

in-home

SAÚDE EM CASA

ANO | 2ª EDIÇÃO

MORADIAS INTELIGENTES WELLNESS COM SAÚDE CONECTADA 5.0

Humanização com automação por inteligência artificial para promoção de bem-estar em saúde

ENTREVISTA
DEPUTADA FEDERAL,
NORMA AYUB (DEM/ES)

ENFERMAGEM
A EDUCAÇÃO CONTINUADA
NA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM DOMICILIAR

INFRAESTRUTURA
ENGENHARIA CLÍNICA
NA ATENÇÃO DOMICILIAR

WWW.VIVACOMUNICACAOGROUP.COM

A COMUNICAÇÃO VIVA PARA O NOVO MUNDO

COMUNICAÇÃO
INTEGRADA,
MARKETING
E EVENTOS



VIVA
COMUNICAÇÃO GROUP

ATENDIMENTO@VIVACOMUNICACAOGROUP.COM



Palavra do Editor

A revista In-Home – Saúde em Casa segue o seu percurso depois de deixar pegadas de conhecimento para os seguidores a partir da edição de lançamento, em abril passado.

Com temas atuais e diversificados, nosso objetivo é discorrer sobre as tendências das práticas profissionais, a visão do mercado, a regulamentação, as inovações e o *design* do sistema de saúde domiciliar, atraindo nossos leitores pela qualidade e pela confiabilidade do que publicamos.

Esta segunda edição levanta reflexões sobre moradias inteligentes, com automação e uso de inteligência artificial enquanto tendência de adequação domiciliar e saúde conectada, e traz o importante projeto de lei da deputada federal Norma Ayub, que versa sobre a necessidade de equipes multidisciplinares e da telemedicina para acompanhamento domiciliar de idosos com sequelas da Covid-19. Além desses temas interessantes, temos a oportunidade de ler sobre conceito, dimensões e metodologia de integração de cuidados em um livro recém-lançado em Portugal sob a coordenação do prof. dr. Rui Santana, subdiretor da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-NOVA), que veio para enriquecer o debate contemporâneo não só do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português, mas da saúde coletiva mundial.

E é na sequência dessa caminhada, lado a lado com experts e fiéis seguidores do conhecimento científico, que a nossa revista, em mais uma edição, ousa tornar-se bendita entre as melhores que são capazes de exercitar a mente todo santo dia.

Carlos Hiran

Editor-chefe

EXPEDIENTE

Editor-Chefe

Carlos Hiran

Direção Executiva

Andrea Prestes

Arte e Diagramação

Produção de Conteúdo

Produção Executiva

Projeto Gráfico

Publicidade

Revisão de Texto

Viva Comunicação Group
vivacomunicacaogroup.com

Tiragem

1 mil exemplares

Publicação

Trimestral



Organização Nacional de Acreditação

A **acreditação é um compromisso** das instituições de saúde em prol da qualidade dos serviços oferecidos e da segurança dos pacientes.

Hoje mais de **90% das instituições** acreditadas no país adotam os padrões ONA.

Desde 1999, a ONA trabalha para que as instituições de saúde no Brasil adotem práticas de gestão e assistência que melhorem o cuidado para o paciente.

Além de referência nacional, os padrões ONA são reconhecidos no exterior. A ONA é membro da International Society for Quality in Health Care (ISQua), atuando ao lado de instituições que promovem a qualidade da saúde em países como Estados Unidos, Reino Unido, França e Canadá.

Se você também quer fazer parte desta história, conheça a ONA e saiba como conquistar a acreditação.

Somos responsáveis pelo desenvolvimento e gestão dos padrões nacionais de segurança e qualidade em saúde no Brasil



Sumário



MORADIAS INTELIGENTES

| 06



ENTREVISTA

| 12



INFRAESTRUTURA

| 16



ENFERMAGEM

| 18



JURÍDICO

| 21



INOVAÇÃO

| 23



MERCADO

| 25



QUALIDADE

| 28

ESPECIALIDADE

| 30

COMUNICAÇÃO

| 33

LANÇAMENTO

| 36

ATENDIMENTO

| 38

ACREDITAÇÃO

| 40

ASSISTÊNCIA SOCIAL

| 42

FISIOTERAPIA

| 45



Moradias inteligentes

Wellness com saúde conectada

5.0: humanização com automação por inteligência artificial para promoção de bem-estar em saúde



Mariana Mie Chao

Arquiteta, atua em arquitetura 5.0 Wellness para telemedicina e telessaúde integrada, com ênfase em ambientes funcionais, saudáveis e seguros para promoção da saúde e do bem-estar. Certificada pelo HBC-Pro – Healthy Building Certificate (Selo Casa Saudável).



Chao Lung Wen

Médico, professor-associado da USP, chefe da disciplina de Telemedicina do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da USP e líder do Grupo de Pesquisa USP em Telemedicina, Tecnologias Educacionais e eHealth no CNPq/MCTI.

Nos últimos 15 anos, a sociedade moderna passou por importantes mudanças comportamentais provocadas pelas tecnologias eletrônicas, telecomunicação, redes sociais e processamento em nuvem. A velocidade de conexão entre as pessoas para a modalidade on-line mudou as formas de comunicação e de provimento de serviços. Simbolicamente, o início deste processo pode ser associado ao lançamento do iPhone (2007), que colocou em um dispositivo computacional portátil uma grande capacidade de processamento, com uso de multimeios digitais, e capacidade de funcionar como um dispositivo de voz. Nos próximos cinco a dez anos, com os avanços das tecnologias de grafeno, da internet das coisas e da internet móvel 5G, os dispositivos eletrônicos (smartphones e wearables) tornar-se-ão mais rápidos, capazes de utilizar inteligência artificial e realizar multiprocessamentos locais, compartilhamento em nuvem e integração com vários dispositivos.

Desde 2016, vem ocorrendo a popularização do termo “amazonização”, que começou pelo ambiente do vare-

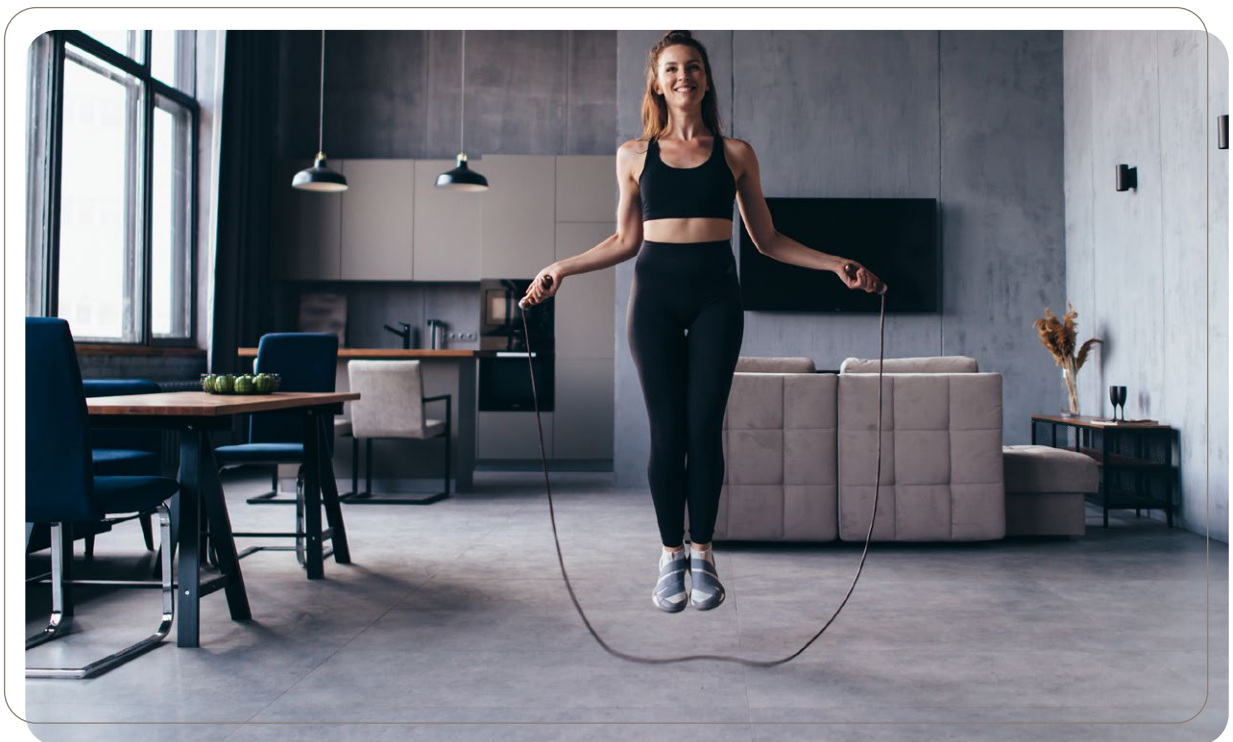
jo (e-commerce e logística de distribuição), e, em 2018, foi ampliado à área da saúde. Embora, inicialmente, faça alusão à Amazon (que, em 30/01/2018, formou uma parceria com Berkshire Hathaway e JPMorgan Chase & Co. para criar uma empresa de serviços de saúde que atendesse a todos os seus funcionários nos Estados Unidos, visando oferecer qualidade de serviços a preços mais razoáveis e competitivos), a expressão é mais ampla e se refere ao processo de aceleração da incorporação digital que grandes empresas, como Amazon, Google, Microsoft, Facebook, Apple, Samsung, Huawei, Walmart, empresas de telecomunicação, entre outras, estão fazendo na saúde.

Outra expressão em uso atualmente é “telemedicina”, que, ainda que esteja quase exclusivamente associada à noção de provimento de serviços assistenciais, é, na verdade, a aplicação das “teletecnologias assistenciais” em quatro grandes grupos de serviços: assistência, pesquisa, educação e promoção de saúde e prevenção de doenças. É um método desafiador e

que introduz um elemento “diferente” na cristalizada e tradicional situação presencial entre o médico e o paciente. Existem pelo menos cinco pilares que devem ser considerados na inclusão da telemedicina responsável: 1) a tecnologia em si (segurança, suporte, facilidade de uso, custo e qualidade técnica); 2) a aceitação, tanto por parte dos pacientes e responsáveis quanto pelos profissionais de saúde; 3) o custo de manutenção/sustentabilidade; 4) os aspectos institucionais e organizacionais (protocolos de serviços, controle de qualidade, treinamento continuado da equipe, inovação, *startup*, entre outros); e 5) os quesitos éticos, legais e de regulamentação (incluindo regulação, normas e governança digital, diretrizes de boas práticas para segurança dos pacientes, acreditação e certificação institucionais). Estes requisitos de complexidades diferentes devem se articular entre si para a implementação de uma telemedicina de qualidade.

O sistema de saúde que conhecemos atualmente é centrado em hospitais e em cuidados de doenças. Isto gera custos cada vez mais altos por causa da soma de novas tecnologias de tratamentos e diagnósticos. O modelo atual tende a entrar no esgotamento funcio-

nal, principalmente em decorrência do aumento da expectativa de vida, do envelhecimento da população e dos hábitos pouco saudáveis, como sedentarismo, nutrição inadequada, sobrepeso, entre outros aspectos. Segundo dados coletados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2030, haverá 42 milhões de brasileiros com mais de 60 anos. Os hospitais, como conhecemos hoje, centrados exclusivamente em métodos de diagnósticos e tratamentos de doenças, tenderão a atingir o seu limite de crescimento por volta de 2025, pois, de acordo com dados do Instituto Coalizão Saúde, os gastos com saúde, em 2035, deverão chegar a 25% do produto interno bruto (PIB), um peso insustentável. Precisarão se reinventar no modelo de sustentabilidade, expandindo os tipos de serviços que prestarão, bem como a ampliação dos serviços a serem oferecidos para as residências dos pacientes e o uso eficiente e responsável dos recursos de telemedicina para oferecer cuidados integrados e multiprofissionais (biopsicossocial). Os futuros cuidados serão expandidos para ambientes domiciliares e necessitarão de adequação das residências dos pacientes, segundo os seus próprios modelos do cotidiano, mas incorporados de tecnologias, para que



se possa prover serviços de forma digital e conectada, mantendo a qualidade hospitalar.

MORADIAS INTELIGENTES WELLNESS COM SAÚDE CONECTADA 5.0

As moradias inteligentes Wellness consistem em um repensar do modo de se viver olhando as tendências da sociedade 5.0. Não se restringe a apenas conceber espaços funcionais com flexibilidade e segurança interna que evitem riscos de acidentes. Devemos incluir um nível de automação com uso de inteligência artificial para auxiliar no estilo de vida que possa promover o bem-estar (design de adequação domiciliar com humanização e saúde conectada). Neste conceito, os domicílios projetados ou readequados teriam várias características fundamentais, como reversibilidade funcional, armazenamento planejado de materiais, facilidade de higienização, saúde ambiental (contra umidade, mofo ou baixa umidade), cuidados contra insetos, sinalizadores verticais e horizontais, sistema de alerta integrado com recursos de musicoterapia, cromoterapia, aromaterapia (bem-estar imersivo) e re-

curso que proporcionem o mínimo de conforto indispensável em casos de falta de energia. Os cuidados em domicílio serão expandidos para além dos cuidados ao paciente enfermo, para o cuidado do conjunto família (cuidado integrado familiar ou *Family eCare*).

O sistema de saúde passará a ser no conceito de saúde conectada 5.0, que possui dois pilares de sustentação: a humanização e a tecnologia. Na humanização está a assistência integrada na escala 24x7, na qual os pacientes terão a facilidade de gerenciar a logística de sua condição de saúde a qualquer momento e estarão mais interessados no seu bem-estar e na qualidade do estilo de vida do que no tratamento de doenças. Na tecnologia encontra-se a segurança digital com processamento de *big data* e uso de inteligência artificial integrada à internet das coisas e aos *wearables* (dispositivos vestíveis) para reintegração social por tele saúde integrada e autocuidado. Isso fará com que os hospitais sofram uma desconstrução do modelo atual e passem a fazer parte da logística da saúde dos pacientes por meio da telemedicina, reduzindo as taxas e o tempo de duração média das internações em hospitais.



Moradias Flexíveis, Humanizadas e Conectadas

Estilo de Vida - Wellness



Espaço de 2 m², na sala, para atividade supervisionada

Pesquisa
FAPESP

07/01/2019

Hormônio do exercício pode evitar a perda de memória

Liberada pelos músculos, a irisina melhora o funcionamento dos neurônios e reduz o esquecimento em roedores com enfermidade semelhante ao Alzheimer

11/08/2020

Hormônio do exercício pode ter efeito terapêutico em casos de covid-19, sugere estudo

De acordo com pesquisa da Uerj, a irisina, liberada pelo músculo durante a atividade física, pode auxiliar genes associados à melhor regulação do sistema imunológico das células humanas.

Armário espelhado: auto supervisão em atividade física conectada



@marichao_arquitetura
marianachaoarquiteta@gmail.com

As moradias inteligentes Wellness abrirão a perspectiva para a organização de um novo ecossistema em saúde, no qual os recursos de saúde conectada serão utilizados na organização da rede de saúde distribuída, com os hospitais e o centro de diagnósticos utilizando a telemedicina de logística em saúde para organização de um novo modelo de cadeia de cuidados em saúde. Dentro deste novo ecossistema, será possível que os hospitais, com a mesma estrutura física, possam cuidar do dobro do número de pacientes, com duas vezes mais conforto, considerando que haverá a recuperação domiciliar e os serviços de gestão de qualidade de vida e prevenção de doenças.

Exemplo: entre os cuidados que se precisa ter em relação à população idosa estão as preocupações com independência cognitiva/emocional, independência motora, redução de doenças crônicas e redução de riscos a acidentes e doenças respiratórias.

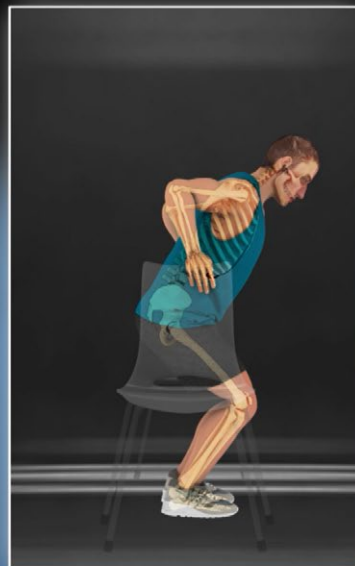
No aspecto cognitivo, um estudo recente demonstrou que o músculo em atividade produz um hormônio denominado irisina, que possui a propriedade de reduzir os danos causados pelo Alzheimer. Assim, caso um idoso realize atividades com frequência dentro de casa, além de melhorar a musculatura e a coordenação motora, ele terá benefícios na redução de potenciais efeitos causados pelo Alzheimer. Para que seja possível realizar exercícios sem necessidade de aparelhagem especial (precisa-se de apenas duas cadeiras e um bastão), bastará liberar um espaço de 1,5 m² na sala e fazer uso de um tapete de sinalização horizontal de passos de exercícios. Caso, na sala, disponha-se de uma câmera, os exercícios podem ser realizados de forma conjunta com outros idosos conectados e sob supervisão de um fisioterapeuta ou educador físico. Assim, o ambiente domiciliar tornar-se-á um espaço de atividade física e convivência social. Além do aspecto motor e cognitivo, a sala conectada também promove o bem-estar emocional e social.

Exercício 2 – sequência completa

Inclinando o tronco para a frente, dobrar os joelhos até aonde for confortável, inspirando.



Projeto Homem Virtual - Uso educacional



<http://projetohomemvirtual.org.br>

Demonstração de prática de exercício físico em espaços reduzidos e sem uso de aparelhagens especiais. Créditos: Projeto Homem Virtual.

Nos casos das residências para população idosa, os projetos são baseados em áreas físicas de 30, 45 e 70 m², organizados em formatos integrados (nas duas primeiras opções) e com separação de ambiente (para a última opção). Os espaços são definidos pela possibilidade de oferecerem ambientes agradáveis e com sensação de amplitude, pela aplicação de projetos de flexibilidade funcional. Porém, uma característica importante é a facilidade de limpeza (15 minutos diários para manutenção e uma limpeza terminal a cada 45 dias). As escolhas dos materiais são igualmente importantes, tais como pisos antiderrapantes, resistentes à lavagem, inclusive a vapor, pois esta característica permite reduzir o uso de produtos de limpeza química, o que diminui os riscos de alergia e intoxicação. A flexibilização funcional é baseada no conceito da expansão de um espaço com 50 m² para ser funcionalmente equivalente a 100 m², por meio da distribuição das áreas em concentração temporal. Biombos retráteis e automatizados poderão ser utilizados para fins de separação ambiental, decorativos e manutenção de privacidade, principalmente para apartamentos ou casas cujas janelas dão de frente para os vizinhos.

Nas moradias inteligentes Wellness, além de higienização e segurança, conectividade, organização da distribuição de espaços, uso de móveis funcionalmente planejados, é preciso, também, cuidar de alguns outros aspectos, como:

1. Uso de sensores contra gás ou fumaça, como sistema de alerta para incêndio;

2. Prever local para armazenar manta anti-incêndio perto do fogão, em caso de acidentes;

3. Inclusão de tomadas dentro dos armários para uso de desumidificadores elétricos (para residências em litoral ou armários perto de banheiro), com objetivo de reduzir a umidade e os problemas com mofo;

4. Inclusão de lâmpada UV-C bactericida dentro do armário;

5. Higrômetro para medição de umidade e uso de umidificador em caso de ambiente seco;

HIGIENIZAÇÃO Escolha de materiais

Higienização por vapor



automatização com robô de limpeza



Higienização por UVC

Desinfecção de objetos



Escaner uv-c

Tomada

marianachaoarquitectura@gmail.com


Mari-Chao
ARQUITETURA

6. Uso de Alexa (Amazon Echo) ou Google Home para automatizar luzes e controle de alguns dispositivos eletrônicos;

7. Inclusão de câmeras para monitoramento, caso necessário;

8. Organização de espaço para armazenamento de medicamentos com proteção à luminosidade, à umidade excessiva e térmica;

9. Área de armazenamento de prontuários e dados sobre saúde;

10. Utilização de sinalizadores em armários para fácil identificação dos objetos no seu interior;

11. Instalação de sinalizadores fosforescentes que guiem os residentes em ambientes com baixa luminosidade ou sensores de presença que acendem os balizadores;

12. Uso de equipamentos *nobreaks* em pontos estratégicos, que proporcionem o mínimo de conforto, indispensável em casos de falta de energia, assegurando a possibilidade de acender o abajur, carregar o celular, garantir o funcionamento da internet nas casas com automação e das assistentes virtuais.

AUTOMAÇÃO PARA SAÚDE, BEM-ESTAR E PRATICIDADE



marianachaoarquitectura@gmail.com


Mari-Chao
ARQUITETURA

CONCLUSÃO

Os gastos com bem-estar e qualidade de vida são bem mais prazerosos do que com medicamentos e doenças. O sistema de saúde e o crescimento econômico do setor só serão viáveis no momento em que médicos e planos de saúde passarem a prescrever práticas de hábitos saudáveis para prevenção de doenças, não apenas o tratamento delas. O ecossistema residencial 5.0 com saúde conectada é uma prática economicamente viável e benéfica não apenas para seus usuários, mas, também, para a economia mundial.

REABILITAÇÃO PÓS-COVID

“Muitos idosos estão voltando para os hospitais devido às sequelas”



Por Felipe Nabuco
@inhomesaudeemcasa

O Brasil tem acompanhado a peleja de milhões de pacientes que conseguiram vencer a batalha contra a Covid-19, mas que ainda travam uma verdadeira guerra contra as sequelas provocadas pela doença. Desde que o Ministério da Saúde declarou a Covid-19 como uma emergência de saúde pública, em março de 2020, pouco mais de 19 milhões de pessoas já contraíram a doença, das quais 17 milhões conseguiram se curar.

O que tem chamado a atenção, porém, é que essa cura, em muitos casos, não tem se dado de forma imediata, com a simples negativa apontada no exame que detecta o vírus. Para milhões de pacientes, conviver com atividades de reabilitação tem feito parte de uma rotina difícil, sobretudo para quem precisa do suporte de assistência domiciliar.

Os relatos de pessoas que evoluíram com limitações físicas, cognitivas ou psíquicas após contraírem a Covid-19 só têm aumentado em todo o país. Estão entre os sintomas fraqueza muscular e respiratória, fadiga, alterações de sensibilidade, lentificação do raciocínio, estresse pós-traumático, entre outros, independentemente da idade. Mas, para uma parcela específica da população, essas consequências têm um impacto ainda maior: trata-se dos idosos que apresentam dificuldades de locomoção e que, por isso, demandam cuidados de reabilitação domiciliar.



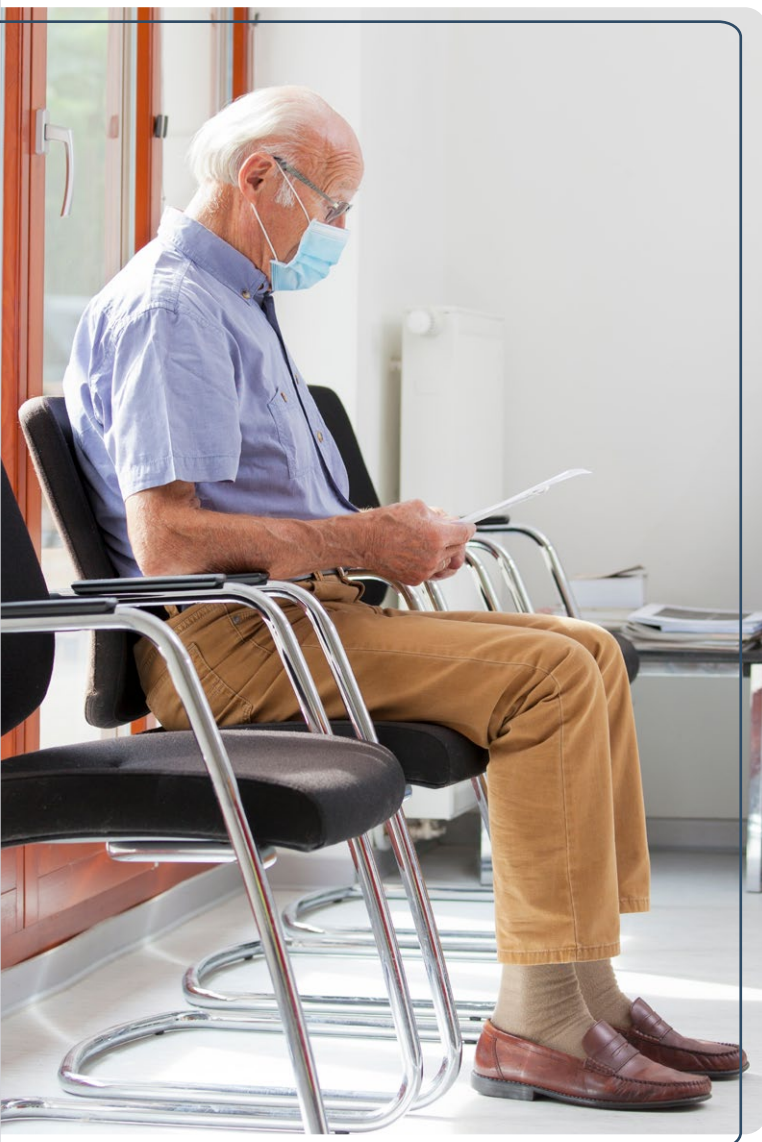
Créditos: Câmara dos Deputados.

Deputada federal Norma Ayub (DEM/ES).

No último dia 15 de junho, a deputada federal Norma Ayub (DEM/ES) apresentou ao Ministério da Saúde a Indicação 569/2021, que sugere o incentivo à implementação de equipes multidisciplinares para acompanhamento domiciliar de idosos que ainda lutam contra alguma sequela da Covid-19.

“A saída de cada idoso de uma internação hospitalar ou em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) após a Covid-19 deve ser celebrada como uma vitória. No entanto, a doença deixa sequelas em corpos e mentes e mata pessoas de todas as idades”, explica a deputada no documento enviado ao ministro da Saúde, Marcelo Queiroga.

Indicação da deputada federal Norma Ayub (DEM/ES) propõe que a União crie incentivos para a ampliação das equipes do PSF que atuarão no atendimento domiciliar de idosos com sequelas da Covid.



“A descrição do quadro clínico ainda está sendo construída, uma vez que envolve uma vasta gama de alterações. Um ponto incontestável é a necessidade de serem criados serviços específicos para os portadores desses distúrbios, com equipes multiprofissionais e garantia de acesso a serviços de referência. Nesse contexto, ocorre-nos a situação de idosos com dificuldade de locomoção”, complementa o documento.

De acordo com a parlamentar, os idosos sempre foram os mais afetados pela Covid-19. “Desde o início, percebemos que vários idosos voltavam para os hospitais devido às sequelas apresentadas após a alta. Inclusive, muitos vieram a óbito, mesmo após terem sido curados. Essas notícias, bastante frequentes, levaram-me a entender que todas as pessoas, mas, principalmente, os idosos, que têm mais dificuldade de locomoção, precisavam de um acompanhamento específico e domiciliar após a doença. Foi isso que me levou a fazer a indicação ao Ministério da Saúde”, justifica.

A Indicação 569/2021 propõe que a União repasse incentivos financeiros às prefeituras para o reforço de equipes que já realizam o atendimento domiciliar pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Tal reforço pode se dar tanto com o incremento de novas especialidades nas equipes do Programa Saúde da Família (PSF), como psicólogos, fisioterapeutas e angiologistas, por exemplo, como, também, com o investimento em equipamentos para o suporte domiciliar.

“Por ser um investimento direto do Poder Executivo, o próprio Ministério da Saúde é que faria a indicação da origem desse recurso e como seria feito o repasse aos municípios. Talvez, pode ser, inclusive, um trabalho em parceria também”, reforça Norma Ayub. Confira a entrevista a seguir.

IN HOME – O país tem acompanhado a luta de milhares de brasileiros que conseguiram vencer a batalha contra a Covid, mas que ainda travam uma verdadeira guerra contra as sequelas provocadas pela doença. A Indicação 569/2021 prevê o incentivo para a ampliação das equipes multidisciplinares de saúde para

o atendimento domiciliar a idosos que ainda lutam contra alguma sequela. De onde partiu a ideia? Como a senhora chegou a essa proposta?

Dep. Norma Ayub – Os idosos sempre foram os mais afetados por essa doença. Desde o início, nós percebemos, também, que vários idosos voltavam para os hospitais devido às sequelas apresentadas após a alta. Inclusive, muitos idosos vieram a óbito, mesmo após terem sido “curados”. Essas notícias, bastante frequentes, levaram-me a entender que todas as pessoas, mas, principalmente, os idosos, que têm mais dificuldade de locomoção, precisavam de um acompanhamento específico e domiciliar após a doença. Foi isso que me levou a fazer a indicação ao Ministério da Saúde.

IN HOME – Como funcionaria esse incentivo? Ele prevê valores a serem repassados às prefeituras?

Dep. Norma Ayub – Então, justamente por ser um investimento direto do Poder Executivo, o próprio Ministério da Saúde é que faria a indicação da origem desse recurso e como seria feito o repasse aos municípios. Talvez, possa ser, inclusive, um trabalho em parceria também.

IN HOME – Por que, a princípio, a indicação contemplou somente idosos com dificuldades de locomoção atendidos pelo SUS? Há alguma possibilidade de essa indicação também se estender aos demais pacientes em similar dificuldade, a exemplo de pessoas com doenças raras ou pacientes mais jovens acamados ou em situação grave?

Dep. Norma Ayub – A princípio, pensamos nos idosos porque são eles, na maior parte dos casos, os mais atingidos por essas sequelas. Mas, claro, seria muito bem-vindo um programa que contemplasse todas as demais situações.

IN HOME – Sabe-se que, no Brasil, a oferta do atendimento domiciliar não é uma obrigação dos planos de saúde. Portanto, há milhares de idosos que possuem

convênios, mas que também não têm recebido esta atenção na rede privada. Há alguma possibilidade de o debate sobre a reabilitação pós-Covid ser levada, também, para a saúde suplementar?

Dep. Norma Ayub – Com certeza, inclusive já estamos trabalhando em um projeto similar à sua pergunta. A cobertura dos planos de saúde é sempre uma preocupação nossa também, uma vez que, além dos idosos, a minha bandeira de luta nesta vida política também é a saúde! Estamos sempre debatendo proposições que possam melhorar, para o usuário, a cobertura dos planos.

IN HOME – O incentivo para a ampliação das equipes, conforme sugere a Indicação, também pode prever a inclusão de outras especialidades, a exemplo do fisioterapeuta ou do psicólogo?

Dep. Norma Ayub – Sim. Na verdade, já prevê o profissional fisioterapeuta e também o psicólogo, essenciais nessa fase do tratamento. E, quanto mais completa essa equipe estiver, melhor será esse acompanhamento e, portanto, melhor será a qualidade de vida do paciente pós-Covid.

IN HOME – Esse incentivo também contempla o investimento em equipamentos necessários, em algumas situações, à assistência domiciliar, como os equipamentos voltados à reabilitação pulmonar?

Dep. Norma Ayub – Sim. No meu entendimento, deve contemplar tudo que for necessário a cada profissional para realizar o seu trabalho da melhor forma possível.

IN HOME – A senhora já recebeu alguma resposta sobre a Indicação? Em que pé ela está?

Dep. Norma Ayub – O documento foi encaminhado ao Ministério no dia 15 de junho. Estamos aguardando o retorno para mais informações.



Hospitalar

By Informa Markets

A EXPERIÊNCIA,
MAIS RELEVANTE
DO QUE NUNCA.

Faça parte da principal
plataforma de conexão
do setor da saúde
da América Latina,
que agora une o mundo
físico com o digital.

**Reconecte-se.
Reconstrua o presente.
Repense o novo.
Faça parte.**

16 a 26 de Agosto de 2021
Digital Journey

Hospitalar 2022
17 a 20 de maio de 2022



Hospitalar.com
Juntos por um mundo mais saudável.

Engenharia

clínica na atenção domiciliar



Renata Vila Verde

Engenheira clínica e engenheira eletricista, Black Belt em Lean Six Sigma, CEO da empresa Serviço de Engenharia Otimizada Hospitalar (SEOH).

A engenharia clínica na atenção domiciliar apoia a segurança do paciente utilizando práticas e conhecimentos técnicos de engenharia para a utilização da tecnologia médica. A engenharia clínica ou eletrônica médica teve seu período de ouro pós-Segunda Guerra Mundial, com a introdução de grande quantidade de equipamentos, como ultrassom, tomógrafo e analisadores, além de outras novas tecnologias disponíveis. Com a utilização destas tecnologias e em grande quantidade, cada vez mais havia a necessidade de se ter um profissional responsável pela instalação e utilização seguras.

No Brasil, a engenharia clínica começou a se destacar no início da década de 1990 devido a muitos equipamentos médicos parados sem utilização, representando grandes prejuízos financeiros e clínicos para o país.

A principal função da engenharia clínica é executar o gerenciamento de tecnologias em saúde a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de garantir a rastreabilidade, a qualidade, a eficácia, a efetividade, a segurança e, em alguns casos, o desempenho das tecnologias de saúde, contribuindo para a melhoria do cuidado ao paciente.

Com a redução do tempo das internações hospitalares e os avanços e a praticidade das tecnologias médicas, está cada vez mais frequente a utilização de equipamentos voltados para a atenção à saúde do paciente em ambientes domésticos. Soma-se a

isto a redução de custos hospitalares e, consequentemente, o aumento da qualidade de recuperação do enfermo. Como consequência, a utilização de equipamentos médicos complexos no ambiente domiciliar pode trazer riscos importantes tanto para o paciente quanto para o ambiente, quando não adequadamente utilizados e monitorados. Para minimizar tais riscos, o gerenciamento por profissionais especializados torna-se imprescindível.

O gerenciamento de tecnologias em saúde deverá ocorrer em qualquer local em que for necessária a utilização de equipamentos médicos, mas, principalmente, em ambientes em que, embora haja suporte intermitente de profissionais de saúde, há a possibilidade de pessoas leigas operarem equipamentos complexos.

Em ambientes domésticos, identificamos uma grande variedade de equipamentos médicos, que podem variar conforme a patologia clínica de cada paciente, destacando-se, em sua maioria, camas hospitalares, mecânicas ou elétricas; concentradores de oxigênio; *continuous positive airway pressure* (CPAP); *cough assist*; catéter de alto fluxo; oxímetros de pulso; esfigmomanômetros e, em casos mais graves, bomba de infusão; monitor multiparâmetro; ventilador pulmonar e sistema de diálise.

Além da diversidade de equipamentos, destacamos, em alguns casos, a heterogeneidade de modalidade



de aquisição, que pode ser própria da família ou por locação. Cada uma destas modalidades exige um cuidado específico, seja por parte da família, seja por parte da empresa locadora.

Com a diversidade de equipamentos médicos que é encontrada em um ambiente domiciliar, o desafio é garantir a eficácia, a efetividade e o desempenho dos aparelhos de modo que sua operação permaneça contínua e segura. Para isso, a gestão do ciclo de vida dos equipamentos médicos deverá ser executada por profissionais habilitados, desde a instalação, o treinamento, a utilização, até a decisão do momento ideal para o descarte do aparelho.

A engenharia clínica deve estar presente na atenção domiciliar, auxiliando na escolha da melhor especificação técnica do equipamento, planejando a frequência ideal (localização geográfica, quantidade de equipamentos disponíveis, manual do fabricante, entre outros fatores) da manutenção preventiva, preditiva e da calibração, acompanhando a manutenção corretiva, realizando treinamento contínuo para toda a equipe e descartando ou substituindo o aparelho por motivos técnicos ou alteração na patologia clínica do paciente.

A gestão da vida útil desses equipamentos deverá ser mais rigorosa no ambiente domiciliar do que em um hospital, pois, no ambiente domiciliar, nem sempre temos um suporte contínuo de profissionais da saúde, e, às vezes, não há equipamentos de backup para substituição imediata. Desse modo, a gestão desse parque deverá ser executada de forma própria (contratando empresa para realização das manutenções

e calibrações) ou exigindo as devidas manutenções de uma empresa contratada. Ambas as ações deverão atender às orientações de cada fabricante e às legislações locais.

A utilização de tecnologias médicas em uso doméstico traz alguns riscos que precisam ser minimizados. Podemos destacar, entre eles: erro na operação por pessoas leigas em situação de alarmes e/ou em circunstâncias inesperadas; dificuldade de operação dos profissionais da saúde devido à grande diversidade de tecnologia; mudança no quadro clínico do paciente, que exigirá alteração de parâmetro sem um profissional da saúde no local; manutenções inadequadas ou fora do prazo exigido em manual do fabricante; risco de incêndio causado por superaquecimento, curto-circuito ou por ambiente inadequado, com pacientes em caso de terapia com oxigênio; condições anti-higiênicas e o próprio ambiente domiciliar inadequado.

No âmbito domiciliar, a gestão dos equipamentos médicos é essencial para contribuir com a continuidade do tratamento à saúde de maneira segura e eficaz. A gestão não envolve simplesmente o dispositivo médico; precisa, também, conhecer o cenário no qual será instalado e a especificação correta, conforme a patologia; avaliar as condições físicas e geográficas do local; possibilitar treinamento para todos os envolvidos (leigos ou não); saber da necessidade de *backup* para substituição imediata; conhecer a frequência das manutenções; entre outros fatores que contribuirão para a continuação do tratamento em domicílio.

A educação continuada na assistência de enfermagem domiciliar

**Janifer Prestes**

Enfermeira, mestra em Ensino na Saúde e doutoranda no Programa de Diversidade Cultural e Inclusão Social da Universidade Feevale.

**Maristela Peixoto**

Enfermeira, doutora em Diversidade Cultural e Inclusão Social pela Universidade Feevale.

A enfermagem é conhecida como arte do cuidado, com habilidade para educar, orientar e prevenir nos diferentes espaços de saúde. Entre as diversas atribuições do enfermeiro, destaca-se a identificação de fatores de risco para o agravamento à saúde dos indivíduos. Essa atribuição contribui para o planejamento de ações e a organização de um plano para promoção da segurança do paciente, qualificando a assistência à saúde e ampliando a qualidade de vida da população.

Diante disso, é imprescindível a educação continuada do profissional enfermeiro, com o intuito de complementar a sua formação acadêmica, possibilitando-lhe atuar em cenários específicos, com o desafio de estimular a consciência crítica, por meio de questionamentos e argumentos com os quais o profissional continua aprendendo, o que subsidia o desenvolvimento e a implementação da assistência de qualidade.

A enfermagem desempenha papel fundamental no cuidado domiciliar. Cabe ao enfermeiro avaliar a necessidade do indivíduo, conhecendo suas fragilidades, o meio onde está inserido, suas relações





familiares e sociais, realizando técnicas adequadas e orientando os cuidados, monitorando o processo de autocuidado, implementando intervenções preventivas e promovendo uma melhoria da qualidade de vida do usuário.

A assistência domiciliar constitui uma atividade básica a ser realizada na Atenção Primária à Saúde para responder às necessidades dos indivíduos, que estão incapacitados para se deslocar aos serviços de saúde, seja de forma temporária, seja permanente. A enfermagem está presente em todas as modalidades da atenção domiciliar, nas visitas ou no gerenciamento dos cuidados dos pacientes crônicos, avaliando o paciente e a família, fazendo orientações educativas. Participa efetivamente do projeto terapêutico singular juntamente aos demais membros da equipe interdisciplinar.

A implantação das Equipes de Saúde da Família (ESFs) surge como vertente brasileira da Atenção Primária em Saúde (APS), a porta de entrada de um sistema de saúde fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado, na hierarquização e na regionalização, o Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF é uma importante estratégia do sistema de saúde brasileiro no intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. O principal objetivo é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas estruturas e substituir o modelo tradicional, descentralizando os serviços de saúde para mais perto das famílias, para, assim, melhorar a qualidade de vida da população, tendo como uma das principais ferramentas de trabalho o atendimento domiciliar (BRASIL, 2012).

Ofertando cuidados primários essenciais, fundamentados em tecnologias e métodos adequados que foram cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, a APS precisa estar situada em local próximo de onde as pessoas vivem e trabalham, efetivando o princípio de universalidade e integralidade, oportunizando, ainda, a participação social (ALMEIDA et al., 2018).

A APS é desenvolvida por meio de práticas de cuidado e gestão, de forma democrática e participativa, com trabalho em equipe, focando populações

de territórios definidos, pelos quais se assume a responsabilidade sanitária, levando em conta a dinamicidade pertinente ao local em que essas populações moram. Norteia-se por meio dos princípios de universalidade, acessibilidade, criação de vínculo entre profissional de saúde e usuário, continuidade do cuidado, integralidade da assistência, responsabilização, humanização, equidade e participação social, sendo que se considera o indivíduo em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando atender às demandas individuais de forma integral, tendo como uma das principais atividades a visita domiciliar, que deve ser realizada por todos os membros da equipe (BRASIL, 2012).

Em 2011, O Ministério da Saúde reestruturou a maneira de se fazer atenção domiciliar no SUS, incorporando a ele os Serviços de Atenção Domiciliar (SADs), na intenção de ampliar a complexidade do cuidado já prestado pelas ESFs, por meio de equipes exclusivas para tal, criando o programa Melhor em Casa. A atenção domiciliar visa à integralidade e às ações de promoção à saúde, cuidado paliativo, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação (BRASIL, 2011).

A atenção domiciliar caracteriza-se por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, garantindo atendimento longitudinal, promovendo atendimento humanizado e personalizado, possibilitando maior rapidez na recuperação da saúde dos pacientes, e agilizando, desta forma, a eficácia das ações em saúde desenvolvidas no território com foco na qualidade de vida da população assistida.

A oferta de educação continuada na assistência de enfermagem com ênfase na atenção domiciliar deve ser garantida por meio de capacitações e treinamentos com todos os profissionais envolvidos no cuidado, utilizando-se de técnicas modernas de abordagem e atualização em protocolos de atendimento, intensificando um atendimento com a máxima eficácia. Entre as atividades desenvolvidas pela enfermagem, destaca-se o registro de enfermagem.

Os registros da assistência são imprescindíveis para legitimar todas as ações do profissional junto ao

usuário e à família. Cabe ao profissional o registro adequado, claro e objetivo, levando em consideração seus aspectos éticos e legais, pois as anotações em prontuário fazem parte das obrigações legais da equipe de enfermagem. Importante salientar que estes registros podem servir como facilitadores e determinantes em casos judiciais, ao mesmo tempo em que garantem uma comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem e os demais membros da equipe multiprofissional envolvida no processo cuidativo. Além disso, servem de fonte de informações para questões jurídicas, de pesquisas e de educação.

É fundamental que a enfermagem desenvolva habilidades no cuidado domiciliar, atendendo não somente o usuário, como, também, a sua família, compreendendo as limitações deles, esclarecendo suas dúvidas, contribuindo com os saberes e as práticas atualizadas pelo usuário e seus familiares, e sensibilizando a participação de todos os atores envolvidos no cuidado.

A educação continuada revela-se como uma vertente importante dentro do atendimento domiciliar, pois possibilita uma ampliação na prática assistencial, tendo em vista a valorização da vida humana com enfoque em medidas preventivas e de promoção. A enfermagem necessita, enquanto ciência, de profissionais dedicados que busquem a utilização de práticas baseadas em evidências científicas.

Referências

- ALMEIDA, E. R. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). **Revista Panam Salud Publica**, v. 42, n. 29, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e180/pt/>. Acesso em: 25 mar. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html. Acesso em: 26 jun. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 10 maio 2021.

Prontuário do paciente na atenção domiciliar



Josenir Teixeira

Mestre em Direito e consultor jurídico na saúde e no terceiro setor.

Estamos acostumados a considerar o prontuário do paciente como aquele gerado na unidade de internação, dentro do hospital, com anotações feitas pelo pessoal de enfermagem, médicos e profissionais multidisciplinares.

Após a alta do paciente, o prontuário ali elaborado é enviado para o arquivo e lá deve ser guardado por 20 anos a partir do último registro, conforme manda a Resolução nº 1.821/07, do Conselho Federal de Medicina (CFM), ou ele também pode ser armazenado nas nuvens, dependendo da ferramenta tecnológica utilizada pelo estabelecimento de saúde.

Além do tradicional conhecido, há outros documentos que são considerados prontuário, como a ficha de

atendimento e os exames realizados no pronto-socorro (PS), no pronto atendimento (PA), na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), na Unidade Básica de Saúde (UBS), no posto de saúde ou equivalente.

Há, ainda, o prontuário fabricado na casa do paciente, quando ele é atendido em home care, como sugere a desospitalização, incentiva a humanização, insistem as operadoras de plano de saúde ou assim esteja estruturada a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme define a Portaria GM nº 825/2016, do Ministério da Saúde, e regulamenta a RDC nº 11/2006, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).



Em 2002, a Lei nº 10.424 estabeleceu o atendimento e a internação domiciliar, ao alterar a Lei nº 8.080/1990, intenção também objetivada pelo Projeto de Lei nº 6.152/2019, que prevê o atendimento domiciliar de pacientes com mobilidade restrita.

Em todas as situações mencionadas, esses documentos são considerados prontuário, pois é nesse sentido a previsão conceitual ampliada da Resolução nº 1.638/2002, do CFM.

Quando o paciente é atendido na sua residência ou em qualquer lugar fora do estabelecimento de saúde, todas as regras legais inerentes e incidentes sobre o prontuário precisam ser cumpridas, por mais difícil que seja, pois a informalidade do lar pode induzir à não observância estrita das regras que lhe são aplicáveis.

No local onde o paciente se recupera, a vida segue normalmente para os demais habitantes, sendo que o prontuário criado e anotado pela equipe multidisciplinar é mais um componente do cenário e está ali à mão dos profissionais que cuidam no seu atendimento, como também dos familiares e coabitantes, o que facilita o acesso das suas informações pessoais, quebrando-se o sigilo e infringindo-se a Constituição e a infinidade de leis e normas legais infraconstitucionais.

As Resoluções do CFM e a RDC nº 11, da Anvisa, preveem a obrigação de confecção do prontuário para os pacientes com a composição e o conteúdo por elas indicados.

Nos prontuários, inclusive no domiciliar, devem ser registradas todas as atividades realizadas durante a atenção ao paciente, do início do atendimento até a sua alta, tais como prescrição e evolução multiprofissional e resultados de exames.

Como determinam todas as regras legais que tratam do prontuário, ele deve ser preenchido com letra legível, e todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência ao paciente devem assinar e se identificar nele.

Após a alta do paciente domiciliar, inclusive por óbito, o prontuário deverá ser arquivado na sede do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), conforme manda a RDC nº 11, da Anvisa. No caso de pacientes internados em

A dica de ouro é: escreva no prontuário, pois este ato será a sua única salvação quando suas ações forem questionadas.

unidades de saúde, as regras de arquivamento são as da Resolução CFM nº 1.638/2002.

Como a essência e as regras legais incidentes para o prontuário construído no domicílio do paciente são praticamente as mesmas para aquele formado em estabelecimentos de saúde, a orientação jurídica para os profissionais que têm tal documento como depositário das suas anotações é a mesma que digo há 30 anos: faça bem feito!

O prontuário que tem início, meio e fim, que possui sequência lógica e organizada e que registra as condutas adotadas à medida que o quadro clínico do paciente se desenvolve é o que irá ser usado para defender a atuação dos profissionais, no caso de questionamento do paciente, dos seus familiares ou das autoridades.

Ao contrário, se esse mesmo prontuário não for feito com cuidado, zelo e atenção e nele não constar de forma clara o agir dos profissionais, ele será o seu algoz e servirá para condenar a equipe multiprofissional a punições civis, criminais e administrativas, na medida da atuação de cada um.

É bem verdade que os profissionais só acreditam nesse tipo de orientação quando sentem na pele, nos ombros e no bolso o peso de um processo ético-disciplinar promovido pelos conselhos profissionais, uma ação de indenização proposta no Judiciário ou um inquérito policial, que pode vir a se transformar em processo-crime.

Aí não tem mais jeito, pois o prontuário já foi produzido e será analisado por seus pares e por operadores do Direito que querem a punição do profissional da saúde pelo motivo que acharem pertinente. E o estrago na vida dele já terá sido feito.

Se o prontuário não foi bem elaborado, o que resta a fazer é assumir as consequências do seu descuido. E rezar!

A atenção domiciliar na era da saúde 5.0



Fabiana Lebram

Odontóloga e gestora hospitalar. Consultora em serviços de saúde (gestão e saúde digital) com projetos em telemedicina. Atualmente, é superintendente da Núcleo Core – Gestão Holística em Saúde, unidade Salvador.



É fato que a pandemia de Covid-19 acelerou a transformação digital no Brasil, bem como evidenciou a necessidade de termos e fomentarmos uma cultura de inovação, principalmente quando nos referimos à reorganização dos sistemas de saúde e seus processos, visando desenvolver uma prestação de serviços em saúde com mais qualidade, segurança, eficiência, conforto e humanização para o paciente.

Com a utilização da medicina conectada (telemedicina) e da telessaúde de cuidados integrados, conseguimos ampliar o acesso e a qualidade dos serviços ofertados, por meio de novos desenhos de fluxos de atendimento, logística em saúde, em que integramos os meios digitais para melhorarmos a jornada do paciente. Aos poucos estamos acompanhando a transformação do modelo de saúde hospitalocêntrico para o modelo de saúde preventivo, baseado em valor gerado para paciente e para sistema

de saúde, por intermédio de uma medicina de cuidado híbrido, mais preditiva, analítica, contenciosa e centrada no paciente.

A tendência de envelhecimento da população brasileira e mundial, e, conseqüentemente, a possibilidade de desenvolverem mais doenças, é outro agravante ao modelo de saúde atual.

No cuidado híbrido integrado, incorporamos os diversos recursos tecnológicos para otimizar o acompanhamento e o tratamento dos pacientes, ampliando o cuidado integrado para a casa/domicílio do paciente. Com a utilização da telemedicina, que abrange a teleconsulta, o telediagnóstico, a teleorientação e, sobretudo, o telemonitoramento dos pacientes, associada a dispositivos médicos, *wearables* e biossensores (IoMT), conseguimos permitir a interação entre os profissionais e os pacientes.

O telemonitoramento ajuda os profissionais da saúde na prevenção e no cuidado contínuo de pacientes sujeitos a complicações clínicas graves. Desse modo, evita internações e, em consequência, humaniza o atendimento. Além disso, é possível estimular o engajamento dos pacientes no seu próprio cuidado, por meio de orientações e medidas educativas.

E a pandemia evidenciou ainda mais a necessidade da ampliação do cuidado para o home care, visando à continuidade dos tratamentos, e da necessidade de mantermos o distanciamento social, liberarmos os leitos dos hospitais e desafogarmos as unidades de saúde.

Mesmo depois da alta hospitalar, muitos pacientes que tiveram Covid-19 precisam continuar o tratamento médico e, com hospitais lotados, a alternativa tem sido o atendimento em casa. Mais cômodo e confortável para o paciente, esse tipo de tratamento cresceu 15% no ano passado e a expectativa é de que cresça ainda mais esse ano. Além disso, podemos

citar como benefícios diretos os baixos índices de infecção, a maior adesão aos tratamentos sugeridos e a recuperação mais rápida dos pacientes.

Na era da saúde 5.0, além das tecnologias *mobile*, que permitem que profissionais e pacientes interajam a qualquer hora, em qualquer lugar, destacamos o papel da inteligência artificial (IA) e da robotização, tanto para auxiliar na gestão, no diagnóstico e no tratamento em saúde, quanto para ajudar o paciente e facilitar seu monitoramento em casa. Essa infraestrutura das casas inteligentes, incorporada aos demais recursos tecnológicos em saúde, acelerados pelo advento do 5G, possibilitará criarmos uma cadeia de cuidados em saúde integrada, conectada e contínua.

A utilização de dispositivos e *wearables* interligados/conectados com *smartphones*, capazes de captar e transferir as informações e os sinais vitais do paciente em casa para a equipe de assistência, possibilita monitoramento remoto constante, em que intervenções mais assertivas a qualquer sinal de alteração ocorrem antes que se agrave o quadro clínico do paciente. Este telemulticare permite uma abordagem mais preventiva, preditiva, contenciosa, com maior participação por parte do paciente na manutenção da sua qualidade de vida.

A tendência é nos tornarmos mais participativos e corresponsáveis na gestão de nossa saúde. Mas não para autodiagnóstico, e sim para compartilharmos esses dados com um médico e uma equipe multidisciplinar, para que, juntos, como um time único, possamos chegar às melhores decisões para nossos problemas de saúde.

Dessa forma, a atenção domiciliar ampliada, por meio da medicina conectada e da telessaúde de cuidados integrados, em conjunto com uma logística de cuidados eficientes, e pacientes como cogestores de sua saúde, serão a base da saúde 5.0, que tem a valorização humana como pilar fundamental.

.....

Mercado

e perspectivas da atenção domiciliar



André Minchillo

Médico e gestor em saúde.



Uma ótima análise sobre o Setor de Saúde no Brasil, realizada pela Consultoria Deloitte, aborda as possibilidades de inovação nos sistemas de saúde. Entre as possibilidades sugeridas, a criação de um ecossistema assistencial, em que o atendimento extrapola as barreiras físicas e operacionais, deve ser observada.

Não há mais dúvidas de que a atenção domiciliar no Brasil é um setor que está se aprimorando há algumas poucas décadas e colaborando para a ampliação dos ambientes de cuidados à saúde.

A inserção, nesse contexto, não se deve somente ao importante momento demográfico, com aumento da expectativa de vida. Leva-se em consideração a necessidade de mudanças do modelo assistencial no esforço de compreender os novos hábitos do consumidor e suas experiências com ênfase na saúde e no bem-estar.

A observância da correta utilização dos recursos financeiros e humanos no atendimento aos pacientes, perseguindo o equilíbrio da alta qualidade assistencial com custos viáveis, faz, novamente, as empresas



de atenção domiciliar comportarem-se como parceiros estratégicos.

Tornando-se sistemas de cuidados inteligentes, adequados, acessíveis e sustentáveis, o ambiente para atendimento aos pós-agudos chega às nossas residências como opção para a continuidade dos cuidados.

Isso explica o forte crescimento do setor demonstrado pela recente pesquisa do Núcleo das Empresas de Atenção Domiciliar (Nead), no Censo produzido em 2020 em parceria com a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe). Em poucos anos, o número de estabelecimentos de saúde em atenção domiciliar passou das 800 empresas. O grande contingente de profissionais de saúde nas diferentes especialidades atuando em *home care* registra mais de 15 mil por mês. Milhões de pacientes estão recebendo algum tipo de cuidado em sua própria casa. O produto interno bruto (PIB) do setor cresce a cada ano, atingindo, em 2020, R\$ 10 bilhões.

Essa expansão não se restringe somente à iniciativa privada. O Sistema Único de Saúde (SUS) vem mostrando importantes resultados em todos os aspectos, permitindo acesso aos seus programas assistenciais a milhões de brasileiros.

Entretanto, para atuar nesse mercado, importantes desafios devem ser vencidos. As empresas devem melhorar seus processos para permitir uma gestão dos complexos processos de logística e administração. De forma crescente, a procura por entidades de acreditação demonstra a preocupação com modelos sustentáveis e eficientes no atingimento dessas metas.

Todos esses aspectos, ao trazerem eficiência e diminuição do desperdício e do retrabalho, são essenciais para conviver com sistemas de pagamento de diárias globais, que impactam fortemente os resultados operacionais e financeiros.

O embarque da tecnologia alcança padrões inéditos. Impossível operar sem o apoio de prontuários eletrônicos ou plataformas que permitam análises dos principais indicadores assistenciais, financeiros e de qualidade dos serviços oferecidos.

Com o advento da pandemia de Covid-19, exigiu-se, por parte dos órgãos regulatórios, a inclusão da telemedicina como mais uma ferramenta de atendimento, tornando-se um canal eficiente de contato com o paciente ou familiar. Tecnologia que veio para ficar, ela também traz novos desafios, como adequação de equipes e tratamento da infraestrutura adequada.



Permeando o tema da tecnologia em saúde, seguem firmes as startups que pesquisam sobre o uso de inteligência artificial, sensores para monitoramento de padrões clínicos e outras inovações que auxiliem os pacientes nos seus cuidados.

O mercado de saúde está em franca consolidação em vários setores dessa indústria. Embora esteja no radar de grupos investidores e algumas aquisições tenham ocorrido nos últimos anos com empresas de atenção domiciliar, a assimetria de informações entre os atores desse segmento prejudica a análise de viabilidade, segundo alguns analistas. Desta forma, as empresas, sob a pena de perderem oportunidades de negócios, devem se estruturar para que sejam atrativas ao olhar do consolidador.

Como estratégia de crescimento, temos a opção por entregar a prestação de serviços em diferentes locais e a abertura de filiais por parte de várias empresas nos diferentes estados, principalmente Norte e Nordeste, para suprir a demanda das operadoras de planos de saúde com participação nacional.

Atendendo a aproximadamente 45 milhões de brasileiros, são os planos privados os maiores contratantes da atenção domiciliar. Desta forma, o esforço de

diferenciação entre os prestadores é vital para endereçar um amplo escopo de serviços em diferentes níveis de programas assistenciais. Tornar-se e, sobretudo, manter-se parceiro estratégico exige contínua evolução nos padrões éticos, comportamentais e de eficiência por resultados.

O setor da atenção domiciliar carrega consigo um marco histórico no Brasil, ao incluir a residência como local de atendimento à saúde em uma época em que havia a supremacia do modelo hospitalocêntrico.

Ao longo do tempo, vem-se repensando o modelo assistencial, criando soluções que permitam excelência nos cuidados aos pacientes e melhorando a experiência deles. Nesse ecossistema que se expande e traz novas possibilidades, o *home care* tem excelentes perspectivas para o futuro.

Cresce, então, a responsabilidade dos gestores em galgar novos conhecimentos e explorar novas oportunidades neste novo mercado pós-pandemia, atuando com responsabilidade ambiental, cultural e social.

Cuidados com a segurança medicamentosa na atenção domiciliar



Marianna Almeida Ferreira

Farmacêutica, mestra em Assistência e Avaliação em Saúde e Gestora da Qualidade.

A atenção domiciliar é uma modalidade de prestação de serviços em saúde que acontece na residência do paciente, oferecendo mais conforto e humanização. Mesmo em casa, é necessário que sejam observados os protocolos e as boas práticas para que a segurança dos pacientes seja o foco de todos os atores envolvidos na prestação do cuidado. Nesse sentido, um dos pontos cruciais para a segurança do paciente na atenção domiciliar está ligado à segurança medicamentosa.

A maioria das consultas médicas gera prescrição medicamentosa. E, nas quatro últimas décadas, a preocupação com o item “segurança” passou a ter importância igual ou maior que a relativa ao item “eficácia terapêutica”, merecedor de atenção prioritária durante muito tempo. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o uso inadequado de medicamentos constitui um verdadeiro problema de saúde pública em âmbito mundial, sendo a “medicação sem danos” o tema do terceiro Desafio Global de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde (OMS). Para proteger os pacientes, o Desafio definiu três áreas prioritárias nas quais eles se tornam mais vulneráveis: situações de alto risco, polifarmácia e transições de cuidados.

A alta hospitalar é um dos momentos críticos da transição de cuidados, por acarretar alterações sig-

nificativas na farmacoterapia dos pacientes, devido à substituição ou à suspensão dos medicamentos usados, ou, ainda, à prescrição de novos medicamentos. Neste momento, o profissional farmacêutico deve prestar orientações quanto ao uso, às indicações, às interações (medicamentosas e alimentares), aos efeitos colaterais, aos medicamentos via sondas (enterais e nasoenterais), à guarda, à administração e ao descarte de medicamentos para a equipe multidisciplinar, para o paciente e seus familiares.

Para a adequada continuação do cuidado com a terapêutica medicamentosa em domicílio, é preciso que seja observado o armazenamento dos medicamentos. Parte da população pensa que ter medicamentos guardados em casa é uma questão de prevenção, desprezando cuidados adequados com o armazenamento e o consumo desses fármacos. Os medicamentos devem ser protegidos da luz, do calor e da umidade; deve-se utilizar, preferencialmente, o medidor que acompanha o medicamento, evitando o uso de colheres caseiras; e, por fim, os medicamentos devem ser descartados de maneira correta (não devem ser colocados no lixo comum – nos municípios, há locais de coleta, como unidades de saúde e drogarias).

É importante consultar um farmacêutico caso seja observada qualquer mudança no medicamento

Para segurança no uso de medicamentos em ambiente domiciliar, é importante seguir gerenciando todas as etapas da cadeia medicamentosa com uma prescrição adequada, armazenando os medicamentos e os produtos para saúde, garantindo que cheguem e permaneçam em domicílio com qualidade e segurança, bem como com administração de medicamentos orientada e monitorada.



(alteração na cor, existência de mancha ou cheiro estranho), uma vez que, ao não serem observadas as recomendações de boas práticas, o medicamento pode se tornar ineficaz ou acarretar efeitos indesejáveis, inclusive nocivos, à saúde do paciente, se ingerido de maneira equivocada.

Utilizar as sobras de tratamentos concluídos com sucesso ou medicamentos de venda livre para se automedicar, sem compreender a sintomatologia, também é uma outra questão de segurança frequente que precisa estar no radar de familiares, cuidadores e profissionais da saúde que acompanham os pacientes na assistência em casa.

Existem diversas estratégias que podem ser usadas em casa para facilitar a organização, a compreensão e o monitoramento para o uso adequado do medicamento, como, por exemplo, caixas organizadoras de medicamentos, quadros de orientações sobre o uso de medicamentos e treinamentos práticos aos pacientes sobre administração de medicamentos por sonda.

Entre essas estratégias, devemos dar especial atenção às caixinhas de plástico com divisórias usadas para colocar os medicamentos a serem utilizados ao longo do dia ou da semana. Essa prática não é recomendada, pois dificulta a identificação dos medicamentos, podendo ocasionar confusão e erros no momento do uso, e a estabilidade físico-química do medicamento poderá ser afetada, uma vez que essas caixinhas não propiciam a proteção adequada ao medicamento.

Para segurança no uso de medicamentos em ambiente domiciliar, é importante seguir gerenciando todas as etapas da cadeia medicamentosa com uma prescrição adequada (se possível, com revisão periódica de medicamentos, com o intuito de reduzir ao máximo o número de fármacos ingeridos diariamente), armazenando os medicamentos e os produtos para saúde, garantindo que cheguem e permaneçam em domicílio com qualidade e segurança, bem como com administração de medicamentos orientada e monitorada.

A importância do cuidado nutricional na desospitalização



Vanessa Tosta Ferreira

Nutricionista, pós-graduada em Nutrição Clínica e Fisiologia do Exercício, certificada Black Belt em Lean Six Sigma.



A desnutrição é definida como estado resultante da deficiência de nutrientes capaz de provocar alterações na composição corporal, na funcionalidade e no estado mental, gerando prejuízos ao desfecho clínico do paciente, como piora na resposta imunológica, aumento de complicações cirúrgicas e infecciosas, atraso no processo de cicatrização, desenvolvimento de lesões por pressão, aumento no risco de mortalidade e no tempo de internação, incitando o crescimento dos custos hospitalares.

Em 1998, o Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar, conhecido como Ibranutri (WAITZBERG; CAIAFFA; CORREIA, 2001), avaliou 4 mil pacientes internados na rede pública de vários estados brasileiros, constatando 48,1% de desnutridos. Posteriormente, em 2016, Correia, Perman e Waitzberg (2017) e os mesmos autores do Ibranutri conduziram estudo similar incluindo alguns hospitais da América do Sul. Apesar de passados quase 20 anos, houve uma progressão no cenário da desnutrição, chegando-se à prevalência de 60%.

Visando mobilizar instituições hospitalares e profissionais da saúde, a Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (Braspen) instituiu, em 2019, a campanha “Diga Não à Desnutrição” (TOLEDO *et al.*, 2018). Por meio de método mnemônico com a palavra “desnutrição”, cada letra demonstra 11 passos sistemáticos desde a avaliação nutricional até a alta hospitalar. A campanha propõe difundir informações com o intuito de alertar e combater a desnutrição e suas consequências. Neste tocante, a letra O – “Oriente a alta hospitalar” salienta a importância da desospitalização para a continuidade da Terapia Nutricional Domiciliar (TND), pois, quando bem aplicada, contribui para a prevenção e/ou a recuperação do estado nutricional, reduzindo comorbidades relativas à desnutrição, a necessidade de intervenções clínicas e as readmissões hospitalares.

Sabemos que pacientes com tempo de internação prolongado apresentam redução do apetite por diversos fatores, e nem sempre a alta hospitalar ocorre quando há a recuperação total do estado nutricional ou da capacidade plena de se alimentar e da utilização biológica dos nutrientes.

Nesse contexto, o nutricionista deve precocemente determinar o risco nutricional, realizar a avaliação do

estado nutricional, estabelecer as metas nutricionais, verificar a via de alimentação, monitorar o ingerido versus o estimado e acompanhar as intolerâncias e/ou intercorrências para que os desfechos clínicos sejam melhorados em domicílio.

Disponibilizar o paciente no centro do cuidado, envolver os familiares e identificar possíveis barreiras de comunicação tornam-se peças importantes para assegurar o cumprimento e a fiscalização do plano terapêutico durante a internação até a alta hospitalar.

O plano de alta deve ser aplicado pela equipe multiprofissional de forma individualizada, de acordo com as condições clínicas e nutricionais do paciente, adaptando-se à realidade do local (moradia), à fonte pagadora e à dinâmica familiar (VAN AANHOLT *et al.*, 2018). Dependendo da via de alimentação do paciente, a TND pode transformar a rotina diária dos envolvidos, impactando a qualidade de vida, principalmente na fase inicial.

A relação do nutricionista neste ambiente torna-se um ponto condicionante na adesão aos cuidados nutricionais, uma vez que as atividades de aquisição, higienização, conservação, manipulação e administração dos alimentos, na maioria das vezes, são realizadas pela família/cuidador.

Um segundo planejamento nutricional nos pós-alta deve ser considerado para rever o plano de cuidado e a prescrição dietética, definir a periodicidade do aconselhamento nutricional e realizar o reforço das orientações junto ao paciente e aos familiares.

A Terapia Nutricional Oral (TNO) tem um papel importante junto ao paciente com via oral hipo, alimentado ou em transição da dieta enteral para a oral. Para maior adesão da alimentação oral, deve-se considerar as preferências, as aversões e as intolerâncias conforme condições clínicas e o grau de disfagia alinhado à alteração na consistência dos alimentos e ao uso de espessantes, quando necessário.

Orientar e treinar o cuidador para registro das quantidades consumidas em cada refeição (desjejum, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia) ao longo do dia por pelo menos três dias consecutivos é uma estratégia que auxilia no monitoramento da ingestão oral do paciente domiciliar. Com esses dados, o nutricionista avalia a aceitação alimentar e realiza

o cálculo da ingestão realizada pelo paciente comparando as metas nutricionais. Na observância de consumo abaixo de 60% das necessidades nutricionais, principalmente em pacientes com risco nutricional, desnutridos, com demanda metabólica aumentada, sarcopênicos, com lesão por pressão, oncológicos ou em preparo pré-operatório, deve-se recomendar o uso de Suplemento Oral Domiciliar (SOD).

A diretriz publicada pela European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (Espen), em 2020 (BISCHOFF *et al.*, 2020), para nutrição domiciliar, recomenda que, uma vez indicado suplemento oral para pacientes idosos, este seja mantido por pelo menos um mês para observância de custo-efetividade. Há forte tendência de queda na aceitação do suplemento ao longo dos três meses seguintes à alta hospitalar. Estudo conduzido por Ginzburg *et al.* (2018) avaliou a aderência no primeiro mês de alta de pacientes idosos, em que 65% destes já não tomavam o suplemento, 11% tiveram uma aderência parcial e somente 23% mantiveram o uso. A principal barreira para o não consumo do suplemento nesse estudo foi a ausência da prescrição médica, sendo o medicamento prescrito somente pelo nutricionista. Nota-se que, embora a prescrição seja uma atribuição do nutricionista, é muito importante que o médico assistente reforce e incentive os benefícios para o consumo do suplemento.

Se o paciente não apresentar melhora da ingestão acima de 60% com suplementação oral por três dias consecutivos, a Terapia Nutricional Enteral (TNE) deve ser indicada. Caso o paciente esteja impossibilitado de utilizar o trato gastrointestinal, principalmente com risco de desnutrição ou desnutrido, a Terapia Nutricional Parenteral (TNP) deve ser indicada precocemente. A TNE é, hoje, uma realidade crescente. Segundo o Ibranutri, 84% dos profissionais de saúde atendem pacientes com TNE exclusiva. Do ponto de vista da oferta nutricional e do controle microbiológico, recomenda-se o uso de dietas industrializadas (líquidas, prontas para uso, ou em pó, para reconstituição), pois garantem a adequação nutricional tanto qualitativa quanto quantitativa, e possuem riscos mínimos de contaminação da fórmula por perigos biológicos (micro-organismos e parasitas). A Terapia Nutricional Mista, em que se usa dietas industrializada e caseira (preparada com alimentos *in natura*) intercaladas, também pode ser utilizada, desde que monitorada e suspensa ao menor sinal de complicações.

Independentemente da via e do tipo alimentar proposto, tanto o paciente quanto o cuidador devem estar cientes e entendidos sobre a aquisição, o modo de preparo, o volume, o gotejamento, os horários, as técnicas para posicionamento e administração, a identificação de complicações (náuseas, vômitos, distensão abdominal, diarreia e outras), o tempo de uso e os cuidados gerais acerca da higienização e da conservação das dietas/alimentos.

Para uma desospitalização bem-sucedida do ponto de vista nutricional, a assistência do nutricionista deve se iniciar precocemente, durante os primeiros dias da internação hospitalar, por meio da identificação dos pacientes desnutridos e/ou com risco nutricional, com posterior estabelecimento do plano de cuidado, implementação e monitoramento da terapia nutricional e possíveis complicações (GONÇALVES *et al.*, 2020). As orientações do cuidado nutricional em domicílio, independentemente da via de alimentação, devem ser realizadas ao longo da internação, visando à compreensão e ao envolvimento do paciente e dos familiares quanto à importância de se seguir com a prescrição nutricional. O monitoramento das metas nutricionais deve ser realizado nos pós-alta, visando melhorar as funções debilitadas relacionadas à alimentação e proporcionar mais qualidade de vida e saúde ao paciente.

Referências

- BISCHOFF, S. C. *et al.* ESPEN guideline on home enteral nutrition. **Clin Nutr.**, v. 39, n. 1, p. 5-22, 2020.
- CORREIA, M. I. T. D.; PERMAN, M. I.; WAITZBERG, D. L. Hospital malnutrition in Latin America: a systematic review. **Clin Nutr.**, v. 36, n. 4, p. 958-967, 2017.
- GINZBURG, Y. *et al.* Barriers for nutritional care in the transition from hospital to the community among older patients. **Clin Nutr.**, v. 25, p. 56-62, 2018.
- GONÇALVES, R. C. *et al.* Planejamento nutricional da alta hospitalar: breve revisão de literatura e proposta de instrumento de avaliação. **Braspen J.**, v. 35, n. 4, p. 329-339, 2020.
- TOLEDO, D. O. *et al.* Campanha "Diga não à desnutrição": 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar. **Braspen J.**, v. 33, n. 1, p. 86-100, 2018.
- VAN AANHOLT, D. P. J. *et al.* Diretriz Brasileira de Terapia Nutricional Domiciliar. **Braspen J.** v. 33, supl. 1, p. 37-46, 2018.
- WAITZBERG, D. L.; CAIAFFA, W. T.; CORREIA, M. I. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI) – a study of 4000 patients. **Nutrition**, v. 17, n. 7-8, p. 573-580, 2001.

Comunicação *in home*



Por Viviã de Sousa
@inhomesaudeemcasa

A comunicação é a solução para a maior parte de nossos problemas, conflitos e situações, e a sua clareza é fundamental para a assertividade em todos os momentos de nossa trajetória. Essa palavra é determinante para que uma mensagem seja expressada corretamente, bem como compreendida. Esse é um dos maiores desafios na vida de cada um de nós. Precisamos trabalhar todos os nossos sentidos para compreender a verdadeira essência de uma mensagem, já que essa interpretação não está apenas relacionada ao que ouvimos ou falamos, mas, principalmente, às nossas atitudes, expressões e percepções.

Todo esse momento que estamos vivendo, com a transformação de cenários pessoais e profissionais, permeiam a junção de todos os ambientes em um principal: o domiciliar. É necessário ter uma comunicação clara do que é preciso e do que, de fato, pode ser feito. Mas, e quando esse ambiente pessoal não é o seu, e sim, o de seu cliente ou paciente? É preciso aprender a interagir em cenários e situações adversas, além de ter que realizar suas atividades profissionais em um ambiente familiar e lidar com personagens que, de uma certa forma, estão envolvidos direta ou indiretamente nesse cuidado ou processo.

É muito importante que o profissional que escolhe atuar na prestação de serviços *in home* perceba que a comunicação é a sua principal aliada para o sucesso de um tratamento ou acompanhamento. Precisamos desenvolver especialmente essa habilidade, bem como a



empatia, para que o desenvolvimento das atividades seja mais prazeroso e produtivo, alcançando, por meio dessa aliada, que é a comunicação, resultados efetivos no cumprimento das tarefas e na evolução do quadro do paciente.

Cuidados de saúde em ambientes domiciliares apresentam uma série de pessoas e fatores que, na maioria das vezes, não conseguimos controlar, e essa tendência demonstra o quanto esses profissionais necessitam ter cada vez mais preparo e habilidades interpessoais para interagir com assertividade em todos os momentos.

Hoje, podemos contar com diversas ferramentas, soluções, tecnologias e inovações que estão ao nosso alcance e que contribuem para otimizar nossa comunicação e o acompanhamento profissional no tratamento, no cuidado e no atendimento ao paciente, promovendo cada vez mais independência, segurança e assistência qualificada a cada pessoa que requer cuidados especiais em casa, além de mais controle de ações e tarefas.

Se você quer realmente que a sua comunicação tenha propósito, então aprenda a compreender as necessidades que as pessoas têm para captar uma mensagem, pois existem várias formas diferentes de interpretar ou de absorver um recado. Por isso, o transmissor possui uma responsabilidade ainda maior e precisa aprender a se comunicar com clareza, objetividade e assertividade.

Quer saber se você ou sua empresa está se comunicando bem? Então, abra sua mente e seus sentidos para a construção de um diálogo transparente e receptivo com a sua equipe, os seus parceiros, os seus colaboradores, os seus fornecedores e os seus pacientes. Especialmente por esse caminho, será possível compreender o poder que a comunicação possui em todas as áreas de nossas vidas.

Há um provérbio que diz: "Me fale e eu ouço. Me mostre e eu vejo. Me deixe fazer e eu aprendo.". Esse é o caminho que devemos buscar para exercitar a compreensão da nossa mensagem e saber se de fato

estamos sendo compreendidos e também compreendendo a situação em que nos encontramos.

Sabemos que o maior problema das empresas e dos profissionais é a falha na comunicação. Por isso, é importante adotar alguns passos para se construir uma comunicação mais assertiva, especialmente no ambiente domiciliar:

1. Procure transmitir a sua mensagem com clareza, simplicidade e objetividade;

2. Respeite a cultura de cada pessoa ou família;

3. Compreenda o ponto de vista do paciente e de seus familiares;

4. Estabeleça um diálogo honesto com todas as pessoas envolvidas, para que haja maior colaboração entre todos e para que o resultado seja cada vez mais satisfatório;

5. Evite conflitos e estabeleça uma relação saudável para uma boa convivência;

6. Quando precisar tratar de um tema delicado com o seu paciente ou os familiares, escolha um momento e um ambiente em que todos estejam mais tranquilos e confortáveis, e adote uma postura e um tom de voz que transmitam confiança;

7. Fique atento à sua comunicação não verbal e observe a sua expressão corporal e facial, para que a mensagem passe mais segurança;

8. Observe os sinais do seu receptor para compreender se a mensagem está sendo captada com efetividade;

9. Posicione-se sem se impor;

10. Invista em treinamentos e exercite essa sua capacidade especial.

Não se esqueça de sempre perguntar ao receptor como ele compreendeu a sua mensagem!



ENCONSAD

ENCONTRO NACIONAL DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

O MAIOR EVENTO NACIONAL DE INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE TRANSIÇÃO E CONTINUIDADE DE CUIDADOS



enconsad.com.br

Handbook

“Integração de Cuidados”



Andrea Prestes
@inhomesaudeemcasa

O Setor Saúde possui muitas oportunidades e também necessidades, e uma das principais é a capacitação profissional, especialmente para a melhoria e o desenvolvimento do segmento de atenção domiciliar. Esse é o grande pilar para a evolução do cuidado e a promoção da qualificação de todos que atuam ou que pretendem atuar na área.

A *In-Home* Saúde em Casa está sempre atenta aos principais lançamentos para o nosso segmento e destaca, nesta edição, o *handbook* “Integração do cuidado”. Procuramos o coordenador e os autores para saber um pouco mais desta publicação. A obra é dirigida a todos os *stakeholders* da área da saúde, em particular estudantes, profissionais de saúde e administradores hospitalares, e tem como principal objetivo promover a discussão e a implementação de uma estratégia de integração de cuidados.

O livro aborda os principais conceitos associados aos modelos predominantes e a metodologia para a implementação nessa área. A publicação apresenta, também, uma análise da evolução da integração de cuidados em Portugal, ilustrada por exemplos de projetos nacionais existentes.

O coordenador desse projeto, Professor Doutor Rui Santana, explica como surgiu a ideia de se produzir o material. “Surgiu da necessidade sentida, por diferentes atores do Serviço Nacional de Saúde Português

(SNS), da existência de um documento que não fosse um manual exaustivo, mas, sim, uma obra de fácil e rápida leitura, que permitisse arrumar as principais ideias relativamente a conceitos e domínios no âmbito da integração de cuidados, e que, inclusive, apresentasse uma metodologia para a sua implementação. Em síntese, uma obra mais voltada para a operacionalização da integração de cuidados.”

O livro pretende voltar a colocar na agenda política nacional, relacionada ao Setor da Saúde, o tema da integração de cuidados, e contribuir para a implementação de uma estratégia nacional neste âmbito.

“A integração de cuidados é uma estratégia fundamental para darmos resposta a muitos dos atuais desafios dos sistemas de saúde e, sobretudo, dos serviços públicos de saúde. Existem projetos de integração de cuidados já implementados nas nossas instituições, e damos alguns exemplos neste livro. Contudo, é necessário irmos mais longe. Para além dos projetos-piloto que já existem, precisamos criar uma cultura de integração de cuidados. Os benefícios deste modelo de prestação de cuidados parecem claros, podendo o seu estudo ainda ser aprofundado, mas é também necessário um compromisso de todos para melhor usufruirmos destes mesmos benefícios. É preciso que este modelo faça parte de uma estratégia nacional, e é isso que esperamos com esta obra”, finaliza Rui Santana.

Onde adquirir o *handbook*?

Esta obra é da Editora Almedina e pode ser adquirida nas principais livrarias físicas em Portugal e sites de vendas.

COORDENADOR

Rui Santana, administrador hospitalar e doutor em Saúde Pública. Subdiretor da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-NOVA) e membro do Departamento de Políticas e Gestão do Sistema de Saúde.

AUTORES

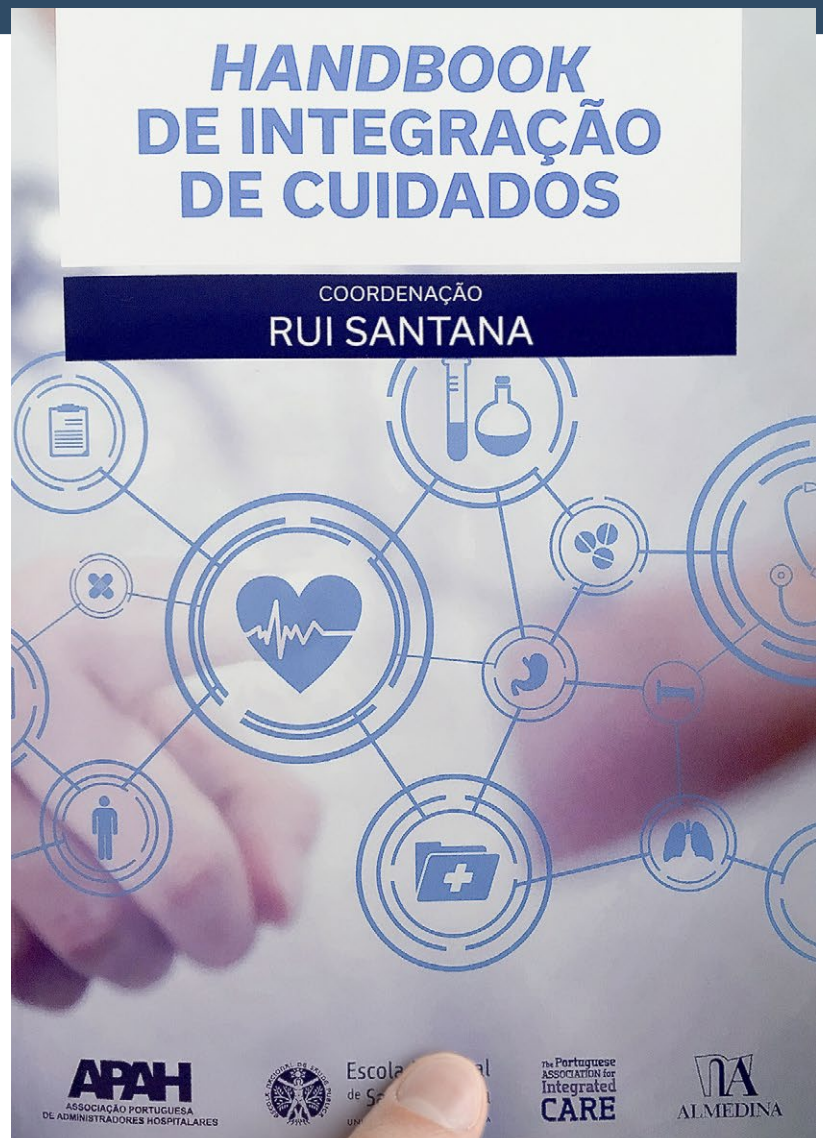
Adelaide Belo, médica coordenadora do Programa de Gestão de Caso da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano e presidente da Portuguese Association for Integrated Care (Pafic).

Cátia Gaspar, administradora hospitalar no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte. Integra a Direção da Pafic.

Cláudia Almeida, estudante de administração hospitalar na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-NOVA).

Joana Seringa, estudante de doutorado na ENSP-NOVA e gestora dos blocos operatórios do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central.

Miguel Papança, administrador hospitalar. Exerce funções na Gilead Sciences, é membro dos corpos sociais da Pafic e candidato a doutorado na ENSP-NOVA.



Tratamento domiciliar em pacientes com sequelas da Covid-19



Raphael Argenta

Gerente multidisciplinar da Lar e Saúde, empresa de atendimento domiciliar.

Com mais de um ano de pandemia causada pelo novo coronavírus, com avanços tecnológicos na produção de vacinas e novas descobertas sobre a Covid-19, ainda há muito para se aprender sobre a doença que já contagiou mais de 170 milhões e matou mais de 3 milhões de pessoas no mundo todo.

Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) alertou para os efeitos em longo prazo da Covid-19. Segundo a entidade, pessoas que passaram longos períodos lutando contra a doença no hospital precisam de cuidados continuados e prolongados.

As sequelas deixadas pela doença, de acordo com o novo resumo de políticas da OMS e do Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, atingem uma a cada dez pessoas. Em casos graves, a situação piora, deixando sequelas em sete a cada dez pacientes hospitalizados por Covid-19, mesmo depois de cinco meses de alta médica, conforme uma pesquisa feita pela Universidade de Leicester, no Reino Unido, que analisou cerca de mil pessoas internadas entre março e novembro de 2020.

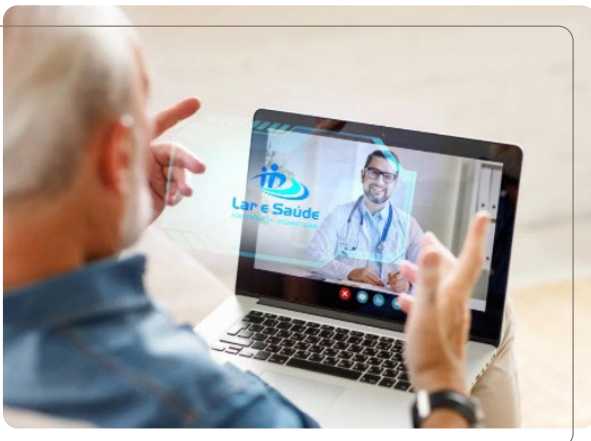
O cuidado em *home care* atua na reabilitação desses pacientes. No entanto, o tratamento varia muito, de acordo com as sequelas deixadas pela doença e o grau de dependência do paciente, podendo ser

desde um atendimento pontual de terapias até o internamento domiciliar com enfermagem 24 horas.

É possível identificar dois perfis de pacientes pós-Covid-19 em atendimento domiciliar: os casos graves e os leves e moderados. Pacientes com casos graves, que ficaram hospitalizados por um longo período, podem apresentar maior limitação, com quadros de polineuropatia, fraqueza, formigamento e dor, causados pelo período sedado e pela imobilidade no leito. Pacientes submetidos a longos períodos em ventilação mecânica, com lesões pulmonares extensas, como a Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (Sara), podem ter sua *performance* para atividades de vida diária reduzidas, gerando uma dependência maior.

Já nos casos moderados e leves, em geral, os pacientes sentem uma fadiga crônica, ou seja, um cansaço ou uma dispneia (falta de ar). Dependendo do grau, podem se sentir cansados para as atividades mais simples, como se vestir, necessitando de auxílio. Para esses pacientes, o tratamento consiste em reabilitação. O período hospitalar foi só o começo; o processo de recuperação pode durar meses. Nesses casos, entram em ação as multiterapias, como terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e psicologia.

Os pacientes pós-Covid recebem tratamento multidisciplinar de terapia ocupacional.



A fisioterapia possui papel essencial nesse processo, objetivando a reabilitação cardiovascular, pulmonar e muscular. A fonoaudiologia auxilia pacientes que têm dificuldade de deglutição, consequência de períodos longos de intubação ou traqueostomizados, alimentando-se por meio de sondas. Alguns pacientes podem apresentar um quadro de emagrecimento, necessitando de acompanhamento da equipe de nutrição para restabelecer e garantir o melhor aporte nutricional, tão necessário no período de reabilitação. Períodos de internamento prolongado estão associados a estresse pós-traumático, com maior ênfase no caso da Covid-19, pelo medo da doença, pelo isolamento, pela preocupação com familiares e amigos; nestes casos, o serviço de psicologia é indicado.

A recuperação pode ser lenta. A média de tempo para reabilitação completa é de seis meses, o que varia muito, de acordo com o nível de dependência do paciente. Muitas vezes, as sequelas não permitem que o paciente volte a ter o mesmo estilo de vida anterior à doença, mas a reabilitação possibilita que se aproxime ao máximo do que era antes.

Outro aspecto importante do processo de reabilitação é a saúde mental. O paciente sai do hospital com sentimento de vitória, e tem uma longa jornada pela frente. A doença deixa marcas e a batalha contra o vírus foi o começo. Agora, é hora de lutar contra as próprias limitações.

O paciente sai do hospital com sentimento de vitória, e tem uma longa jornada pela frente. A doença deixa marcas e a batalha contra o vírus foi o começo. Agora, é hora de lutar contra as próprias limitações.

Estabelecimentos de atenção domiciliar crescem 22,8% em um ano e meio



Por Amanda Vasconcelos

@inhomesaudeemcasa

Com a pandemia de Covid-19, o setor de atenção domiciliar, conhecido como *home care*, demonstrou ser fundamental para a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro. Tanto é que, de junho de 2018 a dezembro de 2019, o número de estabelecimentos saltou de 676 para 830, um aumento expressivo de 22,8%, segundo estudo encomendado pelo Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar (Nead) e realizado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe).

A expansão do setor apenas mostrou ser urgente a necessidade de se melhorar a qualidade do atendimento prestado. As instituições de *home care* precisam adequar seus padrões aos hospitalares, o que dificulta a implantação, sendo inclusive questionada, muitas vezes, a validade dos padrões adaptados para o setor.

A American Accreditation Commission International (AACI), empresa internacional de acreditação, enxergando as dificuldades enfrentadas pelo segmento da atenção domiciliar, desenvolveu padrões baseados nas especificidades dos serviços e conta com um time de especialistas para aplicar tais padrões.

O Brasil ainda tem muito a avançar quando o assunto é acreditação. Documento divulgado pela Confederação



Nacional da Saúde (CNS), no início de 2018, aponta existirem, no país, 6.820 hospitais, dos quais apenas 347 são acreditados, cerca de 5%.

“A AACI Brasil chegou para revolucionar o cenário da acreditação de saúde no país, por ser moderna, internacional e independente. Não diferente de outros segmentos, o importante é reconhecer que a gestão na saúde vive um momento de incertezas, adaptações e apostas. Da mesma forma, os sistemas de certificação e acreditação devem se adaptar ao momento da pandemia, e a AACI possui um modelo híbrido de avaliação que será alterado conforme a fase do processo, o compromisso com a organização e a maturidade da instituição no processo de acreditação. A AACI impulsionará, no país, maiores índices de validade, integridade e o melhor atendimento ao cliente do setor”, explica Ana Carla Restituti, gerente de Acreditação da AACI Brasil.

No momento atual, em que os estabelecimentos de saúde estão sob imensa pressão e com escassez de força de trabalho, infraestrutura e cadeia de abastecimento, enquanto há uma avalanche de adaptação e inovação em curto espaço de tempo, os executivos da AACI aproveitaram para entender e inovar o modelo de acreditação frente aos novos hábitos dos consumidores, a transformação digital e a necessidade de se desenvolver parcerias com diversos especialistas para a criação de uma dimensão maior de drives de conhecimento e expertises.

“O Brasil é um mercado maduro e bem formado, com muitos desafios. Ao mesmo tempo, o mercado busca novidades. Podemos responder a todas as necessidades do mercado brasileiro. Podemos compartilhar nossa experiência global e adaptar essa experiência aos requisitos locais”, afirma John D. Bell, presidente da AACI América.

Para Bell, o principal desafio futuro seria entender a direção do mercado global da acreditação. “Pensando nisso, procuramos projetar as necessidades do mercado no próximo período. Acreditamos que o modelo de acreditação atual se tornou ‘antiquado’, e os mercados se moverão em direção a desafios mais específicos, como, por exemplo, doenças específicas.”

A AACI Brasil, em parceria com a matriz nos Estados Unidos, desenvolve padrões centrados na pessoa para que os serviços de saúde alcancem melhores níveis de segurança e qualidade do atendimento. Juntos, auxiliam as organizações de saúde a gerenciarem seus riscos e melhorarem o atendimento com foco na experiência e na segurança do paciente, bem como na performance da gestão operacional.

A Europa, por meio de seu time de executivos especialmente sediados em Ljubljana (Eslovênia) e em Portugal, possibilita o estabelecimento de parcerias institucionais para a promoção da qualidade em saúde, por meio do desenvolvimento, da qualificação e da formação de avaliadores, assim como da preparação de instituições para a acreditação.

Os principais padrões mundialmente implementados pela AACI e que estarão disponíveis no Brasil são:

- Padrões de Acreditação para Organizações de Saúde;
- Padrões de Excelência Clínica no AVC Agudo;
- Padrões de Excelência Clínica em Odontologia;
- Padrões de Excelência Clínica em Serviços de Maternidade;
- Padrões de Excelência Clínica no Serviço de Endoscopia;
- Padrões de Certificação de Conteúdo Clínico em Ambiente *Web (Sites)*;
- Padrões de Acreditação para *Home Care*.



AMERICAN ACCREDITATION
COMMISSION INTERNATIONAL

o desafio

do serviço social na atenção domiciliar em tempos de pandemia



Daniela Carvalho

Assistente social da atenção domiciliar privada. Graduada em Serviço Social, especialista em Intervenção Familiar e Comunitária e em Direito Aplicado à Saúde.



O serviço social é uma profissão regulamentada que atua com a viabilidade de direitos, com as relações humanas, com as vulnerabilidades sociais e financeiras, com famílias fragilizadas frente a situações de doenças, com o contexto da dor social que atinge todos os envolvidos e impacta para além do diagnóstico.

O profissional dessa categoria mantém-se presente em todos os momentos do atendimento domiciliar, início, meio e fim, pois o seu papel contempla realizar a avaliação de ordem social, subsidiar a equipe multidisciplinar nesse cenário, observar a dinâmica e a organização familiar, elucidar dúvidas e inseguranças que venham a surgir, orientar as rotinas assistenciais, alinhar e reforçar o papel do cuidador, decifrar a realidade oculta que provoca e aumenta as dificuldades diárias, mediar inúmeros conflitos, identificar as limitações e possibilidades, auxiliar nos processos de desmames, articular com as redes de apoio, acolher os envolvidos que, não raramente, estão totalmente sobrecarregados, entre muitas outras atividades.

Como podemos observar, as atribuições do assistente social nessa área da saúde é bastante ampla, instigante e dinâmica, já que a execução do seu trabalho dá-se em uma heterogeneidade de circunstâncias aliada a uma realidade que não é estática, que se modifica a todo momento, obrigando o especialista a rever as suas percepções e a reavaliar as suas formas diárias de intervenções. Costumo dizer que não temos monotonia!

Diferentemente do contexto hospitalar, para desvendar todo esse campo fascinante da atenção domiciliar, em que conhecemos o sujeito na sua essência, criamos vínculos, efetuamos o acompanhamento, identificamos os hábitos e as culturas que interferem no aspecto social do doente, que ocorre dentro das rotinas e no conforto do ambiente doméstico, o profissional precisa estar muito bem embasado por meio da sua instrumentalidade, ser criativo, questionador e, ainda, crítico da realidade de forma propositiva, complementando, fundamentalmente, com o conhecimento da regulamentação da profissão, do código de ética, além da normativa RDC nº 11/2006, do Ministério da Saúde, dos

protocolos gerais que envolvem a saúde e demais políticas públicas.

Atualmente, no Brasil, estamos vivenciando uma crise sanitária gravíssima, que nos assola desde o início de 2020, a qual alterou todos os aspectos da vida humana, desorganizou todos os sistemas e ainda evidenciou cada vez mais os problemas da coletividade. Porém, com a saúde hospitalar em sinal de colapso, os atendimentos nos lares ganharam mais visibilidade entre a população e vêm se mostrando como uma alternativa segura e viável ao tratamento dos doentes, como trazem alguns números já divulgados pela mídia.

A atenção domiciliar sempre foi um campo com algumas adversidades para os profissionais, seja da rede pública, seja da privada, mas, com a pandemia, ele se tornou ainda mais desafiador. Nos primeiros meses do contágio, foi necessária uma aproximação bem intensa dos serviços com as residências, mesmo que de maneira alternativa, para que se conversasse sobre o que estava ocorrendo de modo transparente, educativo e consciente, repassando exaustivamente todos os protocolos, mostrando o uso correto dos equipamentos de proteção, reforçando os hábitos de higiene para prevenção e discutindo sobre as situações de exposições desnecessárias.

Concomitantemente, foi preciso alterar e modificar o formato de alguns atendimentos a fim de que os envolvidos não corressem nenhum tipo de risco. O trabalho, de uma forma geral, passou a ser estabelecido com a integração de novos meios de comunicação, obrigando todos a usufruir muito mais da tecnologia que avançou o correspondente a uma década nesse período, integrando na assistência as chamadas de vídeos, os aplicativos on-line, e, ainda, trazendo a novidade do home office (quando possível).

O mundo todo precisou incluir outras ferramentas de trabalho, fortalecer-se frente aos obstáculos que vieram junto a esse panorama, e com o assistente social não seria diferente. Esse profissional também precisou se articular rapidamente e inserir novos modelos laborais, para que se mantivesse presente no acolhimento com as famílias, mesmo que distan-

te fisicamente, a fim de não as deixar desamparadas em um momento de tantas incertezas e dúvidas.

As visitas presenciais tornaram-se mais espaçadas e realizadas somente em casos essenciais. As avaliações de novos pacientes foram sendo ajustadas e feitas exclusivamente para os da modalidade de internação, ou em situações sinalizadas pelo restante da equipe, em que a observação dos critérios de elegibilidade social (estrutura domiciliar, organização para o recebimento do paciente, identificação do cuidador etc.) eram fundamentais para a segurança de todos na casa. Sabíamos que precisávamos desospitalizar o maior número possível de enfermos, para fins de liberação de leitos hospitalares, mas não se podia pensar em correr riscos com alguma inclusão não elegível.

Mesmo com o passar dos meses, nos locais onde há a disponibilidade de recursos tecnológicos (esse acesso universal ainda é uma utopia no país), as diversas reuniões habituais para gerenciamentos de conflitos, alinhamentos da assistência, elucidações dos planos de atendimento, ratificações dos direitos e deveres, esclarecimentos e encaminhamentos seguem sendo feitas de maneira remota, para evitarmos os contatos e as aglomerações.

A demanda do campo domiciliar apresentou grande elevação nesse período, mas, infelizmente, passamos a conviver em um contexto histórico mais vulnerável, desprotegido, com extensas dificuldades econômicas, pessoas amedrontadas pela contaminação, famílias totalmente isoladas da sociedade e, ainda, extremamente preocupadas em relação ao fluxo de profissionais nas suas residências, o que, conseqüentemente, trouxe um aumento no nível de exigências por parte destes, e, claro, de desentendimentos com as equipes em geral.

Situações como essas destacadas triplicaram na assistência impulsionadas pela conjuntura calamitosa enfrentada, que vem se arrastando pela demora na vacinação da população, e pela restrição de circulação das pessoas, que impacta direta e indiretamente a renda dos familiares, com fechamentos de postos

de trabalhos ou reduções salariais. Com tudo isso acontecendo, é visível a diminuição da condição social e financeira dos pacientes, que passaram a necessitar mais da ajuda do governo, por meio das políticas públicas cada vez mais insuficientes e precárias.

Também observamos, no dia a dia, diversas solicitações de reduções/recusas de atendimentos em virtude de particularidades familiares; a escassez de mão de obra no mercado, em vista da grande demanda das unidades de saúde; o alvoroço nas residências, com a insegurança na garantia de realização de algumas assistências de alta complexidade; e até mesmo o comprometimento e o desequilíbrio mental de todos que fazem parte desse processo.

Um ano e meio depois, ainda continuamos em um contexto totalmente fora do comum, sem data certa para acabar, aprendendo a resistir. Desta forma, permanecemos tendo consciência e entendimento do nosso papel como profissional e ser humano, proporcionando aos pacientes, familiares e cuidadores um ambiente seguro, de qualidade, por meio de uma comunicação assertiva, uma posição acolhedora, que trata o sujeito em todas as suas dimensões, propiciando, com isso, um olhar humanizado, digno e sistêmico, apesar de o momento ser incerto, complexo e desafiador para todos.

Seguimos em frente esperando pelo fim dessa crise avassaladora da saúde, mas aguardando pela continuidade da ascensão e do fortalecimento da atenção domiciliar, mostrando que essa é uma realidade que, ao contrário da Covid-19, veio para ficar, trazendo benefícios e qualidade de vida para a sociedade.

O mundo todo precisou incluir outras ferramentas de trabalho, fortalecer-se frente aos obstáculos que vieram junto a esse panorama, e com o assistente social não seria diferente.

Covid-19:

atuação da fisioterapia no atendimento domiciliar



Jecilene Rosana Costa Frutuoso

Fisioterapeuta especializada, mestra e doutora pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/Unifesp).

O novo coronavírus foi detectado primeiramente na cidade de Wuhan, na China, no final de 2019. A Organização Mundial da Saúde (OMS) nomeou como pandemia quando se espalhou rapidamente, em 31 de janeiro de 2020. Covid-19 é uma doença infecciosa que pode causar disfunções físicas e respiratórias em curto e longo prazos, trazendo diversos desafios para a fisioterapia e toda a equipe da saúde.

A infecção pelo vírus da Covid-19 tem como principais sintomas febre, fadiga, tosse seca, falta de ar (dispneia), mialgia, dor de cabeça, produção de secreção, hemoptise e diarreia. A maioria dos pacientes desenvolve a forma leve ou assintomática da doença. Casos mais graves podem necessitar de cuidados intensivos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo o fisioterapeuta especialista responsável pelos parâmetros dos aparelhos ventilatórios.

De acordo com a OMS, os fisioterapeutas avaliam, planejam e implementam programas de reabilitação que melhoram ou restauram as pessoas em suas funções motoras, maximizam a capacidade do movimento, aliviam síndromes de dor, tratam ou previnem desafios físicos associados a lesões, doenças e outras deficiências. Desta forma, os serviços de fisioterapia são necessários e essenciais não só para pacientes crônicos, mas, também, para a saúde, a promoção e a prevenção



de doenças. Devido às complicações patológicas promovidas pela Covid-19, atualmente, o trabalho fisioterapêutico em unidades de cuidados intensivos de saúde, ambulatorios e residências é essencial.

O acompanhamento do fisioterapeuta é importante, pois, de acordo com o comprometimento respiratório ou musculoesquelético, o paciente necessitará de um trabalho de recuperação funcional para restabelecer sua qualidade de vida. Após contrair Covid-19, a pessoa poderá apresentar alguma repercussão funcional. Alguns apresentam limitações que dificultam a realização de atividades cotidianas básicas, como caminhar, subir escadas e rampas, tomar banho e realizar a higiene pessoal. Assim, a fisioterapia poderá ser respiratória e motora.

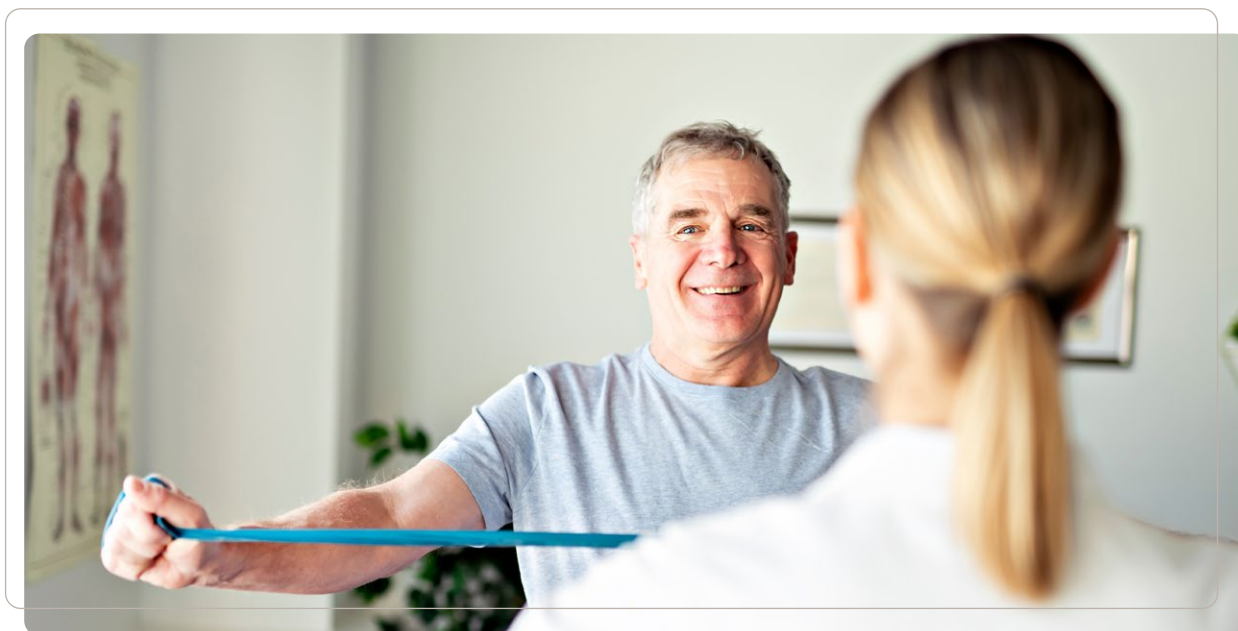
A pandemia de Covid-19 obrigou muitos fisioterapeutas a se reinventarem para estarem próximos de seus pacientes, e o uso das ferramentas digitais, tanto pelo profissional quanto pelo paciente, foi muito importante. Desta forma, o fisioterapeuta consegue atender seu paciente virtualmente, ensinando algumas técnicas e acompanhando, dependendo do caso, em domicílio.

O sistema de home care existe há décadas no Brasil, mas, com a pandemia, ganhou outro patamar. Esse atendimento domiciliar, assim como o acompanha-

mento de uma equipe interdisciplinar, pode ser necessário para tratar os diferentes problemas decorrentes da doença. O tratamento fisioterapêutico domiciliar apresenta inúmeras vantagens, desde a economia de tempo e transporte (que pode incluir combustível e estacionamento) até o conforto e a comodidade ao paciente, que não precisa se deslocar. Além disso, também evita o risco de novo contágio em ambientes ambulatoriais.

O atendimento é cercado de cuidados e protocolos de higiene, com uso de máscara, aventais e propé. Os profissionais estão seguindo os protocolos internos e as recomendações do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Crefito) com foco nos cuidados, tendo atenção redobrada em relação à Covid-19, além das recomendações oficiais da Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva (Assobrafir), em 27/04/2020, acerca de aspectos éticos e legais.

O fisioterapeuta tem o papel de prevenir a disseminação dessa doença, orientando os pacientes e seus familiares com o intuito de minimizar os impactos àqueles que estão precisando de cuidados em casa. Ele é responsável pela avaliação funcional, pelo planejamento e pelo tratamento do paciente, para restabelecer o pleno bem-estar e a qualidade de vida.





Acreditamos que profissionais preparados e empoderados melhoram a performance e contribuem para ótimos resultados ao negócio. Treinamos e desenvolvemos times e líderes e atuamos na formação de gestores.

Gestão em Saúde e Consultoria

Vamos ajudar o seu hospital a aumentar a performance e a produzir melhores resultados. Atuamos nas áreas:



ESTRATÉGICA



ADMINISTRATIVA-FINANCEIRA



OPERACIONAL

andreaprestesinstitute.com.br

POR UM MUNDO SEM ERROS MÉDICOS

ATUAÇÃO:
EUA, EUROPA
E AGORA NO BRASIL



aacihealthcare.com

Brasil - São Paulo (+55) 11 98363 2525

Portugal (+351) 910 687 067

Somos um órgão de acreditação moderno, internacional e independente, cujo único objetivo é desenvolver padrões centrados na pessoa para serviços de saúde e melhorar a segurança, o bem-estar e a qualidade de vida e a qualidade dos cuidados em todo o mundo.

AACI
AMERICAN ACCREDITATION COMMISSION INTERNATIONAL

SERVIÇOS

Acreditação

Certificação

Certificação de Conteúdo Médico da Web

Consultoria

Academia AACI

Sistemas de gerenciamento integrados

