

STYRBORN K.; THORSLUND M. *'Bed-blockers': delayed discharge of hospital patients in a nationwide perspective in Sweden*. *Health Policy*, v. 26, n. 2, p. 155-70, 1993.

SWIDLER, R.N.; SEASTRUM, T; SHELTON, W. *Difficult hospital inpatient discharge decisions: Ethical, legal and clinical practice issues*. *American Journal of Bioethics*, v. 7, n. 3, p. 23 – 28, 2007.

PORTAL UOL. Disponível em <http://economia.uol.com.br/cotacoes/cambio/libra-esterlina-reino-unido>>. Acesso em 12/09/2015.

U.S. GOVERNMENT. 42 CFR 482.43. *Condition of participation in discharge planning*. Title 42 – Public Health. Code of Federal Regulations. Disponível em

<https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/CFR-2015-title42-vol5/pdf/CFR-2015-title42-vol5-sec482-43.pdf>. Acesso em 28/12/2015. 2015.

U.S. GOVERNMENT. *What's Medicare?* Disponível em <https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/decide-how-to-get-medicare/whats-medicare/what-is-medicare.html>. Acesso em 28/12/2015. 2015.

VECINA NETO, G; MALIK AM. *Gestão em saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 400 p.

VIANA, R.A.P.P.; WHITAKER, I.Y. *Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências*. Porto Alegre: Artmed. 2011. 546 p.

WACHTER R.M. Infecções hospitalares. In: _____. *Compreendendo a segurança do paciente*. 2 ed. Brasil: AMGH, 2013. cap 10, p. 159-176.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Report 2006: working together for health*. Geneva, 2006. Disponível em <<http://www.who.int/whr/2006/en>>

APÊNDICE**Ficha de Coleta de Dados**

Nome: Clínica: RGHC:

Instituto de Transferência: _____

Diagnóstico de Internação no Instituto: _____ CID 10:
_____Data _____ de _____ internação _____ no _____ HAS:
_____Condições de alta: _____ Alta efetivada: _____ Obs:
_____Diagnóstico de Internação: _____ CID 10:
_____**Unidade de Atendimento:** Ambulatório () Internação ()**Vínculo com o Hospital:** SUS () Particular () Convenio () Qual
_____Entrevistado:
_____Responsável _____ Legal:
_____E-mail _____ do _____ responsável:
_____**Identificação do Paciente:**Nome: _____ Idade:
_____RG: _____ CPF: _____ CNS:
_____Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____ Sexo: Fem () Masc () Estado Civil
: _____Endereço: _____ n°
_____Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP:

Telefones:

—

Sem endereço fixo () Em situação de rua () Outros () Especificar

Religião: Sim () Não () Qual? _____ Não se aplica ()

Escolaridade

Alfabetizado () Não Alfabetizado ()

Ensino Fundamental () Completo () Incompleto () Último Ano que cursou

Ensino Médio () Completo () Incompleto () Último Ano que cursou

Ensino Superior () Completo () Incompleto () Último Ano que cursou

Curso Técnico () : Especificar

Composição Familiar:

Nome:	Vinculo	Idade	Escolaridade	Profissão	Renda

Renda Total Familiar: _____

Outros

Gastos:

Possui dependentes: () 0 () 1 () 2 () 3 ou mais

Moradia: Casa () Apartamento () Alojamento () Abrigo () Pensão ()

Tipo de construção: Alvenaria () Madeira () Outros () Especificar

Relação de Propriedade: Própria () Alugada () Cedida () Própria terreno
alheio ()

Financiada () Inadida () N° de cômodos: _____ Banheiro: () Individual ()
) Coletivo

N° de pessoas na habitação: _____ Infraestrutura Urbana: Total () Parcial ()
Inexistente ()

Situação Ocupacional do Paciente

Profissão:

-

Ocupação: _____ Desempregado: Sim () Não () Há quanto tempo?

Local de Trabalho _____ Formal () Informal
()

Benefício Previdenciário: Sim () Não ()

Auxílio Doença () Pensão por Morte ()

Aposentadoria por Idade () Invalidez () Outros () Qual?

Benefício Assistencial: Sim () Não () Qual?

Renda em salário mínimo: de 0 a 1 () 2 a 3 () 4 a 6 () Acima de
6 ()

Outras _____ rendas:
