

PRATA DA CASA 2

escritas do cotidiano
de uma equipe que cuida



SÃO PAULO
Internações Domiciliares

**São Paulo Interações Domiciliares
Grupo MAIS**

PRATA DA CASA 2

escritas do cotidiano de uma equipe que cuida

**1ª edição
São Paulo
OBORÉ
2009**

2009. OBORÉ Projetos Especiais em Comunicações e Artes Ltda.

Coordenação editorial

Sergio Gomes

Ana Luisa Zaniboni Gomes

Supervisão

Márcio Sampaio Mendes

Organização

David Braga Junior

Equipe de Produção

Camila da Silva Lima Rodrigues, Márcio Sampaio Mendes e Viviane Cristina Rozelli

Edição

Ana Luisa Zaniboni Gomes

Capa, diagramação, artefinal e produção gráfica

Guto Veloso

Fotos

Nivaldo Honório da Silva

Arquivos pessoais dos autores

Tiragem desta edição: 1.000 exemplares

São Paulo, outubro de 2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Prata da casa, 2 : escritas do cotidiano de uma
equipe que cuida / São Paulo Interações
Domiciliares Grupo MAIS . -- 1. ed. --
São Paulo : Oboré, 2009.

Vários autores.
Bibliografia
ISBN 978-85-61497-06-4

1. Cuidados de enfermagem a domicílio
2. Enfermagem geriátrica 3. Gerontologia
4. Idosos - Cuidados domiciliares I. São Paulo
Interações Domiciliares Grupo MAIS.

09-10236

CDD-610.7365
NLM-WY 152

Índices para catálogo sistemático:

1. Atendimento domiciliar : Enfermagem
geriátrica : Ciências médicas 610.7365

Não há sol a sós.

Arnaldo Antunes

ÍNDICE

- 12 **ARTIGO 1 - COMPOSIÇÃO DE UM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE**
Pedro José Vilaça e Jacques Lucio de Moreira e Nunes
- 18 **ARTIGO 2 - A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NO ATUAL CENÁRIO DA SAÚDE**
Sarah Loretta
- 21 **ARTIGO 3 - INCLUSÃO NA INTERNAÇÃO DOMICILIAR: O IMPACTO DA DESOSPITALIZAÇÃO PARA O PACIENTE**
Taciane Araujo Catib
- 29 **ARTIGO 4 - IDOSOS DEPENDENTES DE CUIDADORES NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**
Juliana Araujo Scheffer
- 33 **ARTIGO 5 - IMPORTÂNCIA DO PRONTUÁRIO EM UM SERVIÇO DE HOME CARE**
Paulo Rogério Affonso Antonio
- 36 **ARTIGO 6 - SELEÇÃO DOS PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NOS PACIENTES GERIÁTRICOS NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**
Kátia de Fátima Emídio e Taciane Araujo Catib
- 42 **ARTIGO 7- A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERAÇÕES CLÍNICAS NOS EXAMES LABORATORIAIS**
Patricia Ferraz Rosa
- 45 **ARTIGO 8 - OS BENEFÍCIOS DA HIGIENE ORAL ADEQUADA NA DIMINUIÇÃO DOS RISCOS DE PNEUMONIA**
Victor Rogério, Monira Samaan Kallás e Joyce Soares Gomes
- 50 **ARTIGO 9 - A IMPORTÂNCIA DA EMPATIA E CONFIANÇA NA RELAÇÃO PACIENTE/FAMILIAR E PROFISSIONAL PARA A MUDANÇA DE UM COMPORTAMENTO**
Adriana Russo e Debora Genezini
- 54 **ARTIGO 10 - O IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR SOB A ÓTICA DA FAMÍLIA**
Ana Carolina Silveira e Taciane Araujo Catib

- 61 **ARTIGO 11 - CUIDAR DO IDOSO EM DOMICILIO: A MUDANÇA NA VIDA DA FAMÍLIA**
Tahys Emanuelle Aranha Nazaro
- 66 **ARTIGO 12 - A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO AO LUTO ANTECIPATÓRIO DA FAMÍLIA FRENTE A AUSÊNCIA PSÍQUICA E SOCIAL DO IDOSO COM PERDAS FÍSICAS E COGNITIVAS EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**
Debora Genezini e Adriana Russo
- 69 **ARTIGO 13 - PRINCIPAIS DIFICULDADES NA IMPLATAÇÃO DE PROGRAMAS DE QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA**
Marcio Sampaio Mendes
- 74 **ARTIGO 14 - MODELO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL AO PACIENTE EM HOME CARE: COMPLEMENTAÇÃO DO SAE PARA UMA ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE**
Fabio Luiz de Camargo
- 80 **ARTIGO 15 - DIFICULDADE NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR COM PACIENTES LIMINARES**
Patrícia Alves Cerqueira
- 84 **ARTIGO 16 - ASSÉDIO MORAL NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**
Caroline Alcalá Furtado e Juliana Araujo Scheffer
- 87 **ARTIGO 17 - VIVÊNCIAS E SENTIMENTOS DE FAMILIARES AO CUIDAR DE UM DOS SEUS INTEGRANTES COM CÂNCER**
Gasiella Caçula Campos Bastos
- 93 **ARTIGO 18 - TERAPIA OCUPACIONAL NA ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA DOMICILIAR**
Marília Bense Othero; Cristiane Sugawara; Tatiana dos Santos Arini, Camila Ribeiro Rocha e Maria Tereza Sales Furtado
- 105 **ARTIGO 19 - A ALTA FONOAUDIOLÓGICA EM PACIENTES DE HOME CARE DE LONGA PERMANÊNCIA**
Andrea Francisco Brito
- 108 **ARTIGO 20 - SISTEMATIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NUTRICIONAL EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**
Marina Zotti
- 112 **ARTIGO 21 - FATORES QUE AFETAM O CONSUMO ALIMENTAR E NUTRIÇÃO DE IDOSOS: CONTRIBUIÇÃO DO NUTRICIONISTA VISITADOR**
Fernanda Martinez Rodrigues

- 117 **ARTIGO 22 - COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO VISITADOR NO CONTROLE DE MATERIAIS NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**
Deborah Keiko Shimabukuro
- 120 **ARTIGO 23 - PAPEL DO ENFERMEIRO VISITADOR NO CONTEXTO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: VISÃO DO SETOR ESCALA DE ENFERMAGEM**
Everly Rosário Souza
- 124 **ARTIGO 24 - O ENFERMEIRO COMO GESTOR DE RECURSOS MATERIAIS EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**
Regina Souto Carreira
- 127 **ARTIGO 25 - GESTÃO DE PESSOAS: MODELOS DE LIDERANÇA EM HOME CARE**
Viviane Cristina Rozelli
- 132 **ARTIGO 26 - GERENCIAMENTO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS A DISTÂNCIA EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**
Leonardo Braz dos Santos Barros
- 139 **ARTIGO 27 - DIMENSIONAMENTO DE ENFERMAGEM EM HOME CARE: IMPORTÂNCIA DE SE FAZER ENTENDER PARA REDUZIR CUSTOS**
Juliana Bueno Rodrigues
- 142 **ARTIGO 28 - IMPORTÂNCIA DO MONITORAMENTO ATIVO**
Jacqueline Oliveira Araujo e Juliana Bueno Rodrigues
- 146 **ARTIGO 29 - HOME CARE É UMA INSTITUIÇÃO SEGURA? A APLICABILIDADE DA FERRAMENTA FMEA EM ATENDIMENTO DOMICILIAR**
Fernanda Ramos Traboulsi
- 155 **ARTIGO 30 - IMPLANTAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DO TISS SOB A ÓTICA DE UM PRESTADOR DE SERVIÇOS DE HOME CARE**
Vanessa Maria Ramos Fischer
- 160 **ARTIGO 31 - TRATAMENTO ADEQUADO DAS INFECÇÕES URINÁRIAS DE PACIENTES EM ATENDIMENTO DOMICILIAR: REDUÇÃO DE CUSTOS**
Henrique Jose Pacagnan
- 173 **ARTIGO 32 - REDUÇÃO DE CUSTOS DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA ATRAVÉS DE PROTOCOLOS DE HIGIENE BUCAL**
Monira Samaan Kallás, Victor Rogério e Joyce Soares Gomes

APRESENTAÇÃO

Confesso que estou pessoalmente muito orgulhoso desta equipe que cuida e das novas escritas possibilitadas por seus cotidianos, cheios de desafios.

Primeiro porque, além dos cuidados com os outros, esta equipe que cuida adquiriu o saudável hábito de também cuidar de sua formação. Sendo assim, encontra tempo – real e mental - para refletir sobre os caminhos percorridos em seus respectivos terrenos e campos profissionais e relatar, por escrito, tais reflexões e práticas.

Este desafio, o do conhecimento, vale a pena abraçar de forma permanente. Ou enfrentar, pois não existe aprendizado sem luta, não existe aprendizado sem transformação.

Assim como em todos os campos do conhecimento, na Saúde as práticas não são solitárias e nem tampouco podem ser. Elas são compartilhadas sempre: todos aprendem com todos e cada um aprende com cada episódio que vivencia.

Daí esta devolutiva, aqui materializada em mais uma edição da **Prata da Casa**, de escritas que se originaram de vivências, aprendizados e transformações coletivas. Este é o seu sentido e sua maior inspiração.

Parabéns aos autores pelo empenho e dedicação. Nada mais justo que mais uma prata brilhe entre nós, fruto da alquimia da solidariedade, da ética e do profissionalismo sem concessões. Que mil flores, novamente, floresçam!

Samir Salman
Diretor Superintendente do Grupo MAIS

POR QUE A PRATA DA CASA 2?

As personagens da edição 2008 da **Prata da Casa** ousaram aplicar seus conhecimentos e suas experiências em produções que demonstrassem suas ações do dia a dia em Cuidados Paliativos. Afinados com essa responsabilidade, repetiram a dose e construíram, em 2009, a melodia do **Prata da Casa 2**.

Isso demonstra que a equipe não só expandiu em tamanho mas em maturidade e conhecimento - qualidades essenciais para o bom desempenho da missão que lhe foi atribuída.

E assim, cada qual desenvolveu sua arte e especialidade. Através de seus instrumentos, juntaram acordes de pungente harmonia e transformaram a melodia do cotidiano em uma brilhante sinfonia.

Uma equipe, para bem funcionar, necessita que seus membros abdicuem de suas individualidades, sejam generosos, sem vaidades, que lidem bem com a inveja, a pequenez, a soberba, a ganância. Necessita que seus membros tenham consciência da grandeza do projeto humanitário em que estão envolvidos e se comprometam com esse objetivo maior.

A **Prata da Casa 2** é prova provada de que a equipe da São Paulo Internações Domiciliares, em uníssono e de um jeito bem afinado, está construindo sua própria história ao mesmo tempo em que oferece sua experiência como contribuição ao desenvolvimento do setor.

Kleber Lincoln Gomes

Supervisor da Equipe Técnica do Grupo MAIS

INTRODUÇÃO

Sintonizados com o conjunto de valores do Grupo MAIS, os profissionais da São Paulo Internações Domiciliares atenderam ao chamado silencioso da responsabilidade e novamente foram à obra: aqui está o segundo número da nossa **Prata da Casa**.

Seus artigos retratam a vida da organização, seus conflitos internos e a maneira como reage às mudanças políticas, econômicas, administrativas, culturais e tecnológicas provocadas pelas permanentes transformações na sociedade. Revelam a magnitude, a complexidade e a velocidade com que ocorrem alterações nos processos de trabalho, nas carreiras e profissões. Expõem a dissociação entre o que a sociedade clama e o que a organização se dispõe a oferecer. Todos esses são fatores que interferem de maneira preponderante na execução de políticas públicas a ponto de facilitar ou impedir a sua implementação.

Entretanto, qualificar os processos de Gestão e Gerenciamento das Organizações que compõem o Grupo MAIS é abrir espaço e criar condições para a implantação e implementação de uma Política Pública na área da Seguridade Social. Pela sua complexidade e importância, apontam para uma atuação cada vez mais focada na área da Saúde do Idoso.

Contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços saúde que estão voltados para as situações incapacitantes dos doentes crônicos e das condições sociais e familiares delas decorrentes é contribuir para a consolidação da nossa democracia republicana.

Importante destacar que o Grupo MAIS pauta suas atividades e relacionamentos de acordo com os seguintes valores:

- Respeito às necessidades das pessoas e de seus familiares;
- Verdade e clareza do Grupo com os diferentes públicos;
- Valorização dos profissionais e do trabalho em equipe;
- Inovação via soluções de vanguarda com respaldo científico, pautadas na eficiência, eficácia e efetividade;
- Ousadia de ser contraponto ao modelo hegemônico de atenção à saúde;
- Compartilhar conhecimento dentro do grupo, na comunidade científica e na sociedade, e
- Co-responsabilidade na contribuição na elaboração de programas sócio-culturais e de políticas de interesse público.

Ao todo, esta edição 2009 da **Prata da Casa** apresenta 32 trabalhos. Toda a vastidão de conhecimentos e habilidades necessárias para a execução da complexa tarefa de cuidar dos doentes, de seus familiares e dos cuidadores fora do ambiente hospitalar tradicional foi estudada, a literatura especializada foi consultada e as referências bibliográficas cuidadosamente selecionadas.

Os artigos estão mais elaborados e guardam uma relação matricial entre si, provavelmente alinhados pelo referencial teórico que norteia o Mapa Estratégico do Grupo MAIS, emblematicamente desenhado no formato de uma casa - a nossa casa, a casa onde trabalhamos e nos aperfeiçoamos a cada dia e a cada cuidado.

Tenhamos todos boas leituras!

David Braga Jr.
Organizador

Mapa Estratégico do Grupo Mais



Nota sobre a edição

A **Prata da Casa** é um espaço democrático, de valorização e reconhecimento profissional e acessível a qualquer membro do Grupo MAIS. Em suas páginas, todos se alinham lado a lado e, por vezes, dividem o mesmo lugar, independentemente de classe, profissão, cargo ou hierarquia.

A histórica edição nº 01 desta revista nasceu em 2008 a partir da iniciativa de nossos marinheiros que, generosa e heroicamente, manifestaram interesse em compartilhar suas experiências cotidianas nos porões do cuidar e ousaram criar um dos principais centros produtores de conhecimento da assistência domiciliar privada do país.

Nem bem nascia e a edição inaugural da **Prata da Casa** já era vitoriosa ao acumular três premiações no IX Simpósio Brasileiro de Assistência Domiciliar - SIBRAD, o principal evento brasileiro do setor de home care privado. Semana seguinte a esta consagração, a Comissão de Estudos em Assistência Domiciliar da São Paulo Internações Domiciliares reunia-se para iniciar o planejamento da nova edição. A visibilidade e a repercussão do material colocara a tripulação diante de uma situação, no mínimo, desafiadora: reproduzir (obrigatoriamente) e superar (se possível) a façanha!

E assim foi. Com esta segunda edição, veio a superação: os trabalhos cresceram em quase 70%, catalizando todos os segmentos do Grupo MAIS. Ao todo, são 32 artigos de autoria de 38 profissionais que, estimulados pela possibilidade de repetir a bem sucedida experiência, empenharam-se por novas escritas.

O fato é que ousamos e assumimos os desafios (e as responsabilidades) da decisão de içar as velas, desfazer as amarras, recolher as âncoras e atentar-se à bússola.

E se navegar é preciso, avancemos mar adentro. Naveguemos a quantos pés se fizerem necessários rumo à **Prata da Casa 3**.

Márcio Sampaio Mendes
Coordenador da SPID / Grupo MAIS

COMPOSIÇÃO DE UM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE



PEDRO JOSÉ VILAÇA

Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Infectologia e Epidemiologia pelo Instituto de Infectologia Emílio Ribas. Mestrado em Epidemiologia aplicada aos Serviços de Saúde pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Epidemiologista da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo na atividade de Análise Espacial de Agravos à Saúde. Consultor do Ministério da Saúde na Área de Gestão de Riscos à Saúde. Coordenador da ProAtiva / Promoção da Saúde (Grupo MAIS).

Contato: pj.vilaca@uol.com.br ; pvilaca@proativasauade.com.br



JACQUES LÚCIO DE MOREIRA E NUNES

Graduado em Medicina pela Santa Casa de Vitória (ES). Residência Médica em Clínica Médica na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Pós-Graduado em Geriatria e Gerontologia (RJ). Gerente Médico da São Paulo Internações Domiciliares (SPID / Grupo MAIS).

Contato: jacques@spinternacoes.com.br

Introdução

As ações de atenção à saúde compreendem uma ampla gama de intervenções que vão desde a orientação/educação em saúde à execução de procedimentos complexos e invasivos¹. A integralidade nestas ações engloba, entre outros atributos, a existência de uma equipe multidisciplinar que adote uma abordagem transdisciplinar na elaboração e condução das diversas ações e planos de cuidados. Neste sentido, deve-se extrapolar o dualismo médico/enfermeira nesta abordagem e englobar outros profissionais atuantes no setor saúde, a fim de se conseguir uma abrangência de atuação que abarque todos os aspectos relacionados à saúde^{2,3}.

Deste modo, três serviços se estruturaram para promover esta abordagem, sob a égide de um sistema de informação capaz de gerenciar as diferentes complexidades e de promover a gestão da informação desta população. Dentro deste sistema foram imputados indicadores, escores e parâmetros validados internacionalmente e capazes de estratificar os indivíduos, além de compor o melhor plano terapêutico e selecionar os profissionais envolvidos na execução deste plano. A modelagem dos dados e a gestão da informação foram conduzidas por médico epidemiologista com experiência em gestão de sistemas de informação em saúde e sua atuação foi acompanhada e complementada por médico clínico, responsável pela gerência médica do programa.

Para atender aos preceitos de equidade – característica fundamental na integralidade em saúde – os indivíduos foram divididos em três programas, de acordo com sua complexidade. Para esta estratificação foram aplicados três instrumentos sensíveis e validados: um questionário de avaliação da saúde e hábitos de vida (Vigitel, Ministério da Saúde)^{5,6}, a escala de performance de Karnofsky^{7,8} e a escala de Barthel⁹ (ABVD – atividades básicas da vida diária). Em conjunto, estes escores permitiram identificar e estruturar três programas de seguimento, descritos a seguir:

1 – Monitoramento: composto por indivíduos de baixa complexidade, com pouca ou nenhuma patologia crônica, mas com comportamentos sabidamente nocivos à saúde. O foco principal era a mudança de hábitos de vida e a prevenção de doenças crônicas.

2 – GMDC (Gerenciamento Médico de Doentes Crônicos): composto por indivíduos de média complexidade, portadores de condições crônicas, nos quais o autocontrole era a principal meta a se alcançar, além da prevenção de complicações.

3 – Home Care: composto por pacientes de alta complexidade, a maioria com sequelas de condições crônicas, nos quais o foco era mais voltado para reabilitação, palição e prevenção terciária.

Assim, o presente trabalho representa a descrição inicial dos indivíduos participantes destes grupos, especialmente sob aspectos demográficos, espaciais e situacionais. Buscou-se descrever, também, aspectos relacionados à estratificação dos grupos e ao padrão geral da composição dos diferentes níveis de complexidade.

Objetivos

O objetivo principal desta análise é descrever o perfil dos indivíduos alocados para atendimento no que tange a suas características demográficas, espaciais e das condições de saúde. Ademais, buscou-se caracterizar a composição de cada grupo de indivíduos segundo sua complexidade e as características mais prevalentes em cada um destes estratos.

Metodologia

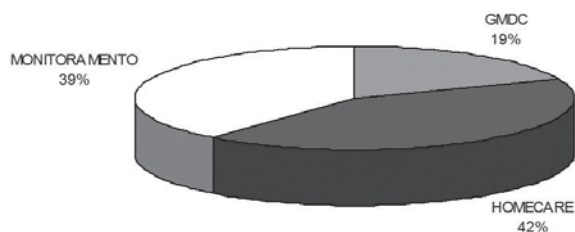
Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo e retrospectivo. A base de dados utilizada foi o cadastro dos indivíduos no sistema de informação utilizado na empresa (IW® - Incoway¹⁰) que contempla as informações necessárias para seguimento e estratificação dos planos de cuidado. Foram selecionados todos os indivíduos em acompanhamento ativo em algum dos três módulos (monitoramento, GMDC, Home Care). Os dados foram compilados em diferentes arquivos no formato CSV, agregados em um único banco de dados no formato DBF e exportados para o software de análise estatística e epidemiológica Epi-Info™ (CDC, USA¹¹). Neste ambiente foram geradas frequências simples e acumuladas dos dados, cruzamentos, seleções e filtros.

Utilizaram-se, quando cabíveis, o intervalo de confiança de 95% (IC95) além do valor de $p < 0,05$ como parâmetros de validade das análises.

Resultados

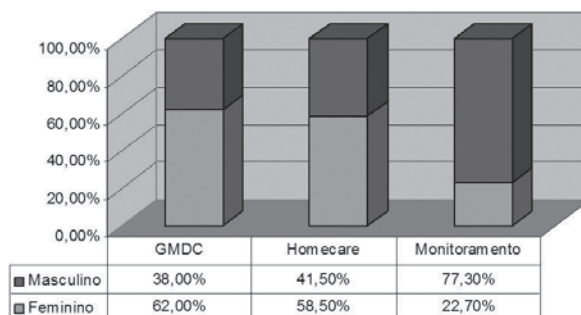
Ao todo, 531 indivíduos encontravam-se em seguimento ativo em algum dos módulos. O gráfico 1 representa a distribuição destes indivíduos nos diferentes programas ofertados. Pode-se observar que 224 (42%) dos participantes estavam alocados no serviço de Home Care, 207 (39%) no Monitoramento e 100 (19%) no GMDC.

Gráfico 1: distribuição dos indivíduos nos diferentes serviços ofertados.



A média de idade em cada serviço foi de 37,6 anos para o Monitoramento, 57,8 anos para o GMDC e 65 anos para o Home Care. A distribuição segundo sexo em cada modalidade encontra-se representada no gráfico 2. Nesta figura pode-se observar que o Home Care apresenta uma distribuição mais equânime em relação aos sexos, enquanto no Monitoramento há uma nítida prevalência do sexo masculino, fato discutido adiante.

Gráfico 2: distribuição dos indivíduos alocados em cada modalidade de serviço segundo sexo.



A Tabela 1 mostra a distribuição dos participantes segundo sua cidade ou estado de residência. Nela pode-se observar maior prevalência de participantes na cidade de São Paulo seguida da região metropolitana. Todos os participantes de outros estados estão alocados no programa de Home Care, assim como os do interior do Estado de São Paulo.

Tabela 1: Distribuição dos participantes segundo sua cidade/estado de residência.

Cidade / Estado	Pacientes
Cidade de São Paulo	378
Região Metropolitana de São Paulo	109
Interior do Estado de São Paulo	19
Sem Informação	14
Rio de Janeiro	3
Distrito Federal	3
Minas Gerais	2
Rio Grande do Sul	1
Bahia	1
Mato Grosso	1
Total	531

Já na Tabela 2 está representado o tempo mínimo, médio e máximo de seguimento dos pacientes em cada programa. Nitidamente o serviço de Home Care apresenta participantes com o maior período de acompanhamento, embora a média mais elevada encontra-se no GMDC.

Tabela 2: Tempo mínimo, médio e máximo de seguimento dos participantes em cada um dos serviços ofertados.

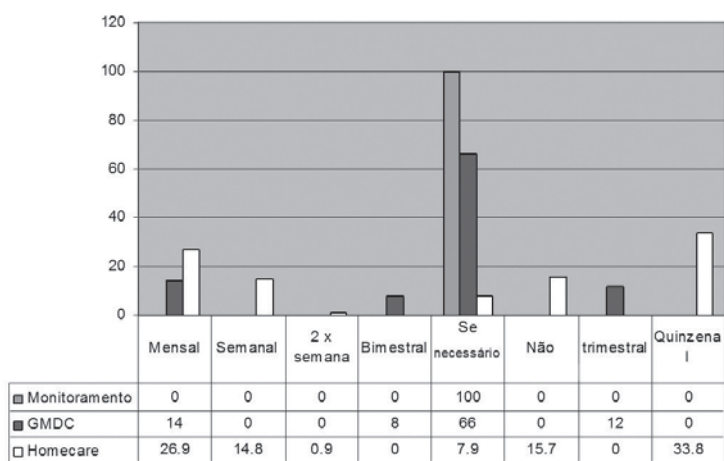
Serviço	Tempo de Participação (dias/anos/meses)		
	Menor Período	Média	Maior Período
Monitoramento	29 dias	8 meses	1,6 anos
GMDC	25 dias	1,2 anos	3,1 anos
Homecare	1 dia	9 meses	5,8 anos

Abaixo, na Tabela 3, estão sumarizados os principais diagnósticos (CID10) apurados na admissão dos indivíduos para acompanhamento. As porcentagens revelam, ou melhor, traduzem o grau de complexidade de cada grupo. Assim, observamos que no Monitoramento os indivíduos estão praticamente isentos de algum diagnóstico, perfazendo um grupo que apresenta fatores de risco sem, contudo, ter desenvolvido alguma patologia. Já no GMDC há nítida distribuição proporcional segundo os principais grupos de doenças crônico-degenerativas. Por fim, no Home Care, este perfil permanece, contudo com maior participação de neoplasias, doenças ósteo-articulares e doenças respiratórias. Embora não representado abaixo, patologias congênitas foram mais frequentes no Home Care (incluídas em “demais”).

Tabela 3: Distribuição percentual dos principais grupos de patologias nas modalidades de serviço oferecidas.

Grupo de patologias	Monitoramento	GMDC	Home Care
	Cerebro-vasculares e Circulatórias	2	18
Endócrinas	0.5	16	10
Exames gerais/sem patologia	95	8	0
Neoplasias	0	4	14
Osteo-articulares	0.5	3	8
Mental	0.4	8	9
Respiratórias	0.6	10	12
Demais	1	33	26

Para reforçar esta idéia de complexidade, foi realizada análise do plano de visitas médicas. A seguir é apresentada a frequência com que se encontram programas as visitas médicas segundo cada modalidade de acompanhamento, tendo isto como um proxy da complexidade em relação ao estado de saúde (gráfico 3). Novamente, observa-se maior prevalência desta modalidade de atendimento no público do Home Care, no qual podemos observar todas as modalidades de atendimento, prevalecendo a periodicidade quinzenal. Por outro lado, os indivíduos participantes do Monitoramento somente demandam visita médica em casos selecionados e extraordinários, não sendo rotina desta modalidade a visita deste profissional.



Discussão

A presente análise apresenta limitações óbvias e não pretende se fundamentar como um retrato fidedigno dos serviços de atenção integral à saúde. Inicialmente deve-se ter em mente que o público amostrado compreende uma população amostrada por conveniência, sem aleatoriedade e compondo o público referenciado por operadoras de saúde. Neste sentido, o intuito é de so-

mente expor as principais características deste público, em caráter descritivo e sem a audácia de testar hipóteses.

Alguns achados, contudo, já apontam para uma possível validade externa desta análise. Em especial, a média de idade dos participantes em cada modalidade guarda uma relação clara com o perfil destas modalidades. Por outro lado, a distribuição segundo sexo apresenta uma distorção devido a um viés de seleção: praticamente 80% do público deste módulo é composto por indivíduos trabalhadores de uma indústria mecânica – população eminentemente masculina – o que justifica a grande prevalência deste sexo.

Acredita-se haver uma real estratificação de riscos nesta população, fato que pode ser observado segundo a idade, diagnósticos e planos propostos para cada modalidade de atendimento. A observação do campo CID10 desvela a demanda de cada segmento: enquanto no monitoramento prevalece a ausência de patologias, no Homecare elas são diversas e guardam relação com quadros crônico-degenerativos. Neste sentido, acredita-se haver uma aproximação da equidade neste acompanhamento.

A integralidade na atenção a saúde, mais do que um discurso, compreende a articulação de ações que vão desde a promoção da saúde até a palição. Quando estas ações são formuladas à luz das particularidades de cada caso, tem-se a equidade nesta atuação^{3,4}. Embora incipiente, a presente análise aponta no sentido da descrição de um serviço que pretende praticar estes dois conceitos e que, para tal, busca a consistência de suas informações através desta análise.

Referências

- 1 - Costa, Ana Maria. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Saude soc.*, Dez 2004, vol.13, no.3, p.5-15.
- 2 - Rosa, Tereza Etsuko da Costa et al. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. *Rev. bras. epidemiol.*, Jun 2009, vol.12, no.2, p.158-171.
- 3 - Sayd, Jane Dutra. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. *Physis*, Jun 2002, vol.12, no.1, p.194-197.
- 4 - Souza, Renilson Rehem de. Políticas e práticas de saúde e equidade. *Rev. esc. enferm. USP*, Dez 2007, vol.41, no.spe, p.765-770.
- 5 - Moura, Eryl Catarina et al. Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). *Rev. bras. epidemiol.*, Maio 2008, vol.11, suppl.1, p.20-37.
- 6 - Download disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_vigitel_2006_marco_2007.pdf
- 7 - Liem BJ; Holland JM; Kang MY; Hoffelt SC; Marquez CM. Karnofsky Performance Status Assessment: resident versus attending. *J Cancer Educ*; 17(3): 138-41, 2002.
- 8 - Schag CC; Heinrich RL; Ganz PA. Karnofsky performance status revisited: reliability, validity, and guidelines. *J Clin Oncol*; 2(3): 187-93, 1984 Mar.
- 9 - Wade DT; Skilbeck CE; Hewer RL. Predicting Barthel ADL score at 6 months after an acute stroke. *Arch Phys Med Rehabil*; 64(1): 24-8, 1983 Jan.
- 10 - <http://www.incoway.com.br/home-care.htm>
- 11 - Ma J; Otten M; Kamadjeu R; Mir R; Rosencrans L; McLaughlin S; Yoon S. New frontiers for health information systems using Epi Info in developing countries: structured application framework for Epi Info (SAFE). *Int J Med Inform*; 77(4): 219-25, 2008 Apr.

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NO ATUAL CENÁRIO DA SAÚDE



SARAH LORETTA

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Nove de Julho (Uninove). Auxiliar do Departamento de Escala da São Paulo Internações Domiciliares (SPID /Grupo MAIS).

Contato: sarah@spinternacoes.com.br

Introdução

O termo atendimento domiciliar (AD) é aqui empregado no sentido amplo de Home Care, compreendendo uma gama de serviços realizados no domicílio e destinados ao suporte terapêutico do paciente. Estes serviços vão desde cuidados pessoais de suas atividades de vida diária (higiene íntima, alimentação, banho, locomoção e vestuário), cuidados com sua medicação e realização de curativos de ferimentos, cuidados com escaras e ostomias, até o uso de alta tecnologia hospitalar como nutrição enteral/parenteral, diálise, transfusão de hemoderivados, quimioterapia e antibioticoterapia, com serviço médico e de enfermagem 24 horas/dia, e uma rede de apoio para diagnóstico e para outras medidas terapêuticas.

O crescimento do AD no Brasil é recente, datando da última década do século XX. A difusão desta modalidade de prestação de serviços ocorre tanto no setor privado quanto no setor público, fazendo parte da pauta de discussão das políticas de saúde que, pressionadas pelos altos custos das internações hospitalares, buscam saídas para uma melhor utilização dos recursos financeiros.

No AD contamos com três modalidades de atendimento. A primeira delas é a visita domiciliar que é realizada através de um contato pontual de profissionais da saúde em populações específicas, doentes e familiares que coletam informações, orientações, mantendo assim um controle, evitando o agravamento do estado de saúde do paciente, além de proporcionar uma segurança e conforto aos familiares. A segunda modalidade é o atendimento domiciliar que é de caráter preventivo ou assistencial, com participação de mais de um profissional da equipe multiprofissional, no qual são desenvolvidos procedimentos de relativa complexidade, contando com até três horas de assistência oferecida ao paciente em sua residência. Este tipo de atendimento

geralmente é dirigido a pacientes impossibilitados de comparecer nos serviços de saúde para realizar tratamentos, porque estão acamados e dependentes de equipamentos específicos. A terceira modalidade é a internação domiciliar que tem como característica a continuação das atividades, com tecnologia e recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos para portadores de quadros clínicos mais complexos, fazendo assim um ambiente semelhante ao hospitalar.

Os objetivos do AD são: contribuir para a otimização dos leitos hospitalares e do atendimento ambulatorial, visando a redução de custos; reintegrar o paciente em seu núcleo familiar e de apoio; proporcionar assistência humanizada e integral, por meio de uma maior aproximação da equipe de saúde com a família; estimular uma maior participação do paciente e de sua família no tratamento proposto; promover educação em saúde; e ser um campo de ensino e pesquisa. Assim, os potenciais benefícios com o AD seriam a diminuição das reinternações e dos custos hospitalares; a redução do risco de infecção hospitalar; a manutenção do paciente no núcleo familiar e o aumento da qualidade de vida deste e de seus familiares. Além do mais, o domicílio ofereceria um lugar seguro ao idoso, protegendo-o do meio, evitando com isso sua institucionalização, tanto em nível hospitalar quanto asilar. Já os critérios de elegibilidade para a aceitação no AD costumam levar em consideração os seguintes aspectos: “estabilidade clínica; rede de suporte social (cuidador, família, amigos, voluntários etc.); ambiente apropriado; avaliação profissional das demandas existentes; e o suporte financeiro”.

Objetivos

Mostrar a importância da assistência domiciliar no cenário atual da saúde e seus benefícios aos pacientes, famílias e operadoras de saúde.

Metodologia

Baseia-se em um estudo bibliográfico, no qual os artigos científicos foram pesquisados na Bireme (biblioteca virtual), na base de dados Lilacs, de acordo com os seguintes descritores:

- “Home Care no Brasil”, no qual foram encontrados 128 artigos não focados, sendo selecionados 14 deles para análise;
- “Assistência Domiciliar no Brasil”, onde foram encontrados 107 artigos, dos quais 8 selecionados, pois os demais ou fugiam do foco ou eram repetidos com o primeiro descritor;
- “Benefícios do Home Care” – 8 artigos encontrados; 2 selecionados;

A partir dos artigos selecionados, foram identificados trechos pertinentes ao estudo, após aproximação por similaridade de discurso.

Resultados

Após análise dos 24 trabalhos selecionados, podemos observar que a

assistência domiciliar está cada vez mais presente no cenário atual da saúde suplementar a partir (principalmente) da última década do século passado. Isto é devido a diversos fatores, sendo a redução de custo o principal. Todavia, outros fatores foram determinantes para o crescimento desta modalidade de atendimento em saúde no Brasil.

- otimização dos leitos hospitalares e do atendimento ambulatorial;
- reintegração do paciente em seu núcleo familiar e de apoio;
- assistência humanizada e integral;
- maior aproximação da equipe de saúde com a família;
- maior participação do paciente e de sua família no tratamento proposto;
- promoção da educação em saúde;
- tornar-se um campo de ensino e pesquisa;
- redução do risco de infecção hospitalar;
- manutenção do paciente no núcleo familiar;
- aumento da qualidade de vida do paciente este e de seus familiares;
- supervisão clínica – monitoramento - evitando com isso sua institucionalização (tanto em nível hospitalar quanto asilar).

Conclusão

Pode-se concluir – a partir deste estudo bibliográfico - que o atendimento domiciliar tem crescido vertiginosamente no setor privado a partir da década de 90 e atualmente configura-se como importante ferramenta de cuidados aos gestores de saúde, aos pacientes e familiares, seja por meio da redução de custos (segundo as próprias fontes pagadoras, a redução de custos proporcionado pela assistência domiciliar é da ordem de 52% quando comparado ao tratamento hospitalar), otimização dos leitos hospitalares, humanização da assistência, adesão ao tratamento proposto, promoção da educação em saúde e autocuidado; redução do risco de infecção hospitalar e aumento da qualidade de vida do paciente este e de seus familiares.

Referências

- CECCIM, R.; MACHADO, N. Contato domiciliar em saúde coletiva. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1995 (digit.).
- CREUTZBERG, Marion. Vivências de famílias de classe popular cuidadoras de pessoa idosa fragilizada: subsídios para o cuidado de enfermagem domiciliar. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000 (Dissertação de Mestrado);
- DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira, "Atendimento Domiciliar: Um enfoque gerontológico", São Paulo, Atheneu, 1ª ed, 2000.
- GORDILHO, Sérgio J, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espindola N, et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000;
- LACERDA, Maria Ribeiro. O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar.
- SANTOS, B. et al. O Domicílio como espaço do cuidado de enfermagem.
- MENDES, W. Home care: uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2001.

INCLUSÃO NA INTERNAÇÃO DOMICILIAR: O IMPACTO DA DESOSPITALIZAÇÃO PARA O PACIENTE



TACIANE ARAUJO CATIB

Bacharel em Enfermagem pela Universidade de Santo Amaro (Unisa). Pós-Graduada em Urgência e Emergência pela Universidade Nove de Julho (Uninove). Enfermeira Visitadora da São Paulo Internações Domiciliares (SPID/Grupo MAIS).

Contato: taticatib@ig.com.br

Introdução

O Home Care deve ser compreendido como uma modalidade contínua de serviços na área de saúde, cujas atividades são dedicadas aos pacientes/clientes e aos seus familiares em um ambiente extra-hospitalar.

O propósito do Home Care é promover, manter e/ou restaurar a saúde, maximizando o nível de independência do cliente/paciente, enquanto minimiza os efeitos debilitantes das várias patologias e condições que gerência.

Este tipo de serviço é direcionado não somente aos pacientes, como também, de forma diferenciada, aos seus familiares em qualquer fase de suas vidas; seja para aqueles que aguardam seu restabelecimento e retorno às suas atividades normais, ou para os que necessitam de gerenciamento constante de suas atividades como também, para pacientes que necessitam de acompanhamento em sua fase terminal.¹

A assistência domiciliar é um tema que atualmente traz muita discussão entre profissionais da área da saúde e entre administradores. Essa modalidade de assistência, também conhecida como Home Care (do inglês, cuidado do lar), pode ser definida como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizados na casa do paciente. Abrangem ações de saúde desenvolvidas por equipe multiprofissional, baseadas em diagnóstico da realidade em que o paciente está inserido, visando à promoção, à manutenção e à reabilitação da saúde.²

A assistência domiciliar (AD) surgiu como um modelo assistencial no século XIX, através de caridade prestada por instituições religiosas. Entretanto esta atividade evoluiu, passando a ter características próprias, com técnicas e regulamentos, com participação dos profissionais de saúde não apenas da enfermagem, mas que ambos tenham autonomia, habilidade clínica e responsabilidade social.³

A empresa São Paulo Internações Domiciliares (SPID) tem como filosofia de trabalho qualificação técnica, atendimento personalizado e credibilidade. Pacientes aos cuidados da organização têm um tratamento, realmente, pautado pelo respeito ao indivíduo. Em certas situações, prolongar uma internação pode ser prejudicial à pessoa hospitalizada. Afinal, o ambiente hospitalar oferece risco de infecções, gerado pelo próprio meio, e afeta o equilíbrio emocional. Tais danos são evitados quando o atendimento médico continua no conforto do lar, com o sistema de Home Care. Como missão é importante destacar que busca oferecer melhoria na qualidade de vida das pessoas e suas famílias, otimizando as ações de promoção a saúde, terapêuticas e de cuidados paliativos. A visão da empresa se resume em ser um modelo de atenção a saúde no qual o público assistido se perceba cuidado por uma equipe que respeite suas necessidades nas ações de promoção a saúde, na atenção adequada ao adoecimento e nos cuidados ao final da vida. Na SPID, o paciente tem acesso a todos os recursos humanos e técnicos fundamentais a uma internação domiciliar.⁴

O Ministério da Saúde implementou diversas leis para aprimoramento e consolidação da atenção domiciliar/Home Care para que a atividade seja regulamentada. Temos a lei federal de nº 10.424 que Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS), que foi se aperfeiçoando desde a década de 90 até os dias atuais passando a não apenas pelo SUS, mas também pelo serviço privado.⁵

A Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 - dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar.⁵

Um dos artigos de tal resolução diz que: considerando que os serviços de saúde que oferecem esta modalidade de atenção são responsáveis pelo gerenciamento da estrutura, dos processos e dos resultados por eles obtidos, devendo atender às normas e exigências legais, desde o momento da indicação até a alta ou óbito.

Importante ressaltar que o profissional que atua na assistência domiciliar deve ter conhecimento inclusive das leis que formatam sua prática em virtude da assistência prestada ao paciente, e conseqüentemente um auxílio ao cuidador do mesmo, pois ainda assim podemos aperfeiçoar esta prática no país, embora o mercado de trabalho esteja expandindo em relação às empresas de Home Care já existentes.

Para melhor entender como se dá a inclusão do paciente na assistência domiciliar, o presente estudo tem como justificativas:

- Consolidar a internação domiciliar para evitar impacto negativo em relação ao atendimento domiciliar pelo paciente;
- Demonstrar que a primeira visita é muito importante para o paciente. Além

de esclarecer todas as dúvidas, mostra o compromisso da prestadora de serviços com o paciente e seus familiares;

- Demonstrar a importância do profissional que atua na residência para consolidar a internação domiciliar, pois tornam-se necessárias algumas características do empreendedor, principalmente quanto à sua responsabilidade e compromisso.

Demais características:

- Criatividade
- Capacidade de organização e planejamento
- Responsabilidade
- Capacidade de liderança
- Habilidade para trabalhar em equipe
- Gosto pela área em que atua
- Visão de futuro e coragem para assumir riscos
- Interesse em buscar novas informações, soluções e inovações para o seu negócio
- Persistência (não desistir nas primeiras dificuldades encontradas)
- Saber ouvir as pessoas
- Facilidade de comunicação e expressão

Empreendedorismo é o estudo voltado para o desenvolvimento de competências e habilidades relacionadas à criação de um projeto (técnico, científico, empresarial). Tem origem no termo empreender que significa realizar, fazer ou executar.

De acordo com o dicionário de administração a palavra empreendedor é pessoa inovadora, talentosa, criadora, inventiva; aquele que, utilizando recursos próprios, instala ou se prepara para um empreendimento.⁶ O empreendedor é aquele que apresenta determinadas habilidades e competência para criar, abrir e gerir um negócio, gerando resultados positivos.

A globalização no mundo moderno tem produzido inúmeras transformações em diferentes campos e áreas de atuação, e muitas outras mudanças ainda surgirão, tanto nas grandes empresas, como na área da saúde. Essas mudanças têm exigido das organizações uma constante reestruturação a fim de acompanhar essas alterações. Para isso, os recursos humanos, principal sustentação de uma organização, devem ser capacitados e constantemente aprimorados e assim, o desenvolvimento das pessoas nas instituições, através do incentivo à educação permanente e o desenvolvimento das habilidades deve ser estimulado. Neste sentido, tem sido dada ênfase às competências gerenciais, que podem ser consideradas como o agir com responsabilidade, para cumprir as funções individuais e em grupo, baseadas no conhecimento, comprometimento, autoridade, liderança e atitude, perante a equipe de trabalho^{7,8}.

Pode-se identificar as competências gerenciais com características do

empreendedor, pois uma empresa de assistência domiciliar assim como qualquer empresa, necessita de uma hierarquia como uma gestão completa para subdividir as tarefas e tornar um processo de trabalho completo.

Objetivos

Geral: Identificar características de qualidade na assistência domiciliar, com atendimento de confiança e responsabilidade na inclusão.

Específico: Permitir assistência ao paciente em sua totalidade através do trabalho da equipe multidisciplinar em sua residência.

Metodologia

Estudo bibliográfico, descritivo, no qual os artigos selecionados foram identificados na Bireme (biblioteca virtual), na base de dados Lilacs, com os descritores:

- Assistência domiciliar no Brasil, no qual foram encontrados 104 artigos não focados e selecionados 16 para análise;
- Serviço de assistência domiciliar privado / Enfermagem – 13 artigos, dos quais 3 selecionados, pois os demais se repetiam com o primeiro descritor;
- História da assistência domiciliar no Brasil – 6 artigos, dos quais 3 selecionados. A partir dos artigos selecionados, são levantados os trechos pertinentes ao estudo, após aproximação por similaridade de discurso para que os objetivos sejam alcançados.

Resultados

Os trechos descritos como referencial nos resultados foram selecionados mediante sua aproximação com os objetivos do estudo, permitindo a qualidade na assistência domiciliar, com atendimento de confiança e responsabilidade na inclusão, além de permitir a assistência ao paciente em sua totalidade através do trabalho da equipe multidisciplinar em sua residência.

O que pode ser verificado é que muitos dos serviços de assistência domiciliar estão dividindo sua forma de assistência basicamente em: visita domiciliar, atendimento domiciliar e internação domiciliar.

Visita domiciliar pode ser entendida como atendimento realizado por profissional e/ou equipe de saúde na residência do cliente, com o objetivo de avaliar as necessidades deste, de seus familiares e do ambiente onde vive, para estabelecer um plano assistencial voltado à recuperação e/ou reabilitação. As visitas são realizadas levando-se em consideração a necessidade do cliente e a disponibilidade do serviço. São realizadas orientações às pessoas responsáveis pela continuidade do cuidado no domicílio.

Por atendimento domiciliar, compreendem-se as atividades assistenciais exercidas por profissionais e/ou equipe de saúde na residência do cliente, para executar procedimentos mais complexos, que exigem formação técnica para tal. Também são realizadas orientações aos responsáveis pelo cuidado

no domicílio, e a periodicidade do atendimento é realizada de acordo com a complexidade do cuidado requerido.

Internação domiciliar são atividades assistenciais especializadas, exercidas por profissionais e/ou equipe de saúde na residência do cliente, com oferta de recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos, assemelhando-se ao cuidado oferecido em ambiente hospitalar (instalação de um mini - hospital). A permanência de profissionais de enfermagem junto ao cliente é pré - estabelecida (6, 12 ou 24 horas). Também ocorre orientação ao responsável pelo cuidado no domicílio. Independente da modalidade oferecida (visita, atendimento ou internação domiciliar), o cliente deve receber suporte de um serviço 24 horas para atendimentos de urgência e emergência, ou, até mesmo, para um transporte para exames diagnósticos ou orientação (alguns serviços contam com esse suporte). A maioria dos serviços conta com uma central telefônica 24 horas para execução desses atendimentos em qualquer horário.

Artigo 1

As vantagens com relação a essa modalidade de assistência são várias. Há maior humanização no tratamento, diminuição de internações e tempo de permanência em hospitais. Ainda pode ser levado em consideração outro benefício muito importante, porém de difícil mensuração, que seria a satisfação do paciente e de seus familiares ao ter seu tratamento realizado em seu lar. ²

A captação para inclusão do cliente é realizada por enfermeiras que, juntamente com o médico do cliente e família, estabelecem o plano de cuidado que será oferecido em casa. Possui como critério de inclusão, ter indicação médica, ser acamado ou possuir dificuldade para deambulação, possuir cuidador apto para dar continuidade aos cuidados e comprometer-se em aderir totalmente ao tratamento proposto. ²

Nestes dizeres referentes às definições estabelecidas, nota-se a importância da admissão do paciente e a presença de um cuidador, pois a empresa prestará toda a assistência necessária para o mesmo. Ao sair do hospitalar, o paciente fica totalmente dependente, na maioria dos casos, pois dependendo do seu diagnóstico ou sequela, o paciente torna-se incapaz de realizar suas atividades de vida diária (AVD's), no qual seu cuidador, sendo este, com grau de parentesco ou não, seu novo responsável, em alguns ou em todos os aspectos. Neste aspecto a importância das transmissões das informações são fundamentais, pois tanto na avaliação do paciente, sua alta e principalmente na sua inclusão, o profissional que o fizer deve ser claro em transmitir todas as informações pertinentes sobre a empresa de Home Care, seu plano terapêutico, dados complementares e sempre reforçar se há dúvidas ou não.

Artigo 2

Reconhecem-se os avanços do setor de saúde do Brasil, mas também se reconhece que há um grande desafio a enfrentar, ou seja, mudar o modelo de atenção à saúde. Atualmente, esse modelo se caracteriza pelo predomínio da concepção do processo saúde/doença, unicamente como fenômeno individual, centrado no corpo do paciente, fundamentado na visão biomédica, reforçando o valor da doença e não o doente, como objeto de trabalho dos serviços de saúde. A crise da saúde analisada por diversos ângulos: ineficiência, ineficácia, iniquidade e insatisfação da opinião pública impulsionam os profissionais a encontrarem novas estratégias junto à organização e gestão dos serviços de saúde, com vistas a contribuir na reorientação do modelo assistencial, e entre essas estratégias está a atenção domiciliar.⁹

A revisão da literatura indica que, na década de 1990, a adoção da assistência e a internação domiciliar cresceram significativamente nos diversos serviços de saúde, pautada em justificativas de diferentes ordens – mais vagas nos hospitais, redução dos riscos de infecção hospitalar, humanização do atendimento e sensível redução dos custos.

O potencial da AD em promover maior colaboração entre os serviços hospitalares e não hospitalares tem sido destacado, porque a AD potencializa a continuidade, a articulação, conferindo-lhe caráter facilitador para o trabalho compartilhado, e integrador de diferentes níveis de atenção e maior eficácia da assistência através da AD. Tem sido destacada a obtenção de mais satisfação e participação do paciente e de seus familiares, como também melhor recuperação do paciente, em muitas enfermidades. A redução dos custos já aparece pelo próprio uso mais adequado e racional dos recursos.

A AD aumenta a disponibilidade de leitos hospitalares e também diminui o período de internação, sendo os custos para as internações domiciliares menores que ampliar e manter leitos em hospitais.⁹

Muitos defendem a implantação de serviços de assistência domiciliar pela necessidade de promover maior integração e colaboração entre os serviços hospitalares e os extra-hospitalares, com vistas à construção de um novo modelo de atenção que possibilite a assistência contínua e a perspectiva da integralidade. Nestes trechos podemos identificar que a AD além de ter uma redução de custo para a operadora de saúde, pode permitir uma melhor qualidade de vida por estar em casa, sempre levando em consideração a presença da equipe multiprofissional que assistiu o paciente e permite um atendimento com qualidade e continuidade.

Artigo 3

A qualidade da relação existente entre a família e os trabalhadores leva a criação de um vínculo entre esses seres humanos e apresenta um significado de confiança e segurança. A vinculação estabelecida com os usuários por meio da atenção domiciliária é conseguida com uma forma de tratamento

adequado, com respeito à sua individualidade, às diferenças de linguagem, de cultura, de valores; assumindo uma posição de escuta atenciosa, direcionando todo o foco de atenção para aquele indivíduo/família naquele momento ímpar da relação. As relações entre trabalhadores e usuários “são otimizadas pelos vínculos que se estabelecem no cotidiano da ação cuidador no domicílio, centradas nas demandas e necessidades da pessoa cuidada, e são vistas como positivas para garantir a qualidade do cuidado”.¹⁰

Os tópicos abaixo regem a elegibilidade para a inclusão de pacientes de acordo com os subsídios utilizados no Brasil para assistência domiciliar, também relacionada ao Sistema Único de Saúde.¹¹

- Pactuação com a família e/ou paciente;
- Existência do cuidador com condições de realizar as atividades;
- Interação entre equipe e família;
- Existência de infraestrutura no domicílio para a modalidade da assistência domiciliar;
- Condição clínica do usuário;
- Moradia na área de abrangência da Unidade de Saúde; - para nós da empresa;
- Garantia da referência ambulatorial especializada e hospitalar.

Nota-se que a assistência domiciliar é muito ampla e precisa de teoria e não apenas a prática que a fundamenta, o organograma realizado após o trabalho demonstra como podemos melhorar a inclusão do paciente após alta hospitalar com qualidade de atendimento em Home Care através de seus descritores. (Anexo I)

Anexo I



Conclusão

A atenção domiciliária tem sido considerada por diversos estudiosos da área como sendo uma forma mais humanizada de prestar o cuidado, principalmente se for comparada com o cuidado prestado no interior dos hospitais, por ser realizada no próprio ambiente de vida dos usuários.¹²

A população que necessita de assistência domiciliar no Brasil vem crescendo assim como no exterior, pois além de ter qualidade de vida ao paciente tem redução de custos para as operadoras de saúde. Para que a assistência seja eficaz, o prestador de serviço deve atender o paciente de acordo com suas necessidades, cabendo ao enfermeiro visitador ter o controle das principais demandas e encaminhá-las para o setor responsável.

Os objetivos do estudo foram atingidos pois se provou que a inclusão do paciente deve ser realizada com o máximo de detalhes e instruções. O atendimento na assistência domiciliar deve ser feito com qualidade, permitindo sua continuidade. A equipe que atende o paciente deve unificar suas informações para a casa e para a empresa, pois todos devem ter os mesmos dizeres de orientações ao paciente/cuidador, demonstrando confiabilidade, responsabilidade e fazendo com que a assistência domiciliária se concretize cada vez mais.

Referências

- 1- CARLETI, SMM, REJANI, MI. Atenção Domiciliária ao paciente idoso. Papaléo Netto M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1996.
- 2- FABRICIO, S.C.C., WEHBE, G., NASSUR, F.B., ANDRADE, J.I. Assistência Domiciliar: A experiência de um hospital privado do interior paulista. Rev. Latino –am Enfermagem 2004 setembro – outubro; 12(5): 721-6.
- 3- RIBEIRO, A.C. ABRAHÃO, M.S. tradução GOMES, I.L. Home Care – Cuidados Domiciliares, Protocolos para a Prática Clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- 4- Site da São Paulo Internações Domiciliares, acessado por: <http://www.spinternacoes.com.br>
- 5- Lei no. 10.424, de 15 de abril de 2002. Site: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude>
- 6- DUARTE, G. Dicionário de Administração. Fortaleza: Imprensa Universitária/UFC, IMPARH, 2002.
- 7- HUNTER JC. O monge e o executivo, uma história sobre a essência da Liderança. 17ªEd. Rio de Janeiro (RJ): Editor Sextante, 2004.
- 8- FLEURY, A, Fleury MAT. Estratégias Empresariais e Formação de Competências. 2ª. Ed.São Paulo (SP): Editora Atlas, 2002.
- 9- PEREIRA, M.J.B., MISHIMA, S.M. FORTUNA, C.M., MATUMOTO, S. Assistência Domiciliar – conformando o modelo assistencial e compondo diferentes interesses/necessidades do setor saúde. Rev. Latino –am Enfermagem 2005 novembro – dezembro; 13(6):1001-10.
- 10- SILVA, KL., LEITE, J.C.A. A Internação domiciliar e os desafios das relações interpessoais e interpessoais. . Rev. Paulista Enfermagem 2004 janeiro – março; 23(1): 29-36.
- 11- REHEM, T.C.M.S.B, TRAD, L.A.B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Ciência & Saúde Coletiva, 10 (sup): 231-242, 2005.
- 12- LACERDA, M.R. Tornando-se profissional no contexto domiciliar: vivencia de cuidado da enfermeira {tese}. Florianópolis (SC): UPSC / Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2000.

IDOSOS DEPENDENTES DE CUIDADORES NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR



JULIANA ARAUJO SCHEFFER

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Bandeirantes (Uniban). Enfermeira Clínica na São Paulo Internações Domiciliares (SPID/Grupo MAIS).
Contato: juliana.araujo@spinternacoes.com.br

Introdução

O conceito de cuidador é muito discutido. É importante considerar o estado funcional do paciente, número e duração das tarefas que necessitam de supervisão e envolvimento emocional mínimo do cuidador com o paciente. O cuidador é o principal responsável por prover ou coordenar os recursos requeridos pelo paciente. Em muitos países, há extensas tentativas de conceituar cuidadores formais e informais, cuidadores principais e secundários e fatores que designam o tipo de cuidador requerido para cada paciente dependente (GARRIDO, 1999).

Para DUARTE (1997), o cuidador é aquele que dirige seus cuidados a indivíduos com necessidades e demandas de atenção no domicílio. Já LEITÃO & ALMEIDA (2000, p. 80) ao realizarem um estudo sobre o cuidador e a qualidade de vida, afirmam: “o cuidador é quem assume a responsabilidade de cuidar, dar suporte ou assistir alguma necessidade da pessoa cuidada, visando a melhoria de sua saúde”. Para MENDES (1998), o cuidador domiciliar é aquele que possui vínculos de parentesco com o paciente. Já o cuidador principal é definido como aquele que tem maior responsabilidade pelos cuidados ao paciente e o cuidador secundário como aquele que realiza atividades complementares.

A recomendação para que os cuidados aos idosos dependentes sejam desenvolvidos no domicílio está ganhando mais força, muitas vezes de maneira incauta por parte dos profissionais de saúde. Delegar à família a função de cuidar necessita de clareza sobre a estrutura familiar, o tipo de cuidado a ser executado, o tempo necessário, as características da doença e o acompanhamento profissional. Em países onde o envelhecimento populacional se deu mais lentamente do que no Brasil, os cuidados e os cuidadores familiares são objeto de políticas e programas de Saúde Pública.

Cuidar do idoso em casa é, com certeza, uma situação que deve ser preservada e estimulada; todavia, cuidar de um indivíduo idoso e incapacitado durante 24 horas sem pausa não é tarefa para uma mulher sozinha, geralmente com mais de 50 anos, sem apoios nem serviços que possam atender às suas necessidades, e sem uma política de proteção para o desempenho deste papel.

Objetivos

O trabalho tem por objetivo, diferenciar os tipos de cuidadores que prestam serviço na área de Home Care, e enfatizar o papel do mesmo dentro da residência do doente.

Metodologia

A metodologia utilizada para a realização do trabalho é a qualitativa. Serão feitas pesquisas em livros e artigos científicos, bibliotecas e acervo virtual em busca de dados que mais enriqueçam a pesquisa. Com a intenção de passar para os interessados, instruções atualizadas que possam ser de grande ajuda e valia para o seu cotidiano.

Resultados

Neste país, a velhice sem independência e autonomia ainda faz parte de uma face oculta da opinião pública, porque vem sendo mantida no âmbito familiar dos domicílios ou nas instituições asilares, impedindo qualquer visibilidade e, conseqüentemente, qualquer preocupação política de proteção social.

Estudos revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa. Uma parcela menor (10%) requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas, segundo Medina (1998). Estes dados remetem à preocupação por mais de 6 milhões de pessoas e famílias, e a um e meio milhão de idosos gravemente fragilizados no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2001 (IBGE, 2002).

A literatura sobre cuidadores, em muitos países desenvolvidos, é extensa, e as tentativas de conceituar cuidadores formais e informais, ou cuidadores principais e secundários, e fatores que designam o tipo de cuidador requerido para cada idoso dependente é bastante discutido com base em dados empíricos. Nestes termos, a literatura internacional aponta para quatro fatores, geralmente presentes, na designação da pessoa que, preferencialmente, assume os cuidados pessoais ao idoso incapacitado: parentesco (cônjuges); gênero (principalmente, mulher); proximidade física (vive junto) e proximidade afetiva (conjugais pais e filhos).

Cuidadores Formais: Provê cuidados de saúde ou serviços sociais para outros, em função de sua profissão, e usa as habilidades, a competência e a introspecção originadas em treinamentos específicos. O grau de instrução e treinamento para se obter certificados em várias profissões é muito variado. Geralmente, os cuidadores formais recebem compensação financeira pelos seus serviços, mas, algumas vezes não a recebem quando na condição de voluntários de organizações, grupos ou particulares. Os cuidadores formais atendem às necessidades de cuidados de saúde pela provisão efetiva de serviços, competência e aconselhamento, (bem) como apoio social.

Cuidadores Informais: Provê cuidados e assistência para outros, mas sem remuneração. Geralmente, este serviço é prestado em um contexto de relacionamento já em andamento. É uma expressão de amor e carinho por um membro da família, amigo ou simplesmente por outro ser humano em necessidade. Cuidadores, no sistema informal, auxiliam a pessoa que é parte ou totalmente dependente de auxílio em seu cotidiano, como: para se vestir, se alimentar, se higienizar, dependa de transporte, administração de medicamento, preparação de alimentos e gerenciamento de finanças.

Por motivos vários, como a redução de custo da assistência hospitalar e institucional aos idosos incapacitados, a atual tendência, em muitos países e no Brasil, é indicar a permanência dos idosos incapacitados em suas casas sob os cuidados de sua família.

A internação dos idosos em asilos, casas de repouso e similares, está sendo posta em questão até nos países desenvolvidos, onde estes serviços alcançaram níveis altamente sofisticados de conforto e eficiência. O custo desse modelo e as dificuldades de sua manutenção estão requerendo medidas mais resolutivas e menos onerosas. No Brasil é comum, mesmo nas famílias de renda geral mensal abaixo de dois salários mínimos, que a opção de internar o seu idoso em instituições asilares ocorra, predominantemente, no limite da capacidade familiar em oferecer os cuidados necessários.

Conclusão

A transição demográfica e o aumento da expectativa de vida da população resultaram num aumento do número de idosos, que muitas vezes dependem da ajuda de outras pessoas para realizar atividades cotidianas. Isto pode levar a um aumento do número de cuidadores informais que necessitam de suporte do sistema oficial de saúde, pois geralmente se entregam ao cuidado do outro e não percebem a necessidade de se cuidar, afastando-se do convívio social, além de abandonar atividades de lazer. Cuidar também pode levar ao estresse, pela necessidade de realizar atividades que estão acima das condições físicas e mentais do cuidador. Isto especialmente clama pela orientação dos profissionais de enfermagem e dos profissionais do cuidado de modo inerte.

Cuidar do idoso em casa é, com certeza, uma situação que deve ser preservada e estimulada; todavia, cuidar de um indivíduo idoso e incapacitado durante 24 horas sem pausa não é tarefa para uma mulher sozinha, geralmente com mais de 50 anos, sem apoios nem serviços que possam atender às suas necessidades, e sem uma política de proteção para o desempenho deste papel.

O cuidador familiar de idosos incapacitados precisa ser alvo de orientação de como proceder nas situações mais difíceis, e receber em casa periódicas visitas de profissionais, médico, pessoal de enfermagem, de fisioterapia e outras modalidades de supervisão e capacitação. Este apoio é fundamental quando se trata de um casal de idosos, em que o cônjuge menos lesado assume os cuidados do outro, que foi acometido por uma súbita e grave doença incapacitante.

O envelhecimento em dependência e a figura do cuidador estão a exigir novas formas de assistência e novos enfoques por parte das políticas públicas de saúde. Além do que, o próprio envelhecimento da população brasileira está se dando num momento de profunda desordem econômica, deixando, com certeza, a população de baixa renda mais desamparada e carente, demandando posturas de apoios compensatórios a essa realidade. Está se configurando um severo e crítico quadro de exclusão social do idoso, tanto mais grave, quando esse idoso perder a sua capacidade funcional.

O cuidador familiar precisa ser alvo de orientação de como proceder nas situações mais difíceis e receber em casa visitas periódicas de profissionais como o médico, pessoal de enfermagem, de fisioterapia e outras modalidades de supervisão e capacitação. Este apoio é fundamental para ajudá-lo a lidar com a grande mudança em seu estilo de vida, já que além de ser responsável pelo seu bem-estar passa a responsabilizar-se pelo indivíduo doente. Além disso, pode não demonstrar ou mesmo não perceber que está precisando de ajuda e orientação para seu autocuidado, já que cada pessoa reage de forma diferente frente à doença familiar.

Referências

BELCHER, J. R., FISH L. J. B. HIDELGARD E. PEPLAU. In: GEORG, J. B. Teorias de Enfermagem. Os fundamentos à Prática Profissional. 4º ed. Porto Alegre: Atheneu. 2000. Cap. 4, p. 45-57.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Saúde da Família. Brasília, 1999.

DUARTE, Y.A.O. Cuidadores de idosos: uma questão a ser analisada. O Mundo da Saúde. v.21, n.4, p.226-230, 1997.

Assistência domiciliar ao idoso: perfil do cuidador formal, Revista da Escola de Enfermagem da USP

IMPORTÂNCIA DO PRONTUÁRIO EM UM SERVIÇO DE HOME CARE



PAULO ROGÉRIO AFFONSO ANTONIO

Graduado em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP). Especialização em Administração Hospitalar e Serviços de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas (FGV). Médico Sanitarista na Santa Casa de São Paulo. Diretor do Serviço de Arquivo Médico e Estatística do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE), onde coordena o programa "Hospital Sentinela" da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Coordenador de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (CEINFO/SMSP). Colaborador do Grupo MAIS.
Contato: pauloaffonso@uol.com.br

I. Introdução

Um Serviço de Home Care trabalha com a prestação de assistência no domicílio do paciente, criando condições de atendimento e levando recursos que propiciem uma melhora na evolução clínica, dentro dos limites impostos pela doença.

Na abordagem destes pacientes se faz necessária uma visão que extrapola o ato profissional técnico individual, devendo-se considerar as condições sócio-econômicas, as relações familiares, as redes sociais que permitam proteção às vulnerabilidades deste indivíduo, detectar a presença ou não de cuidadores, para que os mesmos possam ser instruídos e entender a importância do trabalho interdisciplinar na resolução dos problemas e dos conflitos dos pacientes e familiares.

Desta equipe multidisciplinar do Home Care se espera conhecimento científico, experiência profissional e competência técnica, bem como habilidade nas relações inter-pessoais para lidar com as emoções e valores dos pacientes e familiares.

Como as intervenções profissionais acontecem na maioria das vezes em momentos distintos, a comunicação entre os diversos membros da equipe se torna vital no entendimento global sobre as necessidades do paciente e no planejamento e gestão do cuidado. O instrumento facilitador desta comunicação, de forma ágil e abrangente, é o prontuário.

No escopo de trabalho da São Paulo Internações Domiciliares (SPID), a preocupação com o sistema de informação e os registros referentes a assistência constituem diretriz estratégica de atuação, acreditando que aqui se vislumbra um meio para melhoria da qualidade da assistência, da segurança do paciente e dos processos de trabalho da equipe.

II. Importância dos Registros

A. Planejamento Cuidados

Os diversos saberes dos profissionais devem ser somados para um bom planejamento do cuidado visando melhora do quadro clínico, maior conforto e qualidade de vida. O registro qualificado e completo de um profissional auxilia na tomada de decisão de outro membro da equipe. Para tanto este prontuário deve ser organizado, de acesso fácil e ágil a todas as informações e amigável a todos os profissionais, incentivando seu uso de forma corriqueira inclusive na discussão da equipe interdisciplinar. Estas informações também servirão para avaliação de protocolos e classificação de riscos, conforme características clínicas dos pacientes.

B. Acompanhamento dos Recursos Empregados

Um prontuário componente de um sistema de informação existente como na SPID permite, através de seus registros, um planejamento e monitoramento das ações executadas e avaliação dos recursos empregados, humanos e materiais, possibilitando verificar a efetividade das práticas e o uso racional de tecnologias.

C. Resolução de Intercorrências

São comuns as intercorrências na assistência prestada no domicílio, demandadas para uma central telefônica pelos familiares/cuidadores, correspondentes a uma piora do quadro clínico, ou esclarecimento de dúvidas, ou demandas de materiais, medicamentos, visitas específicas de algum profissional ou ainda remoção para um hospital. Neste momento, a informação sistematizada e organizada do prontuário subsidia a tomada de decisão do atendente.

D. Direito e Ética

As diversas profissões que compõem o setor saúde têm nos respectivos códigos de ética a obrigatoriedade dos registros concernentes aos atendimentos prestados aos usuários, já que o prontuário é um documento do paciente, com responsabilidade de guarda das instituições prestadoras de assistência. Além da questão ética, temos o aspecto legal do prontuário, presente desde a normatização de sua existência verificada nos códigos sanitários e nas leis que regem sobre os direitos dos usuários da saúde, passando pelo sigilo profissional regulamentado pela Constituição Federal, Código Civil e Penal. Sendo assim, as resoluções de conflitos que tenham origem na assistência prestada, serão resolvidos na esfera do Poder Judiciário. Face às características do processo de atendimento de um Home Care, com pacientes frequentemente graves e frágeis. No envolvimento direto da equipe com familiares e

cuidadores, recebendo intercorrências via telefone, temos um ambiente favorável ao aparecimento destes conflitos, sendo que os profissionais devem ser alertados para presença de registros completos e qualificados como forma de defesa quando necessário.

III. Estratégias Adotadas

Preocupados com estas questões, temos feito dentro do serviço uma discussão sobre os aspectos éticos legais do prontuário, sua importância como instrumento de trabalho da equipe para a gestão do cuidado, na produção de conhecimento e no uso adequado dos recursos disponíveis.

Concretamente isto se traduz em reuniões periódicas com os profissionais de saúde para sensibilizá-los e reafirmar a diretriz estratégica da SPID na busca de melhores registros. Ações também têm sido feitas no desenvolvimento do software que contém os registros dos pacientes, para torná-lo mais ágil e organizado, permitindo comunicação rápida entre os profissionais, com discussão de condutas. Amplificando ainda a interação entre as áreas de assistência e administrativa, para que seja feito um monitoramento mais eficaz dos processos envolvidos no atendimento domiciliar.

SELEÇÃO DOS PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NOS PACIENTES GERIÁTRICOS NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR



KÁTIA DE FÁTIMA EMÍDIO

Graduanda em Enfermagem na Universidade Paulista (UNIP). Estagiária de Enfermagem na São Paulo Internações Domiciliares (SPID /Grupo MAIS).
Contato: katia.emidio@terra.com.br



TACIANE ARAUJO CATIB

Bacharel em Enfermagem pela Universidade de Santo Amaro (Unisa). Pós-Graduada em Urgência e Emergência pela Universidade Nove de Julho (Uninove). Enfermeira Visitadora da São Paulo Internações Domiciliares (SPID/Grupo MAIS).
Contato: tacicatib@ig.com.br

Introdução

A assistência domiciliar é um tema que atualmente traz muita discussão entre profissionais da área da saúde e entre administradores. Essa modalidade de assistência, também conhecida como Home Care (do inglês, cuidado do lar), pode ser definida como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizados na casa do paciente. Tais procedimentos abrangem ações de saúde desenvolvidas por equipe interprofissional, baseadas em diagnóstico da realidade em que o paciente está inserido, visando a promoção, manutenção e reabilitação da saúde.¹

A avaliação de enfermagem realizada pela equipe multiprofissional, assim como a equipe de enfermagem que acompanha integralmente os pacientes, permitem continuidade da assistência de enfermagem e das prescrições fornecidas por ambas as equipes que atuam como visitantes no setor de assistência domiciliar.

O levantamento dos diagnósticos de enfermagem em pacientes geriátricos visa um melhor aprimoramento de suas prescrições e realizações pela equipe de enfermagem, aprimorando a qualidade e o planejamento do processo de trabalho e das ações executadas.

O atendimento ao paciente idoso tem características muito peculiares que, se não forem bem conhecidas e respeitadas, podem diminuir a quanti-

dade e qualidade de informações obtidas do paciente. O atendimento ao paciente idoso deve considerar alguns princípios básicos: a) o envelhecimento é um processo biológico diferente de qualquer doença; b) o envelhecimento exerce efeito importante sobre os mecanismos fisiológicos; c) O cérebro, dentro do quadro clínico do doente, tem explicação por uma única afecção ou no máximo por um número restrito delas e deve ser visto com prudência; d) queixas numerosas e mal caracterizadas são fenômenos muito frequentes nesses pacientes e seu significado, aparentemente, pode ser totalmente falso; e) a farmacologia das drogas modifica-se no organismo envelhecido, o que torna obrigatório maior cuidado ao ser administrado.²

As atividades básicas de rotina têm sido utilizadas como sinônimo de capacidades: a escala de ABVDs (Atividades Básicas de Vida Diária) avalia a condição básica em uma definição real. Com o aumento da idade, ocorre aumento do número de idosos que apresentam redução da capacidade de realizar suas atividades.²

Índice de Katz das Atividades Básicas de Vida Diária (ABND)

1. Banhar-se

I: não precisa de ajuda.

A: necessita de ajuda em alguma parte do corpo.

D: recebe ajuda em mais de uma parte do corpo

2: Vestir-se

I: não recebe ajuda.

A: necessita de ajuda somente para amarrar o sapato

D: necessita de ajuda para pegar roupas e vestir-se.

3. Usar o sanitário

I: sem ajuda (pode utilizar andador, bengala ou cadeira de rodas).

A: necessita de ajuda para ir ao sanitário, helenizar-se e vestir-se após evacuar e urinar.

D: não vai ao sanitário para evacuar e urinar.

4. Transferir-se

I: sem ajuda (pode usar objeto de suporte, como bengala ou andador).

A: necessita de ajuda para sair do leito ou da cadeira.

D: não sai do leito.

5. Ter continência

I: sem ajuda.

A: perda de fezes ou urina ocasionalmente.

D: é incontinente, usa sonda urinária e necessita de suporte para urinar e defecar.

6. Alimentar-se

I: sem ajuda

A: necessita de ajuda somente para cortar a carne ou passar manteiga no pão.

D: necessita ajuda para se alimentar – se faz uso de sonda e medicação intravenosa.²

O desenvolvimento da linguagem padronizada entre equipe de enfermagem em relação às tarefas a serem aplicadas a partir do levantamento dos diagnósticos de enfermagem, bem como a tarefa de nomear e classificar o processo desafiador para facilitar a comunicação e a informação do julgamento de enfermagem sobre as respostas dos problemas de saúde permitem que a assistência de enfermagem esteja entrosada com a equipe e as reais necessidades do paciente.

Apresentação da Instituição/Serviço

A assistência/internação domiciliar visa afastar o paciente do ambiente hospitalar, aproximando-o de familiares, amigos, e dos contatos fundamentais à promoção de saúde e bem estar do paciente.

A empresa São Paulo Internações Domiciliares tem como filosofia de trabalho qualificação técnica, atendimento personalizado e credibilidade. Pacientes têm um tratamento pautado pelo respeito ao indivíduo. Em certas situações, prolongar uma internação pode ser prejudicial ao doente hospitalizado. Afinal, o ambiente hospitalar oferece risco de infecções gerado pelo próprio meio, e afeta o equilíbrio emocional - danos evitáveis quando o atendimento médico continua no conforto do lar, em sistema de home care. Na SPID, o paciente tem acesso a todos os recursos humanos e técnicos fundamentais a uma internação domiciliar.³

Características do Trabalho/Atividade a ser descrita

Seguindo orientação dos diagnósticos de enfermagem, eles são consistentes com a definição citada, tanto reais quanto potenciais (em risco de desenvolvimento). Os elementos que constituem um diagnóstico real são: título, sua definição, as características definidoras (sinais e sintomas) e os fatores relacionados (fatores causadores ou associados).

A avaliação da enfermagem para pessoa idosa deve ser realizada com o máximo de riqueza de informações e pequenos detalhes pois o processo de enfermagem é um procedimento de soluções de problemas. A avaliação, base sobre a qual estão erigidas as demais fases do processo, implica a coleta e análise de dados e resulta em um diagnóstico de enfermagem. Uma avaliação com ênfase na enfermagem é fundamental para a determinação de diagnósticos que sejam receptivos à intervenção do profissional de enfermagem. As etapas subsequentes de planejamento, implementação e avaliação do processo de enfermagem não poderão ser cumpridas a menos que a abordagem da avaliação tenha um enfoque na enfermagem. Para o paciente idoso, fatores como redução da capacidade de responder ao estresse, aumento da frequência e multiplicidade de perdas, e alterações gerais associadas ao processo normal do envelhecimento pode combinar-se e colocá-lo em grande risco de perda de capacidade funcional.⁴

Principais diagnósticos de enfermagem selecionados em pacientes acima de 80 anos:

- Risco de queda.
 - Modalidade física prejudicada: redução da modalidade física aeróbia máxima da força muscular (redução da força física); redução da força estática dinâmica máxima quanto da pendência e velocidade máxima diminuída da tolerância ao esforço físico.
 - Déficit do conhecimento: estado em que o indivíduo ou grupo apresenta deficiência de conhecimento cognitivo ou de habilidades psicomotores quanto às condições e ao plano de tratamento. ⁶
 - Integridade Tissular Prejudicada (pele): estado em que o indivíduo apresenta risco de dano ao tecido tegumentar, córnea ou mucosa. ⁶
 - Eliminação Intestina Alterada: estado em que o indivíduo apresenta, ou está em alto risco de apresentar, disfunção intestinal resultando em diarreia, incontinência ou constipação. ⁶
 - Risco de infecção na GTT e SVD: estado em que o indivíduo corre o risco de ser invadido por um agente oportunista ou patogênico de fontes externas, endógenas ou exógenas. Condições vasculares periféricas. ⁶
 - Risco para função respiratório alterada: estado em que o indivíduo corre o risco de apresentar uma ameaça à passagem de ar através do trato respiratório e à troca de gases (O² – CO²) entre os pulmões e o sistema vascular. ⁶
- Incapacidade de deambular.
- Dor Crônica: estado em que o indivíduo apresenta dor intermitente durante mais de seis meses. ⁶
 - Déficit do conhecimento: estado em que o indivíduo ou grupo apresenta deficiência de conhecimento cognitivo ou de habilidades psicomotores quanto às condições e ao plano de tratamento. ⁶
 - Padrões de eliminação urinária alterados: estado em que o indivíduo apresenta, ou corre o risco de apresentar, disfunção na eliminação urinária. ⁶
 - Perfusão tissular periférica alterada: estado em que o indivíduo apresenta, ou corre o risco de apresentar, diminuição na nutrição e na respiração em nível celular devido à diminuição no suprimento de sangue capilar. ⁶
 - Risco para auto-lesão: estado em que o indivíduo corre o risco de infligir lesão direta sobre si mesmo, incluindo auto abuso ou auto mutilação. ⁶

Principais Diagnósticos Médicos

Parkinson: Doença de Parkinson é uma doença degenerativa do sistema nervoso central, lenta e progressiva, idiopática (sem causa conhecida), raramente acontecendo os 50 anos e compromete, igualmente, ambos os sexos.

Dislipidemia: significa que altos níveis de gorduras estão circulando no seu sangue e essas gorduras incluem colesterol e triglicérides. ⁷

Crise convulsiva: (disritmia cerebral) resulta de uma atividade elétrica anormal das células cerebrais. As reações químicas responsáveis pela atividade elétrica cerebral não são claramente conhecidas, nem os distúrbios químicos que as determinam. ⁷

Mal de Alzheimer: doença do cérebro, degenerativa, isto é, que produz atrofia progressiva, com início mais frequente após os 65 anos e que produz a perda das habilidades de pensar, raciocinar, memorizar, e que afeta as áreas da linguagem e produz alterações no comportamento. ⁷

BCP (Broncopneumonia): inflamação dos brônquios e dos pulmões usualmente provocada por doenças tais como bronquite ou difteria. ⁷

ICC: incapacidade do coração de efetuar as suas funções de forma adequada como consequência de outras enfermidades do próprio coração ou de outros órgãos. ⁷ - ITU (Infecção no Trato Urinário): É a inflamação superficial da mucosa da bexiga (mucosa vesical). ⁷

HAS: Pressão arterial é Uma pressão que todos nós temos dentro dos vasos sanguíneos, resultado da contração do coração a cada batimento e da contração dos vasos quando o sangue passa por eles. Quando este volume de sangue passa através das artérias, elas se contraem como se estivessem espremendo o sangue para frente. Esta pressão é necessária para que o sangue consiga chegar aos locais mais distantes, como a ponta dos pés. ⁷

AVC: o acidente vascular cerebral é uma doença caracterizada pelo início agudo de um déficit neurológico (diminuição da função) que persiste por pelo menos 24 horas, refletindo envolvimento focal do sistema nervoso central como resultado de um distúrbio na circulação cerebral. ⁷

População alvo

Os diagnósticos levantados para o presente trabalho foram selecionados através dos pacientes geriátricos acima de 80 anos em internação domiciliar com a SPID e residentes na zona sul de São Paulo em virtude da demanda e similaridade dos diagnósticos médicos.

Impacto da Atividade/ serviço junto à população alvo

Apesar dos avanços do setor saúde do Brasil, há um grande desafio a enfrentar: mudar o modelo de atenção à saúde que atualmente se caracteriza pelo predomínio da concepção do processo saúde/doença, unicamente como fenômeno individual, centrado no corpo do paciente, fundamentado na visão biomédica e reforçando o valor da doença e não o doente como objeto de trabalho dos serviços de saúde.

A crise da saúde analisada por diversos ângulos - ineficiência, ineficácia, iniquidade e insatisfação da opinião pública - impulsionam os profissionais a encontrarem novas estratégias junto à organização e gestão dos serviços de saúde, com vistas a contribuir na reorientação do modelo assistencial. Dentre essas estratégias está atenção domiciliar. ⁵

Considerações Finais

O diagnóstico de enfermagem domiciliar tem como objetivo avaliar e intensificar os cuidados do paciente para seu bem estar e restabelecendo a melhoria da qualidade de vida mesmo com suas mobilidades diárias alteradas. Para que seja oferecida uma assistência de qualidade é preciso levar em conta o cuidado de enfermagem e as orientações corretas para que desenvolvam os cuidados de enfermagem de acordo com seus diagnósticos.

Referências

- 1- FABRICIO, S.C.C., WEHBE, G., NASSUR, F.B., ANDRADE, J.I. Assistência Domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. Rev. Latino –am Enfermagem 2004 setembro – outubro; 12(5): 721-6.
- 2- FILHO, E.T.C., NETTO, M.P. Geriatria – Fundamentos, clínica e terapêutica. 2ªed. São Paulo, Atheneu, 2006. Págs: 63,74,78.
- 3- Site da São Paulo Interações Domiciliares : <http://www.spinternacoes.com.br>
- 4- LUECKENOTTE, A. Avaliação em Gerontologia, 3ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Ed., 2002.
- 5- SPARKS, S., TAYLOR, C., DYER, J.G. Diagnostico em enfermagem. Rio de janeiro: Reichmann & Affonso Ed., 2000.
- 6 – Carpenito, J. Lynda &Consultant, C. Mickelento. Manual de Diagnóstico de Enfermagem. 6ª edição 1ª reimpressão revisada.
- 7- Site www.abcdasaude.com.br/artigo.php. Acesso em 07 julho 2009 às 18:00h.

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERAÇÕES CLÍNICAS NOS EXAMES LABORATORIAIS



PATRICIA FERRAZ ROSA

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Nove de Julho (Uninove). Especialização em Centro Cirúrgico pela Uninove. Enfermeira Clínica na São Paulo Internações Domiciliares (SPID /Grupo MAIS).

Contato: patricia@spinternacoes.com.br

Introdução

O crescimento do atendimento domiciliar no Brasil é recente, datado na última década do século XXI. A difusão dessa modalidade de prestação de serviços ocorre tanto no setor público quanto no privado, fazendo parte de pauta de discussões das políticas de saúde que são pressionadas pelos altos custos das internações hospitalares.

Diante da tendência de rápido crescimento do número de idosos do nosso país, justifica-se discutir a necessidade e a importância do setor de Home Care como estratégia de desospitalização precoce, ou melhor, a alta planejada com finalidade de redução de custos para operadoras de saúde.

O Home Care ou Assistência Domiciliar surgiu para atender os pacientes com doenças crônicas em internações de longa duração a fim de assegurar a recuperação do paciente no domicílio após alta hospitalar. Sendo assim, a avaliação do paciente para internação domiciliar é de suma importância no sentido de avaliar se o paciente realmente dispõe de condições clínicas para tratamento em ambiente domiciliar.

Apresentação da Instituição/Serviço

O trabalho foi desenvolvido na instituição São Paulo Internações Domiciliares (SPID), empresa do segmento de assistência domiciliar atuando no mercado desde o final da década passada. Atualmente, a São Paulo Internações Domiciliares configura-se como uma das maiores empresas de Home Care do Brasil, atuando na assistência primordial, primária, secundária e, até mesmo terciária em conjunto com Hospital Premier.

A SPID oferece um nível de conforto, atenção pessoal e controle individual que geralmente não é possível em ambiente hospitalar. Muitos

serviços altamente técnicos podem ser oferecidos. São oferecidos serviços técnicos no domicílio do paciente, hoje a SPID abrange uma ampla variedade de serviços que completam ou substituem a assistência em instituições. Os serviços são fornecidos por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, terapia ocupacional, farmacêuticos, auxiliares de enfermagem, psicólogos, fornecedores de equipamentos médicos permanentes, entre outros. Os profissionais trabalham formando uma equipe de multiprofissionais com pacientes e familiares, para promover, manter ou restaurar a saúde, para minimizar a independência e os efeitos da doença, além de cuidar de pacientes em fase terminal.

Caracterização do trabalho/atividade a ser descrita

Capacidade de avaliar e identificar possíveis alterações nos exames solicitados pelos médicos, permitindo assim melhorar a qualidade do atendimento dos clientes, estabelecendo prioridades para conduta e retorno imediato aos clientes e familiares.

A finalidade deste trabalho é permitir uma avaliação, direcionando aos responsáveis médicos para condutas prontamente antecipadas nos quais serão disparados rapidamente os processos no caso de uma intervenção clínica medicamentosa ou assistencial envolvendo a equipe multiprofissional, além de direcionar as informações à equipe visitadora do cliente em questão.

Quando estabelecemos estas prioridades podemos assim, evitar uma possível hospitalização desnecessária através da agilidade na comunicação entre os profissionais e retorno a família.

No levantamento realizado na SPID, podemos observar que os exames mais solicitados no período de Janeiro 2009 a Abril 2009 foram urina I, urocultura e antibiograma e Rx de Tórax.

População Alvo

Paciente em internação domiciliar.

Impacto da atividade/serviço junto à população alvo

No levantamento realizado na SPID, podemos observar os exames mais solicitados no período de Janeiro 2009 à Abril 2009, (urina I, urocultura e antibiograma e Rx de Tórax)

Exames Solicitados	Quantidade solicitada
RX tórax	198
Urina I	196
Urocultura + ATB	195
Hemograma completo	192
Creatinina	157
Sódio	155
Potássio	155
Uréia	151
Glicemia Jejum	92
TGP	80
TGO	79
Magnésio	66
Gama GT	54
Cálcio	45

Considerações Finais

Através deste trabalho podemos observar a importância do enfermeiro em identificar as alterações clínicas nos exames laboratoriais, permitindo um atendimento qualificado e a redução da hospitalização dos clientes, trazendo com isso benefícios à empresa e às operadoras de saúde.

Referências

- Base de dados da SP Internações Domiciliares
- Biblioteca digital da SP Internações Domiciliares
- Prontuário eletrônico

ARTIGO 8

OS BENEFÍCIOS DA HIGIENE ORAL ADEQUADA NA DIMINUIÇÃO DOS RISCOS DE PNEUMONIA



VICTOR ROGÉRIO

Graduado em Odontologia pela Universidade Mogi das Cruzes (UMC). Especialização em Reabilitação Estética pelo Instituto Liberte. Mestrando na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Dentista responsável pelo Serviço de Odontologia do Grupo MAIS.

Contato: victor@odontologiaesaude.com.br



MONIRA SAMAAAN KALLÁS

Graduada em Odontologia pela Universidade Paulista (UNIP). Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva pela FUNDECT/Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP). Mestrado em Odontologia Social pela Faculdade de Odontologia da USP. Cirurgiã Dentista do Serviço de Odontologia do Grupo MAIS.

Contato: monira@usp.br



JOYCE SOARES GOMES

Técnica em Saúde Bucal. Técnica em Higiene Dental do Hospital Premier /Grupo MAIS.

Contato: joycesgomes@gmail.com

Introdução

As primeiras citações científicas que sugerem uma relação entre as doenças bucais e sistêmicas datam de 2.100 a.C ¹⁵. Desde então, as pesquisas científicas vêm demonstrando uma estreita relação entre as doenças periodontais e as doenças sistêmicas. Em 1965, Harald Løe e seu grupo de colaboradores, do clássico estudo de “Gengivite Experimental em Humanos”, definiram a doença periodontal como uma inflamação gengival relacionada ao acúmulo de biofilme na superfície dental, e que a remoção deste biofilme tem importante papel na prevenção e no controle destas patologias ⁹. Atualmente, diversos estudos têm demonstrado que esta doença multifatorial de origem infecciosa e natureza inflamatória tanto agride o indivíduo pela ação direta das bactérias e seus produtos, ou por ação indireta, onde as reações teciduais são mediadas pelo hospedeiro ¹⁰. Isto ocorre em um processo interativo entre o biofilme e os tecidos periodontais, mostrando que o início e progressão da

doença periodontal envolvem um conjunto de eventos imunopatológicos e inflamatórios, com a participação de fatores modificadores locais, sistêmicos, ambientais e genéticos¹⁸. Desta maneira, parece indubitável que problemas bucais, especialmente a doença periodontal, pode disseminar microorganismos patogênicos com efeito metastático sistêmico, especialmente em pessoas com a saúde comprometida²³.

Pneumonia e periodontopatia

Pneumonia é uma infecção aguda pulmonar que afeta indivíduos com sistema imunológico debilitado, como por exemplo, defeitos na produção de anticorpos, fagocitose, funções ciliares ou contagem reduzida de linfócitos T-CD4+, além dos pacientes com doença pulmonar crônica obstrutiva³.

Nos hospitais, a pneumonia nosocomial é a segunda causa de infecção hospitalar, e a responsável por taxas significativas de morbidade e mortalidade. A pneumonia que é uma doença debilitante, em especial, no paciente idoso e imunocomprometido⁵, e também, é uma das doenças sistêmicas que acumulam mais evidências científicas da sua relação com as periodontopatias. Diversos estudos sugerem que as doenças periodontais podem influenciar o curso das infecções respiratórias, principalmente as pneumonias⁴.

Um estudo recente mostrou que a placa dental pode ser um reservatório de patógenos respiratórios em paciente hospitalizados com doença crônica pulmonar. Usando um *checkerboard DNA-DNA* técnica de hibridização para determinar a prevalência de patógenos respiratórios e orais, algumas espécies tais como *S. aureus*, *P. aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, e *Enterobacter cloacae* foram detectados na placa dental em 85% dos pacientes hospitalizados e em 38,7% dos não hospitalizados⁶.

Assim, a micro-aspiração pulmonar de secreção orofaríngea contendo bactérias, e falha no sistema de defesa para eliminar essas bactérias, resulta em resposta destrutiva do hospedeiro e desenvolvimento de infecção pulmonar. Em pacientes com ventilação mecânica, o risco de pneumonia é ainda maior pela presença do tubo endotraqueal, que passa através da traquéia para a via aérea baixa, e afeta as funções mucociliares do tubo respiratório. As bactérias da orofaringe podem ser levadas para a traquéia durante a passagem do tubo, ou ainda podem se aderir à superfície do tubo, resultando no crescimento do biofilme bacteriano¹⁴.

Está postulado que a higiene oral e o estado periodontal desses indivíduos impactam na quantidade e qualidade da flora bacteriana bucal²⁰.

A cavidade oral

Em uma boca saudável, a própria placa bacteriana parece funcionar como barreira contra a invasão de bactérias externas, mas esta mesma microflora que protege é a causadora da maioria das infecções locais¹⁷. Isto parece ocorrer devido a uma quebra da homeostase microbiana, levando a

um desequilíbrio da microflora e predispondo o aparecimento das doenças orais¹². A boca é continuamente banhada pela saliva, que a mantém úmida, aquecida (35-36°) e ph entre 6.75 a 7.25, o que é uma ótima condição para o crescimento de inúmeros micro-organismos. A saliva tem uma profunda influência na ecologia oral, auxiliando na seleção dos micro-organismos do biofilme dental¹¹.

Diversos estudos avaliaram pacientes geriátricos em hospital residencial ou cuidados domiciliares em relação ao estado de higiene oral e colonização oral por patógenos respiratórios. A literatura sugere que patógenos respiratórios preferencialmente colonizam dentes ou dentaduras do que tecidos moles^{13,21}.

Podemos notar em indivíduos com a saúde debilitada uma mudança muito clara tanto na qualidade e/ou na quantidade da saliva. A xerostomia (boca seca) pode ocorrer devido à doença base, e/ou a terapia medicamentosa²². Em pacientes hospitalizados ou em cuidados domiciliares a saúde bucal parece ser deixada em segundo plano uma vez que o foco principal para o paciente e família é a doença base. Em função disso, a cavidade oral quando não está em condições saudáveis ou não é bem higienizada passa a ser um foco de infecção que pode interferir de maneira impactante negativamente no curso da doença, causando repetitivas infecções e aumentando o número de re-internações por infecções secundárias¹.

Inúmeros testes têm avaliado a efetividade da descontaminação oral na prevenção da pneumonia¹⁹.

Os estudos variaram em relação à local (hospital residencial, cuidado domiciliar e unidade de tratamento intensivo), desenho, intervenção (incluindo uso tópico de antibiótico, antissépticos como gluconato de clorexidina, e remoção mecânica da placa, por exemplo, escovação); todos os estudos mostraram redução da colonização oral por patógenos respiratórios e uma redução dos índices de pneumonia em 40%. Assim, a descontaminação oral parece interferir diretamente na redução de patógenos respiratórios na cavidade oral e seu transporte para a orofaringe, diminuindo o risco de pneumonia nestes indivíduos^{2,7}.

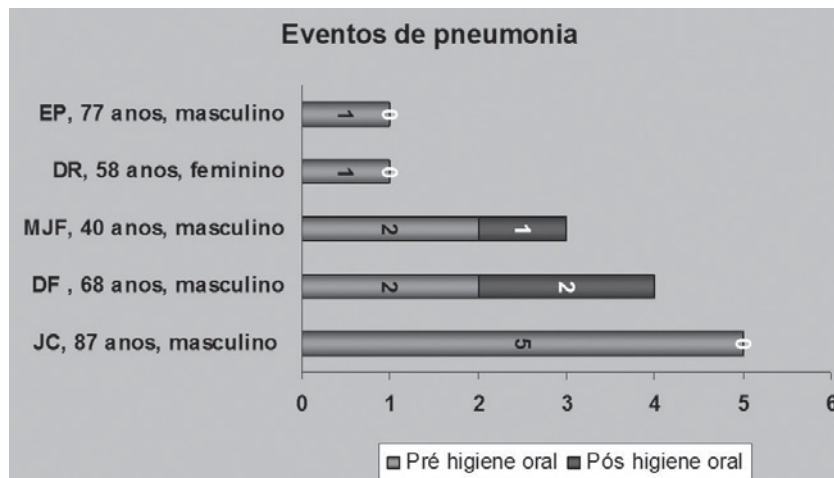
Estudo de caso

Acompanhamento de 5 pacientes internados em um hospital residencial de cuidados paliativos e registro de intercorrências respiratórias durante 1 ano, pós estabelecimento de rotina de higiene oral.

De acordo com a situação bucal (dentado, edentado, prótese) e a necessidade de cada paciente foi estabelecida uma rotina de higienização que será realizada pela técnica em higiene dentária (THD). Diariamente, de acordo com a prescrição odontológica de cada paciente, a THD faz uso de fio dental e escovação com técnicas individualizadas.

Embora o número de pacientes seja pequeno e o período de acompanhamento

curto, o resultado parece confirmar os achados da revisão de literatura, demonstrando que, com o estabelecimento de uma rotina de higiene oral ocorre uma diminuição do número de eventos de pneumonia nestes pacientes.



Conclusão

Na maioria das vezes o paciente não é capaz de fazer sua própria higienização, que é delegada a um cuidador que também não é capacitado e/ou não teve orientação para realizar uma higienização adequada.

Torna-se imperativo a realização de uma correta higienização bucal, com acompanhamento odontológico constante, além da busca por alternativas que possam minimizar o efeito comprometedor da terapia medicamentosa, e do estado geral de saúde para cavidade bucal desses pacientes, visando melhorar a qualidade de vida e a diminuição do risco de pneumonia.

Referências

1. Abe S, Ishihara K, Adachi M, Okuda K. Oral hygiene evaluation for effective oral care in preventing pneumonia in dentate elderly. *Arch Gerontol Geriatr* 2006;43:53–64
2. Bergmans DC, Bonten MJ, Gaillard CA, Paling JC, van Der Geest S, van Tiel FH, Beysens AJ, de Leeuw PW, Stobberingh EE. Prevention of ventilator-associated pneumonia by oral decontamination. A prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;164:382–88
3. Braunwald, E.; Fauci, A.; Kasper, D.; Hauser, S.; Longo, D.; Jameson, J. Harrison's Principles of Internal Medicine. 16. New York, NY: McGraw-Hill; 2004
4. Cook DJ, Walter SD, Cook RJ, Griffith LE, Guyatt GH, Leasa D, Jaeschke RZ, Brun-Buisson C. Incidence of and risk factors for ventilator-associated pneumonia in critically ill patients. *Ann Intern Med* 1998;129:433–40
5. Craven DE, Barber TW, Steger KA, Montecalvo MA. Nosocomial pneumonia in the 1990s: update of epidemiology and risk factors. *Semin Respir Infect* 1990;5:157–72
6. Didilescu AC, Skaug N, Marica C, Didilescu C. Respiratory pathogens in dental plaque of hospitalized patients with chronic lung diseases. *Clin Oral Invest* 2005;9:141–47
7. Fourrier F, Cau-Pottier E, Boutigny H, Roussel-Delvallez M, Jourdain M, Chopin C. Effects of dental plaque antiseptic decontamination on bacterial colonization and nosocomial infections in critically ill patients. *Intensive Care Med* 2000;26:1239–47

8. Infection in frail institutionalised elders. *Gerodontology* 1997;14:9–16
9. Løe H.; Theilade E.; Jensen S.B. Experimental gingivitis in man. *J Periodontol* 1965; 36(3):177-87
10. Lotufo RFM, Pannuti CM. Efeitos Diretos dos Patógenos Bucais nas Condições Sistêmicas, em: Brunetti MC - *Periodontia Médica*. São Paulo: SENAC, 2004;42-57
11. Marsh P.D. Are dental diseases examples of ecological catastrophes?. *Microbiology* 2003, 149, 279-94
12. Marsh P.D. Microbial ecology of dental plaque and its significance in health and disease. *Adv Dent Res* 1994; 8(2): 263-71
13. Mojon P, Budtz-Jørgensen E, Michel JP, Limeback H. Oral health and history of respiratory tract
14. Raghavendran K., Mylotte J. M, and Scannapieco F. A.. Hospital residencial-associated pneumonia, hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia: the contribution of dental biofilms and periodontal inflammation. *Periodontol* 2000. 2007 ; 44: 164–77
15. Reilly PG, Glaffey NM. História da Sepsia Bucal como Causa de Doen-ças, in: Williams RC, Offenbacher S *Periodontologia* 2000. São Paulo: Santos, 2005;13-18
16. Respiratory pathogens in dependent elderly. *Gerodontology* 2002;19:25–29
17. Ruby J., Barbeau J.. The buccale puzzle: The Symbiotic nature of endogenous infections of the oral cavity. *Can J Infect Dis* 2002;13(1):34-41
18. Sallum AW, Martins AG, Sallum EA. A Doença Periodontal e o Surgi-mento de um Novo Paradigma, em: Brunetti MC - *Periodontia Médica*. São Paulo: SENAC, 2004;20-39
19. Scannapieco FA, Bush RB, Paju S. Associations between periodontal disease and risk for nosocomial bacterial pneumonia and chronic obstructive pulmonary disease. A systematic review. *Ann Periodontol* 2003;8:54–69
20. Socransky SS, Haffajee AD, Periodontal microbial ecology. *Periodontol* 2000. 2005; 38: 135-87
21. Sumi Y, Miura H, Sunakawa M, Michiwaki Y, Sakagami N. Colonization of denture plaque by
22. Terpenning M, Bretz W, Lopatin D, Langmore S, Dominguez B, Loesche W. Bacterial colonization of saliva and plaque in the elderly. *Clin Infect Dis* 1993;16(S):314–16
23. Williams RC, Paquette D. Periodontite como Fator de Risco para Doen-ça Sistêmica, em: Lindhe J, Karring T, Lang NP. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral*. 4ª Ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005;356-375

A IMPORTÂNCIA DA EMPATIA E CONFIANÇA NA RELAÇÃO PACIENTE/FAMILIAR E PROFISSIONAL PARA A MUDANÇA DE UM COMPORTAMENTO



ADRIANA RUSSO

Graduada em Psicologia pela Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU). Especialista em Psicologia Hospitalar Aplicada à Cardiologia pela Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP). Psicóloga visitadora da São Paulo Internações Domiciliares (SPID/Grupo MAIS).
Contato: adrianarusso82@hotmail.com



DÉBORA GENEZINI

Graduada em Psicologia pela Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU). Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE). Mestranda em Gerontologia na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP). Coordenadora da Comissão de Psicologia da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Coordenadora do Serviço de Psicologia do Grupo MAIS (Hospital Premier, São Paulo Internações Domiciliares e ProAtiva).
Contato: deboragenezini@uol.com.br

Introdução

O desenvolvimento da empatia, segundo alguns autores, está relacionado à expressividade emocional, e com a habilidade para experimentar e expressar tanto emoções positivas como negativas (Roberts & Strayer, 1996).

A empatia é definida como uma resposta emocional que deriva da percepção do estado ou condição de outra pessoa, sendo congruente com essa situação (Eisemberg & Strayer, 1987). Ainda segundo os autores, o compartilhar de uma emoção sentida, é a consistência de empatia. Esse sentimento é diferente da simpatia e da angústia pessoal (*personal distress*), apesar de estar intimamente ligado a esses conceitos. Pode-se dizer que a simpatia refere-se a uma intensa preocupação com o sofrimento de uma pessoa; consiste em sentir por outra pessoa e, geralmente refere-se a sentimentos de tristeza ou lamento. Já a angústia pessoal, por outro lado, refere-se à experiência de um estado aversivo, como ansiedade e preocupação, que não é congruente com o estado de outra pessoa e que leva a uma relação auto orientada e egoísta. Assim a empatia é diferente da angústia pessoal, pois não é em sua essência uma resposta egoísta nem orientada para outros, e da simpatia, que envolve uma clara orientação a terceiros (Eisemberg & Strayer, 1987).

Nesse caso, pode-se perceber que a empatia é a responsável pela conquista da confiança, e as duas estão intimamente relacionadas.

O bom relacionamento interpessoal é essencial para a conquista da empatia e da confiança, principalmente, em situações onde as pessoas envolvidas estão passando por problemas de saúde ou convivem com pessoas portadoras dessas condições.

A vivência com a doença sensibiliza e afasta aqueles que convivem com ela do resto do mundo, as pessoas passam a ter uma vida “antes” e “depois” da doença, muitos cuidadores, passam a não ter vida própria, pois vivem integralmente em função do outro, e essa condição se agrava, quando a relação paciente x cuidador é muito intensa, profunda, tratando-se por exemplo de familiares.

Segundo Reppold et al. (2002), os eventos estressantes da vida, considerados como quaisquer mudanças no ambiente que normalmente induzem a um alto grau de tensão e interferem nos padrões normais de resposta do indivíduo, têm sido associados a uma grande variedade de distúrbios físicos e mentais.

Os fatores de proteção e de risco estão relacionados com eventos de vida, recursos, disposição ou demandas que podem proteger o indivíduo de eventos estressantes e/ou levá-los a desencadear patologias (Branfenbrenner e Morris, 1998; Garnezy e Masten, 1994).

É exatamente nessas condições psíquicas que encontram-se pacientes e familiares; por esse motivo, o papel da equipe nesse momento é dar segurança, proteção e aproximar-se do paciente e de seus cuidadores, com o intuito de fazer com que se sintam um pouco mais confortáveis e consigam dessa forma lidar melhor com a situação, mas, para isso, precisam conquistar a empatia e a confiança dessas pessoas.

Segundo Garnezy & Masten (1994), foram identificados três fatores de proteção a indivíduos:

- Características individuais, como autoestima, inteligência, capacidade para resolver problemas e competência social;
- Apoio afetivo, transmitido pelas pessoas da família através de um vínculo positivo com os cuidadores;
- Apoio social externo, provido por outras pessoas significativas como: escola, igreja, grupos de ajuda. Nesse caso, pode-se citar também, o trabalho da equipe multidisciplinar no atendimento do paciente em questão.

O conjunto desses fatores, em situação de stress, serve como recurso que auxilia o indivíduo a interagir com os eventos de vida e conseguir bons resultados evitando consequências negativas. Nesse sentido, a competência social é vista como um fator de proteção para o indivíduo, pois está relacionada com a capacidade para a sua adaptação favorável (Cecconello, 1999).

Caracterização do trabalho / atividade

Mostrar através de um estudo de caso, a mudança do comportamento repetitivo de um familiar, frente à empatia e confiança no profissional que o atende.

Fazer com que entenda que viver a própria vida, é tão necessário, quanto cuidar do filho. Mostrar que em algum momento, por menor que seja, deve-se pensar em si. Deixar de viver uma vida que não o pertence, mas sem deixar as responsabilidades de lado, e é claro, colocar em prática tal situação.

População alvo

Mãe de um paciente de 38 anos, portador de sequelas de meningite, que anulou sua vida para viver em função dos cuidados com seu filho.

Impacto da atividade junto à população alvo

O paciente A.L. tem sequelas de meningite há muitos anos, porém, quando completou 32 anos, houve uma piora, com repetidas crises convulsivas, que o levou a permanecer acamado. Desde então, a mãe, vive integralmente em função dele, esquecendo-se de sua vida totalmente. Atualmente, o paciente está com 38 anos, e durante a avaliação do psicólogo, a queixa da mãe, foi a anulação de sua vida para cuidar do filho; o fato de não conseguir pensar nela, em suas necessidades, desejos e sentimentos, além de não conseguir fazer coisas que antes faziam parte de sua vida, como o simples ato de comer ou tomar um banho sem preocupar-se.

Foi percebido em seu discurso, muita culpa, tristeza e frustração, por ser uma pessoa dependente da opinião dos outros, com necessidade de agradar as pessoas que fazem parte de sua vida. Neste momento isso foi colocado para a paciente, que mostrou-se surpresa com todos esses sentimentos e se disse disposta a mudá-los. Neste caso percebe-se que a confiança no profissional que atende essa mãe, foi de suma importância para a disposição de mudar dela. Foi colocado também para essa mãe, que seu filho vive em um “mundo” diferente do mundo dela, e que a mesma deveria tentar voltar ao mundo que a pertence sem sentir-se culpada por isso.

Para isso foram dadas algumas “lições de casa” para que a mesma cumprisse, como por exemplo, tomar um banho mais demorado, costurar, plantar (atividades essas, que segundo ela são suas preferidas), ir até o portão de sua casa ver o movimento, deixar que seu filho seja cuidado pelos profissionais sem que ela precise estar ao lado, para que nesse momento ela possa tirar um tempo para si, enfim fazer coisas que goste, mas que há tempos não faz por não querer sair do lado de seu filho.

Poucos dias depois, a mãe entra em contato com o profissional, muito feliz e sentindo-se orgulhosa por ter conseguido ir fazer compras, e foi reforçada positivamente por isso. Nas demais visitas, disse que está

costurando para fora, refazendo seu jardim, e que tudo isso tem feito-a se sentir melhor, mais calma, com menos angústia e ansiedade. Além disso, no dia de uma das visitas, houve a visita de outro profissional da equipe, e mais uma vez, a atitude dessa mãe, foi surpreendente, a mesma o deixou fazer o seu trabalho com seu filho e permaneceu no atendimento com o psicólogo. Mais uma vez, percebe-se o quão importante foi a relação entre os profissionais e o paciente/ familiar.

Referências

- Bronfenbrenner, V. & Morris, P (1998), The ecology of developmental processes. In W. Damon (Org.), *Handbook of child psychology* (v.1, PP. 993-1027). New York: John Willey& Sons.
- Ceconello, A.M. (1999). Competência Social, Empatia e Representação Mental da Relação de Apego em Famílias em Situação de Risco. Dissertação de mestrado não publicado. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Eisemberg, N & Strayer, J (1987). Critical issues in the study of empathy. In N. Eisemberg & J. Strayer (Orgs.). *Empathy and its development* (pp.3-13). Cambridge: Cambridge University Press.
- Garmezzy, N & Masten, A (1994). Chronic Adversities. In M. Rutter, E. Saylor, & L. Herson (Orgs.), *Child and Adolescent Psychiatry* (PP. 191-207). Oxford: Blackwell Scientific.
- Reppold, C. T., Pacheco, J., Bardagi, M., & Hutz, C. (2002). Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. In: C. S., Hutz, (Org.), *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção* (pp. 7-51). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Roberts, W & Strayer, J (1996). Empathy, emotional expressiveness, and psychosocial behavior. *Child Development*, 67, 449-470.

O IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR SOB A ÓTICA DA FAMÍLIA



ANA CAROLINA SILVEIRA

Auxiliar de Enfermagem no Instituto Israelita Albert Einstein. Auxiliar de Enfermagem na São Paulo Internações Domiciliares (SPID/ Grupo MAIS).

Contato: carol@spinternacoes.com.br



TACIANE ARAUJO CATIB

Bacharel em Enfermagem pela Universidade de Santo Amaro (Unisa). Pós-Graduada em Urgência e Emergência pela Universidade Nove de Julho (Uninove). Enfermeira Visitadora da São Paulo Internações Domiciliares (SPID/Grupo MAIS).

Contato: tacicatib@ig.com.br

Introdução

A Assistência Domiciliar (do inglês, *Home Care*) é uma especialização da área da saúde que permite o paciente, receber cuidados hospitalares no conforto de sua residência. Conta com um estrutura de monitoramento em tempo integral com equipes treinadas para suporte básico de emergência e atendimento de intercorrências. Além da equipe domiciliar multidisciplinar.

A AD surgiu como um modelo assistencial no século XIX através de caridade prestada por instituições religiosas. Entretanto, essa atividade evoluiu passando a ter características próprias, com técnicas e regulamentos, com participação dos profissionais de saúde não apenas da enfermagem, mas que ambos tenham autonomia, habilidade clínica e responsabilidade social.¹

É uma opção segura direcionada para clientes possuidores de doenças agudas e crônicas, oncológicas; portadores de sequelas variadas e com historia de frequentes reinternações hospitalares.²

Teve início no Brasil, no final do século XX, mas começou a tomar corpo no final da década de 1980, e desde 1996 vem se consolidando em hospitais da rede estadual paulista como o Hospital das Clinicas, Incor e Hospital do Servidor Publico em convênios de autogestão, tornando-se uma especialidade para todos os profissionais da saúde, sobretudo para enfermeiros e demais categorias de enfermagem.

O jornal do Conselho Regional de Medicina (de novembro de 1999) publicou na revista Lancet o resultado de pesquisa que monitorou 200 pacientes que haviam sido internados com insuficiência cardíaca congestiva e que após alta hospitalar, foram divididos em dois grupos: um que seria seguido no domicílio e um outro que receberia cuidados habituais, sem seguimento sistematizado em seu domicílio. Os pesquisadores observaram que “durante os seis meses subsequentes houve 129 readmissões não planejadas, e mortes fora do hospital, no grupo que recebeu os cuidados habituais, e apenas 77, no grupo que sofreu a intervenção, tendo esses gerado menos custos (...). Ainda afirmaram que a intervenção no domicílio “tem o potencial para diminuir a taxa de readmissões não planejadas e os custos associados com os cuidados de saúde para prolongar a sobrevivência total e sem intercorrências, e para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com ICC crônica”.³

Os principais objetivos da AD são: redução de custos, redução de infecções cruzadas, aumento da oferta de leitos hospitalares; humanização da assistência, entre outros.

Em certas situações, prolongar uma internação pode ser prejudicial à pessoa hospitalizada, afinal, o ambiente hospitalar oferece risco de infecções, gerado pelo próprio meio, e afeta o equilíbrio emocional. Estes danos são evitados quando o atendimento médico continua no conforto do lar, com o sistema de Home Care.⁴

Para que seja implantado um serviço de AD ao paciente, é necessário que haja um cuidador. O cuidador provê cuidados para os outros sem remuneração, normalmente prestado em um contexto de relacionamento já em andamento por um familiar ou pessoa próxima auxiliando a pessoa que é parcialmente ou totalmente dependente de auxílio nas tarefas de seu cotidiano.

Quanto à ação do cuidador, identificou-se como sendo mais significativo dar banho, dar remédio, levantar e deitar a pessoa cuidada, colocar alimento pela sonda e atender as prescrições do médico. Os cuidadores ressaltam em suas falas a importância destes atos como fundamentais para a pessoa cuidada, permitindo sua recuperação mais rápida.

Objetivo

Identificar o impacto (na família) da implantação de um serviço de assistência domiciliar.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa, levantando as dificuldades enfrentadas pela família após a alta hospitalar através de um questionário (Anexo I) que consta de questões abertas e fechadas, realizadas em pacientes que residem na zona sul de São Paulo. Dois deles foram aplicados pela enfermeira visitadora e onze foram

realizados por contato telefônico.

O estudo foi desenvolvido em duas fases. Inicialmente, na fase I, foram realizadas buscas bibliográficas nas bases de dados da Bireme/LILACS utilizando-se o seguinte descritor: Assistência domiciliar. Nesta etapa, foram selecionados artigos de periódicos nacionais e livros de administração geral e de enfermagem, pertinentes ao estudo. Na fase II, foi aplicado um questionário com cuidadores de pacientes. O estudo seguiu determinações do parecer 196/96 sobre pesquisas com seres humanos, com “termo de consentimento livre e esclarecido” devidamente assinado pelos cuidadores que preencheram o questionário (Anexo II), também autorizado pela gerência da empresa São Paulo Interações Domiciliares.

Resultados

No estudo foram entrevistados 13 pacientes. Após análise das respostas adquiridas a partir do questionário, os dados foram categorizados, no qual foram elaboradas cinco categorias que se assemelham em identificação de respostas para que o levantamento bibliográfico seja direcionado e os objetivos do estudo atingidos.

As categorias foram selecionadas a partir do discurso das respostas fornecidas pelos responsáveis ou cuidadores de cada paciente, no qual não serão aqui identificados.

No estudo, 05 dos pacientes são do sexo masculino e 08 são do sexo feminino, a faixa etária é de 1 a 90 anos, diferenciados na tabela abaixo:

IDADE	SEXO	
	Masculino	Feminino
1 – 15 anos	1	
16 – 30 anos	1	4
31 – 50 anos	–	–
51 – 70 anos	2	2
71 – 90 anos	1	2
Total	5	8

Categorização

1. Inclusão em Home Care

“Depois de sete meses no hospital tudo o que eu queria era trazer meu filho para casa”

A AD a partir do momento que foi indicada, deve acontecer de forma sutil na vida das famílias no intuito de melhorar a qualidade de vida ou sobrevida dos pacientes, minimizar a angústia e ansiedade da nova situação.

2. Conhecimento do Novo

“Tive medo de que acontecesse alguma coisa, pois não estava mais dentro da estrutura hospitalar, mas depois fiquei confiante”.

A inclusão médico/enfermagem bem sucedida é peça-chave para o desdobramento da assistência domiciliar.

Quando as famílias passam a conhecer o atendimento domiciliar e entender as verdadeiras funções dele, o trabalho flui de maneira uniforme e adequada no intuito de atender as intercorrências e solucionar os problemas. Mas em todos os casos existe uma ansiedade em torno do que ainda é desconhecido.

3. Funcionamento da empresa

“Já ouvi falar, mas não sabia como funciona”

A empresa conta com Equipe Multiprofissional; Programa de cuidados individual e personalizado; Equipe de emergência 24h (atendimento imediato); Assistência de grupo de curativos; Capacitação de cuidador/familiar ou profissional; Central de atendimento 24h; Programa de Integração Família e Equipe.

4. Assistência prestada e Qualidade prestada

“Hoje estaria desesperado se não fosse o Home Care.”

O acompanhamento de enfermagem, examinando e avaliando no intuito de prevenir, detectando sinais de infecções, e antecipando o processo de tratamento evitando uma hospitalização. O contato direto com os profissionais de saúde visa uma melhora na qualidade de vida dos pacientes e seus familiares dentro de suas residências com a mesma amplitude de um tratamento hospitalar.

5. Como melhorar

“Atentar para atenção ao paciente e família, monitorar. Essa atenção faz a diferença, pois para vocês é só mais um paciente, mas para nós é tudo. Quando vocês ligam para saber se estamos bem ou se estamos melhor nos conforta. É tudo para a família”.

A coisa que eles mais focam é a atenção individualizada, como se pudéssemos visualizar a situação de imediato e proporcionar informação e solução. A SPID conta com um sistema de telefonia que recebe e repassa para os setores subdivididos e supervisionados por um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem, esse auxiliar é quem recebe a ligação, resolve ou tria a ligação, direcionando-a.

Há um primeiro atendimento com maior riqueza de informações colocadas no sistema a disposição de qualquer atendente. A partir de um primeiro atendimento bem sucedido com informações necessárias e práticas, as providências cabíveis ocorrerão com maior rapidez e eficiência. A comunicação interna melhorada através da colaboração e mobilização da

equipe pode resolver os problemas de seus setores. A visão dos problemas deve ser um conjunto em que todos deverão se atentar. Outro recurso em projeto é a criação de um setor de ouvidoria e análise de tarefas e desenvolvimento de processos operacionais. Fornecer diretrizes para a admissão de um paciente aos cuidados do serviço de Home Care na admissão do médico e do enfermeiro visitador.

Conclusão

As discussões acerca da família, inserida no cuidado do paciente, têm estimulado a equipe a aprimorar seus conhecimentos para promover a melhor assistência possível. A família deve se sentir acolhida para que possa discutir suas dúvidas e expectativas ao lidar com notícias a respeito da evolução do paciente. Informações claras e honestas, contato direto com os profissionais, prestação de cuidados e comunicação de modo uniforme. Um diálogo franco e aberto com as famílias desde o momento da admissão diminui consideravelmente o impacto da desospitalização. O monitoramento de cada setor para solucionar um problema, mesmo que ainda não tenha solução, serve para dar satisfação às famílias sobre o andamento das medidas individualizando o paciente. O retorno do contato telefônico deve acontecer o mais rápido possível. A relação entre paciente, família e equipe tem sido ponto crucial no andamento do trabalho com qualidade na assistência em saúde domiciliar.

Referências

1. RIBEIRO, A.C. ABRAHÃO, M.S. tradução GOMES, I.L. Home Care – Cuidados Domiciliares, Protocolos para a Prática Clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
2. CRUZ, A.P., Curso Didático de Enfermagem. São Caetano do Sul, 2ª edição, 2005.
3. Jornal do Conselho Regional de Medicina de Novembro 1999 (publicação da revista Lancet, 354, p.1077.
4. Site Portal do Home Care, acessado por: <http://www.portalhomecare.com.br>.

ANEXO I

QUESTIONÁRIO PARA O ESTUDO

Paciente: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Diagnóstico: _____

Responsável/ Cuidador (a): _____

1-Como você recebeu a alta hospitalar do paciente

2-Quando recebeu a notícia que teria Home Care qual foi à primeira coisa que pensou?

3-Sentiu Medo? Do quê?

 Sim / Não

4-Conhecia Home Care – assistência domiciliar?

 Sim / Não

5-Qual a maior dificuldade e dúvida?

6-Conhece cada setor? Sabe como proceder caso tenha problemas rotineiros como escala, materiais, medicamentos, visitas?

7-Para quem você faz o primeiro contato quando tem um problema?

8-Acredita no trabalho do Home Care? Confia na equipe?

9-O que acha da qualidade do trabalho interno e externo? Comente se preferir

10-A equipe se adaptou ao paciente/família? E o contrário? Comente

11-Você sabe a função do cuidador?

Acha que em casa o paciente tem uma melhor qualidade de vida?

12-O que você (enquanto cuidador(a)) mudaria ou melhoraria neste sistema?

13-Como você relaciona o Home Care com o problema de saúde de seu familiar?

Ass: _____

Estou ciente de que o presente questionário não divulgará meus dados e do paciente.

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que foram solicitadas para o estudo, ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo.

Assinando este documento, estou dando meu consentimento para ser entrevistado através de um questionário pelas funcionárias da São Paulo Internações Domiciliares – Empresa de Assistência Domiciliar, que realizam o projeto. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que participação é isenta de despesas e que a entrevista será realizada na própria casa do paciente ou telefone no horário que me for cabível. Tenho conhecimento que será realizada uma entrevista a partir de um formulário de identificação, sendo que todo o relatório deste estudo jamais me identificará.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Qualquer dúvida que tiver, poderei recorrer à pesquisadora Taciane Catib, Ana Carolina Silveira e à Gerência da SPID, nos telefones (11) 8548-7800 ou 5505-0820.

Este estudo irá auxiliar na assistência prestada pela equipe multiprofissional que atua na assistência domiciliar, pois os mesmos identificarão as principais dificuldades enfrentadas pela família após alta hospitalar e o papel da equipe em abordar as dificuldades e solucionar os problemas.

Assinatura representante legal

___/___/___

CUIDAR DO IDOSO EM DOMICÍLIO: A MUDANÇA NA VIDA DA FAMÍLIA



TAHYS EMANUELLE ARANHA NAZARO

Bacharel em Enfermagem pela Universidade de Santo Amaro (UNISA). Pós-Graduada em Urgência e Emergência pela Universidade Nove de Julho (Uninove). Enfermeira Clínica na São Paulo Internações Domiciliares (SPID/Grupo MAIS).
Contato: tahysnazaro@ig.com.br

Introdução

O processo de envelhecimento e sua consequência natural, a velhice, implicam uma série de modificações nos aspectos físicos, psíquicos e sociais do ser humano, levando, muitas vezes, à necessidade de ser cuidado⁽¹⁾.

A promoção à saúde do idoso, no ambiente domiciliar, envolve um conjunto de atividades de cuidados sócio-sanitários desenvolvidos nas suas residências, com a finalidade de detectar alterações, valorizar a saúde, dar suporte e buscar soluções aos problemas advindos das diversas patologias instaladas, para que o indivíduo idoso e sua família sintam-se orientados e confortados, auxiliando-os no autocuidado com respeito aos aspectos transculturais⁽¹⁾.

O domicílio é visto hoje como um espaço em que pessoas portadoras de doenças crônicas e outras afecções, idosas ou não, podem viver com boa qualidade de vida e manter a estabilidade da doença. Assim, a experiência de cuidar de um doente em casa tem se tornado cada vez mais frequente no cotidiano das famílias⁽²⁾.

A assistência domiciliar é realizada com vistas à promoção, manutenção e/ou restauração da saúde da pessoa dependente, com o objetivo de favorecer sua independência e preservar sua autonomia⁽³⁾.

Quando a hospitalização é prolongada, há alterações nos hábitos de vida da pessoa dependente, afastando-o do convívio dos seus familiares, amigos, e de seus objetos pessoais, além do risco de infecção hospitalar. Assim sendo, receber assistência à saúde no próprio domicílio permite a retomada da rotina diária da pessoa dependente e seus respectivos familiares, em um ambiente que não alimenta a idéia de doença e ainda permite a conciliação dos cuidados com as demais atividades domésticas, familiares e/ou profissionais.

A privacidade do domicílio, como também o apoio, a atenção e o carinho dos familiares são vantagens proporcionadas pela assistência domiciliar, favorecendo a recuperação do estado de saúde da pessoa dependente⁽³⁾.

O perfil do cuidador informal de idosos costuma ser do sexo feminino, filha ou esposa (muitas vezes idosa) que, com frequência, divide esta atividade com seus afazeres diários como, por exemplo, cuidar das crianças; além disso, sabe-se que em algum momento esse cuidador pode ter problemas com seu emprego ou mesmo perdê-lo. Podemos imaginar o ônus desta árdua e desgastante tarefa, forjada numa repetitividade diária incessante, muitas vezes durante anos, com sobrecarga de atividades no seu cotidiano, sendo quase sempre uma atividade solitária e sem descanso, que pode levá-lo a um isolamento afetivo e social⁽⁴⁾.

A partir desta perspectiva surge a indagação: Quais as dificuldades encontradas pelos cuidadores de idosos em domicílio?

Este trabalho faz-se necessário, pois, uma vez identificadas quais essas dificuldades, poderemos encontrar alternativas para minimizá-las. Fortalecendo, dessa forma, o convívio e a interação entre paciente e cuidadores, considerando que estas são condições determinantes para o seu restabelecimento.

Objetivo

Identificar quais as dificuldades encontradas pelos cuidadores de idosos em domicílio.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa tipo pesquisa bibliográfica. Foi realizado um levantamento sobre o tema Idoso e Atendimento Domiciliar. A coleta de dados foi realizada no mês de maio de 2009. Utilizou-se as fontes bibliográficas do Setor de Pesquisa da Biblioteca Regional de Saúde BIREME – São Paulo utilizando-se as seguintes palavras-chave: Home Care, Atendimento domiciliar, Idoso e Cuidador. Nela foram pesquisadas duas bases de dados, (BDENF E SCIELO) com as mesmas palavras-chave de acesso. Para a seleção procedeu-se à leitura do título e resumo, este quando presente na base de dados, sendo excluídos os temas que não fossem referentes ao estudo.

Resultados

Diante da tentativa de readequação de suas vidas, os cuidadores principais ainda enfrentam dificuldades, pois na ausência de cuidadores secundários, muitas vezes, o idoso acaba por ficar sozinho no domicílio, enquanto realiza atividades fora de casa, situação esta que gera preocupação ao cuidado.

A necessidade do desenvolvimento de atividades físicas e de lazer,

de dedicar um tempo a si, para que possa manter sua saúde física e mental está relacionada ao mal - estar e a frustração gerada pelas dificuldades para auto-cuidado, geralmente por falta de tempo, no caso dos cuidadores que, envolvidos no cuidado, muitas vezes, esquecem da sua própria vida. Por outro lado, a reorganização das atividades, a fim de se distraírem, acontece, mais facilmente, quando o idoso melhora seu estado clínico, de debilidade e dependência.

Assumir o fato de ser o responsável pelo cuidado não é uma opção, porque em geral, o cuidador não toma a decisão de cuidar, mas esta se define na indisponibilidade de outros possíveis cuidadores para cuidar e, quanto mais o cuidador se envolve, mais os não-cuidadores se desvencilham do cuidado. Assim percebemos que, uma vez assumindo, o cuidado dificilmente é transferível.

Atividades que parecem ser simples para quem já as desenvolve se tornam árduas para quem nunca precisou enfrentá-las. Assim, o cuidar, que inicialmente abrange atividades simples que se limitam a ajudar na realização de atividades da vida diária, como ajudar no vestir-se ou a servir de apoio para andar na rua, podem, gradativamente, se tornar complexo e exigir do cuidador conhecimento e habilidades para o exercício do cuidar de acordo com as necessidades físicas do idoso.

As mudanças que se instalam na nova dinâmica de vida do cuidador estão, principalmente, relacionadas a re-acomodação das atividades, com reformulação de horários, preparação de uma alimentação, muitas vezes, diferenciada, administração de medicamentos, estabelecimento de uma rotina para exercícios e atividades de conforto, que incluem efetuar a higiene pessoal, pentear o cabelo, escovar os dentes, cortar as unhas, fazer ir ao toalete, vestir, despir, locomover de um lugar para outro, subir escadas, sentar, levantar, deitar, entre outras.

O cuidar diariamente de alguém que apresenta dependência pode significar o desenvolvimento de atividades que envolvem esforço físico para a prestação de alguns cuidados e, também, é necessário estar atento à execução de determinados procedimentos, os quais, exigem concentração e planejamento antecipado do que será feito, afim da obtenção de resultados satisfatórios no cuidado a ser realizado. Com o tempo vão surgindo características estressantes da atividade de cuidar, como o desgaste físico e emocional dos cuidadores.

As noites tornam-se mal dormidas e o acúmulo de preocupações, que envolvem a prática do cuidar, faz com que o cuidador fique cansado e sentindo-se fraco mentalmente, referindo-se ao cansaço emocional causado pelo estresse da responsabilidade de cuidar diariamente do idoso doente.

Cuidar de um idoso doente no domicílio é uma tarefa cansativa, pois lhes ocupa muito tempo. Além das atividades que envolvem o cuidado ao idoso doente no domicílio, aliam-se a estes os afazeres domésticos que consomem outra parte do tempo, tendo, com isso, que organizar as ações de

modo a conseguir dar conta da demanda de todos os trabalhos.

As atividades relacionadas ao lar inscritas nas necessidades de tarefas a serem desenvolvidas pelos cuidadores no dia-a-dia, imputa a eles uma jornada de trabalho que, muitas vezes, estende-se ao longo do dia e para a qual não contam com ajuda de outras pessoas. Conciliar as atividades domésticas com os cuidados pessoais e os cuidados ao idoso dependente exige habilidade na organização do tempo e da execução dos mesmos.

Percebe-se que em certas ocasiões os cuidadores se sentem esgotados, sem condições para cuidar, porém como o idoso não pode se autocuidar nem, muitas vezes, colaborar nos cuidados, o cuidador tem de fazer as atividades, superando as próprias dificuldades e limitações. Diante do desgaste pessoal e da dependência do outro, chega a questionar se o familiar realmente não consegue cooperar nos cuidados, surgindo então certo conflito interno e de culpa por estar em dúvida quanto a dependência do outro.

O esgotamento físico e emocional está associado a múltiplos fatores. Além das tarefas dos cuidados, sofrem pressão cotidiana decorrentes do próprio estado de saúde do doente, que gera a dependência física e emocional; da falta de ajuda de outros familiares; das dificuldades financeiras para a manutenção da própria família; da ausência de suporte formal por parte do Estado, como por exemplo, atendimento domiciliar médico, de enfermagem, de fisioterapia e medicamentos. Prestar cuidados a um idoso muitas vezes leva o cuidador a reestruturar sua vida, alterando costumes, rotinas, hábitos e até mesmo a natureza de sua relação com o idoso.

Outro fator a contribuir no desgaste emocional dos cuidadores está relacionado às dificuldades financeiras. Diante da impossibilidade de suprir todas as necessidades que o familiar e a doença exigem, eles se sentem impotentes e tristes.

O cansaço físico e emocional como fatores desgastantes desencadeados durante o processo de cuidar referem, também, a necessidade de “abrir mão” de atividades que eram praticadas habitualmente, antes de se tornarem cuidadores familiares. Ser cuidador de um idoso doente na esfera domiciliar é, na maioria das vezes, ter que negligenciar sua própria vida ou parte dela. A prioridade, neste momento, é cuidar de seu familiar doente, realizar o que ele necessita abdicando suas próprias vontades.

Muitas vezes, para desenvolverem ações voltadas ao lazer, como sair à noite, ou visitar amigos, há necessidade do idoso estar bem, caso contrário, a atenção precisa estar constantemente voltada a este, e o cuidador tem que readequar seus planos. Cuidar de uma pessoa dependente faz com que o estilo de vida do cuidador seja modificado em função das necessidades do outro. Independente do fato do cuidador ser uma pessoa jovem ou idosa, suas atividades de recreação e convívio social acabam sendo alteradas e dando a este, a sensação de não ter autonomia para gerenciar a própria vida e ter de viver em torno do outro. O indivíduo que necessita dos cuidados, por sua

vez, “cobra” a presença do cuidador e nem sempre reage favoravelmente às ausências.

Conclusão

Em meio à solidão de ficar inserido somente no meio domiciliar e não ter liberdade para realizar o que gosta, os cuidadores mesmo com a preocupação de cuidar do idoso doente e isto ser um fator gerador de dificuldades no enfrentamento pessoal, devem procurar reorganizar suas atividades de rotina e de vida para se sentirem, além de úteis, felizes consigo mesmo.

A falta de liberdade e os momentos solitários vivenciados pelos cuidadores fazem com que o cuidador e o idoso se lancem numa relação de busca, querendo (re)montar, (re)fazer, (re)estabilizar uma vida cotidiana nos moldes anteriores, o que já não é mais possível pela demanda dos cuidados e pela dependência do idoso para com o cuidador”. O processo de reconstrução da vida do cuidador é conflitante, exige tempo para desenhar um novo cotidiano, novas articulações, novos personagens, novas identidades que nascem de uma descontinuidade, mas mantêm-se articuladas pela história de cada um.

Ser cuidador de um idoso doente e dependente seja ele parcial ou total, no âmbito doméstico, é uma atividade absorvente que preenche o dia, e às vezes, à noite da pessoa que assume cuidar deste familiar. O cotidiano é o espaço do imediato, em que os indivíduos devem operar as atividades através do saber prático.

Em uma reflexão mais abrangente e mais profunda, o dia-a-dia do cuidador é radicalmente modificado pela doença. Na relação de cuidar e ser cuidado, velhas relações pessoais são redefinidas, novas atividades, tanto de rotina como de vida e relações psicossociais são introduzidas no seu cotidiano, e de certa forma, a doença põe em suspensão a vida cotidiana da família. Uma nova vida cotidiana se instala aos poucos reintroduzindo algo do velho cotidiano, no novo.

Referências

- 1- MARTINS JJ, et al. Idosos com Necessidade de Cuidado Domiciliar. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 319-325, jul./set. 2008.
- 2- CATTANI, R.B.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 02, p. 254-271, 2004. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/Orig11_idoso.pdf>. Acesso em: 23 de maio 2009.
- 3- ZEM-MASCARENHAS, S.H.; BARROS, A. C. T. O cuidado no domicílio: a visão da pessoa dependente e do cuidador. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 11, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a06.htm>>. Acesso em: 23 maio 2009.
- 4- FLORIANI, C.A.; SCHRAMM. Atendimento domiciliar ao idoso: Problema ou Solução? Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 986-994, jul./ago. 2004.

A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO AO LUTO ANTECIPATÓRIO DA FAMÍLIA FRENTE A AUSÊNCIA PSÍQUICA E SOCIAL DO IDOSO COM PERDAS FÍSICAS E COGNITIVAS EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR



DÉBORA GENEZINI

Graduada em Psicologia pela Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU). Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE). Mestranda em Gerontologia na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP). Coordenadora da Comissão de Psicologia da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Coordenadora do Serviço de Psicologia do Grupo MAIS (Hospital Premier, São Paulo Internações Domiciliares e ProAtiva).

Contato: deboragenezini@uol.com.br



ADRIANA RUSSO

Graduada em Psicologia pela Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU). Especialista em Psicologia Hospitalar Aplicada à Cardiologia pela Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP). Psicóloga visitadora da São Paulo Internações Domiciliares (SPID/Grupo MAIS).

Contato: adrianarusso82@hotmail.com

Com o aumento da expectativa de vida decorrente de avanços em saúde e demais fatores, a população idosa também aumenta substancialmente. As famílias, especialmente as que enquadram-se na síndrome da insuficiência familiar (pouco numerosa) tem se organizado de maneira distinta em relação há alguns anos passados. Assim como o homem, “chefe de família”, mulheres e jovens também saem de casa para trabalho e estudo, estando impossibilitados de assumir integralmente o papel de cuidador de idosos quando estes assim necessitam. Essa mudança na dinâmica, organização e constituição familiar coloca os idosos em um lugar frágil dentro do contexto.

Quando o idoso, em sua senescência, adoece, portanto, entra na senilidade, a situação torna-se ainda mais frágil, uma vez que estará mais dependente de cuidados. Se o número de idosos tem aumentado, o número de idosos com síndromes demenciais também aumenta e esses quadros são seguidos por alterações cognitivas e comportamentais.

A família, que antes não podia dar atenção e cuidado integral para o idoso sadio, agora depara-se com o idoso com alteração de memória atenção, sem crítica e censura, portanto, em risco.

O idoso vivencia inúmeras perdas, mas a perda da memória, juízo, parcialmente o protege de um sofrimento psíquico muito severo, mas a família, que além de desorganizada depara-se com a perda da biografia familiar,

da identidade familiar, da referência que o idoso sustentava. Filhos passam a não ser reconhecidos pelos pais com alteração cognitiva e passam a conviver com um idoso que comporta-se de maneira diferente do habitual. Isso gera angústia, sofrimento, vergonha, raiva.

O filho, de cuidado, passa a ter que cuidar, há uma inversão e papéis. A família vive uma morte simbólica, psíquica do referencial anterior que representava aquela pessoa que hoje esta doente, sem contar as outras perdas. Há perdas importantes para os familiares, como a perda da interação social, do controle sobre os eventos da vida, do bem-estar, da ocupação (trabalho), do relacionamento, da liberdade, e dos planos futuros.

As mudanças são suficientes para indicar que há um luto singular relativo às perdas presentes e antecipadas à morte corporal. Entretanto, há pouca coisa escrita sobre o luto pelo declínio cognitivo progressivo.

Pacientes afásicos, demenciados, incapacitados de exprimir decisões, segundo Boss (1998), entram na caracterização da perda ambígua, uma vez que estão vivos, mas psicologicamente e socialmente ausentes. A ausência psíquica e social pode desencadear a antecipação do processo de luto dos familiares.

Inicia-se o que muitos autores, chamam de vivência ou elaboração do luto antecipatório, a exemplo de Fonseca (2004), que consiste na vivência de conjunto de sentimentos relacionados à dor da notícia da existência de uma doença em estágio avançado ou da perda iminente de algum membro do sistema familiar. Pode ser experienciado nas esferas cognitiva, emocional e comportamental.

Segundo Rando in Franco (2008), o processo de luto é iniciado a partir do momento em que é recebido o diagnóstico de uma doença potencialmente mortal, pelas perdas concretas ou simbólicas, que essa doença possa trazer para a pessoa e sua família.

Aos profissionais de saúde que acompanharem o paciente na fase final de vida, portanto, durante a vivência do luto antecipatório, é importante levar em consideração a intensidade do valor afetivo do mesmo para cada familiar. Este dado auxilia na compreensão das reações psíquicas e comportamentais e no entendimento de que há um tempo interno para aceitação e elaboração da perda, peculiar a cada membro da família.

A abordagem psicanalítica compreende que o luto, assim como a depressão, é uma resposta à perda. O que os diferencia é que no luto não há culpa, auto-acusações e rebaixamento da auto-estima (Bromberg, 2000). Já numa perspectiva etológica, o luto é compreendido como um tipo de ansiedade de separação, na qual se experimentam sentimentos às vezes ambivalentes, que indicam a busca da manutenção do vínculo, mesmo que na realidade isso seja impossível (Bromberg, 2000).

Faz-se necessário às equipes de saúde a atenção e o cuidado aos familiares. Em cuidados Paliativos, os cuidados são estendidos à família até a fase

do luto propriamente dito. Walsh (2005) estudou os efeitos da morte de um membro da família, e aponta como resultados o aumento da vulnerabilidade à doença e à morte prematura de membros sobreviventes. Este estudo chama atenção para a vulnerabilidade do enlutado, portanto, os familiares em luto antecipatório enquadram-se neste caso.

Kovács (2003) acrescenta que o luto mal elaborado está se tornando um problema de saúde pública. Grande é o número de pessoas doentes em função da excessiva carga de sofrimento sem possibilidade de elaboração. Muitos pacientes acabam sendo hospitalizados em função da sobrecarga do familiar. Para o familiar a memória afetiva remete ao retorno da referência perdida e esta pode ser uma ferramenta de enfrentamento, mas também pode aumentar o sofrimento. Continuar vivendo o cotidiano com papéis alterados, com o conflito entre dar voz e autonomia ao idoso demenciado ou excluí-lo para proteção de quem? A autonomia pode vir através da história de vida, quem foi e o que desejava enquanto sadio, mas é difícil decidir por alguém que está doente. Como deve o familiar enfrentar esta fase tendo uma representação de “morte em vida” dos referenciais deste idoso?

Além das dúvidas, dilemas, sofrimentos, a alteração na rotina domiciliar é fator relevante no desequilíbrio afetivo da família.

A fim de minimizar a sobrecarga dos familiares e de proporcionar espaço para orientação, compartilhamento e elaboração de sentimentos e construção de estratégias de enfrentamento e fortalecimento emocional, a equipe de psicologia da São Paulo Internações Domiciliares instituiu como critério elegível de demanda para atendimento psicológico pacientes com perdas cognitivas. Os resultados positivos surgem logo nas primeiras sessões, a partir da construção do vínculo, do auxílio na organização da rotina. Orientações acerca das reações do paciente e da forma adequada de lidar com elas, minimiza a angústia e a ansiedade dos familiares. As sessões seguintes abrem espaço para que os sentimentos sejam legitimados e acolhidos. Como consequência, muitos pacientes, reagem positivamente á todas as mudanças, manifestando pequena melhora na cognição ou no comportamento.

Referências

- BOSS, P. in Walsh e McGoldrick. “ A perda Ambígua” in Morte na Família – sobrevivendo às perdas. Porto Alegre, RS, 1998, Artmed.
- Bromberg, M. H. P. F. (2000) A psicoterapia em situações de perdas e luto. Campinas, SP: Editora Livro Pleno.
- FONSECA, J.P. Luto Antecipatório. Editora Livro Pleno, Campinas -SP, 2004
- KOVACS, M.J. Educação para a morte – temas e reflexões . São Paulo, SP, 2003, FAPESP e Casa do Psicólogo
- Mcgoldrick, M. & cols. As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas.
- RANDO in FRANCO, M.H.P. . Luto em Cuidados Paliativos in Cuidado Paliativo. São Paulo, 2008, CREMESP- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.
- WALSH, F. Fortalecendo a resiliência familiar. São Paulo, SP, 2005, Roca

PRINCIPAIS DIFICULDADES NA IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS DE QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA DOMICILIÁRIA



MARCIO SAMPAIO MENDES

Bacharel em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).
Coordenador da São Paulo Interações Domiciliares (SPID / Grupo MAIS).
Contato: marcio@spinternacoes.com.br

Introdução

A Assistência Domiciliária pode ser definida como a instalação de um “mini-hospital domiciliário”. Representa (...) uma opção segura e eficiente para o atendimento a determinados tipos de pacientes que, mesmo após a estabilização do quadro clínico, continuam a requerer cuidados especializados de um profissional de saúde no seu dia-a-dia. Ainda, é uma alternativa assistencial da área de saúde que consiste em um modelo organizativo capaz de prover um conjunto de atenções e cuidados de uma equipe interprofissional (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, odontólogo...) aos pacientes em seus domicílios, com as mesmas características da assistência hospitalar, tanto em qualidade como em quantidade, quando aqueles já não mais precisam da infra-estrutura hospitalar, porém necessitam de vigilância ativa e assistência completa. Visa à promoção, manutenção e/ou restauração da saúde e o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a favorecer o restabelecimento de sua independência e a preservação de sua autonomia.

Com relação à qualidade da assistência prestada na AD, o estudo realizado em Cuba por Navarro et al. (1993), em que foram analisados os casos de internação em domicílio, comprovou-se que 88% dos casos assistidos evoluíram de forma satisfatória e 100% dos pacientes e familiares mostraram satisfação com esta modalidade de atenção.

A qualidade como objeto de atenção gerencial pode ser identificada desde os primórdios da atividade manufatureira, ainda no período em que predominava a produção em caráter artesanal. A observação por parte dos mestres-artesãos aos aprendizes era o principal instrumento de controle da qualidade, cujo objetivo era evitar falhas no processo de manufatura.

No início do século 20, com a evolução das organizações manufatureiras para a indústria e a produção em larga escala, houve enormes mudanças nos

processos de trabalho, e elevação da produtividade, a partir da aplicação dos estudos de Henry Ford, que culminaram na clássica divisão do trabalho em tempos e movimentos. O uso intenso de máquinas para auxiliar a produção em massa e a forte preocupação com a uniformidade dos produtos deram origem a atividade de inspeção, posteriormente organizada sob forma de departamento no interior das fábricas. Sua responsabilidade consistia em inspecionar o produto final e separar os defeituosos, para evitar que sua comercialização comprometesse o nome da empresa no mercado. Pode-se caracterizar este período como a primeira fase do movimento da qualidade e o início da atividade voltada para este objetivo de forma científica e sistematizada, utilizando-se para isso, medidas e gabaritos com modelos padrão. Esta forma de trabalho foi desenvolvida, sobretudo, na indústria bélica.

A qualidade em saúde envolve múltiplos aspectos e pode ser definida como a “... provisão de serviços acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, tendo em conta os recursos disponíveis, de forma a alcançar a adesão e a satisfação do usuário.”

Os estudos de avaliação da qualidade em serviços de saúde abrangem fatores estruturais, processuais e resultados tais como: competência profissional, acessibilidade, eficácia, eficiência e satisfação de usuários. Qualidade é uma noção associada ao “bom cuidado”, termo que encerra as dimensões técnica, interpessoal e um conjunto de “amenidades”. A dimensão técnica inclui a “adequação do diagnóstico e da terapêutica”, a interpessoal se refere à “arte” da medicina, envolvendo o comportamento do profissional, e as “amenidades” incluem características do ambiente onde o cuidado é realizado.

A gestão para a qualidade é um sistema de gerenciamento no qual todos os fatores da qualidade são consideradas, incluindo a qualidade do produto ou serviço, o processo de produção, o custo, a entrega no prazo, local e quantidades certas, a moral dos empregados e a segurança de empregados e usuários. Enfatiza a satisfação do usuário e recomenda-se o estabelecimento de uma “gerência participativa” que estimule a motivação para o trabalho e o compromisso com a qualidade do produto. Para alguns autores, isto implica na recuperação de experiências autogestionárias, associadas a princípios tayloristas e da escola das relações humanas, enquanto, para outros, o aspecto central é o aprendizado cultural dos agentes e a valorização dos usuários em um processo de construção de uma nova “cultura organizacional”.

A introdução de um sistema de gestão pela qualidade em serviços de saúde implica considerar suas especificidades. Nesses serviços desenvolve-se um processo administrativo caracterizado por um trabalho rotineiro, repetitivo e parcelado e um processo assistencial também repetitivo e parcelado, cuja instabilidade se deve à variedade de situações apresentadas pelos usuários. A implantação da gestão da qualidade total em serviços de saúde implica, portanto, reorientar aspectos referentes ao processo assistencial

e administrativo. O sucesso da iniciativa requer a decisão política.

Observa-se nas últimas décadas, em vários países, uma mobilização em torno da aplicação de programas de qualidade nos serviços de saúde, com o objetivo de incrementar seu gerenciamento e melhorar a eficiência destes serviços. Dentro deste contexto, desenvolve-se no Brasil, já há alguns anos, instrumentos oficiais de avaliação do desempenho das organizações hospitalares do Sistema Único de Saúde, utilizando-se um conjunto de critérios que os serviços de saúde devem preencher, a partir de padrões pré-estabelecidos, tendo por base a aplicação de conceitos e técnicas da qualidade total. Fenômeno semelhante pode ser observado nos hospitais da rede privada suplementar, que fazem uso de certificações proferidas por organizações avaliadoras de reconhecimento internacional como diferencial de mercado, demonstrando uma crescente preocupação com a qualidade.

Segundo estudiosos, a intervenção dos programas não se faz diretamente sobre o ato clínico, mas é fundamental nos processos administrativos da organização e a gestão profissionalizada, para que se alcance a qualidade nestes serviços. Os setores administrativos (faturamento, contas médicas, almoxarifado), os serviços de apoio logístico (farmácia, transporte), enfim, todas as áreas da organização que garantem o funcionamento dos setores operacionais e se comportam como “amortecedores” seriam os objetos destes programas. Eles impedem que os setores operacionais finalísticos desperdicem seu tempo na resolução de problemas administrativos, que não é seu foco de trabalho, e se concentrem nas suas funções com melhores resultados. Além disso, argumenta-se ainda que o instrumental estatístico desenvolvido pelos autores da qualidade, aliado ao instrumental da epidemiologia de serviços de saúde, utilizada na rotina da administração hospitalar, se constitui numa importante ferramenta de gestão, podendo contribuir significativamente para melhoria da qualidade da assistência.

Objetivo

O objetivo deste trabalho é relatar as dificuldades identificadas para a implantação de programas de qualidade na Assistência Domiciliar.

Metodologia

A metodologia utilizada foi um estudo bibliográfico, utilizando as seguintes bases de dados:

- Scielo
- Bireme/Lilacs

Os descritores utilizados foram:

- “Qualidade”
- “Assistência Domiciliar”
- “Six Sigma”
- “Ciclo PDCA”

Foram identificados 148 artigos científicos relacionados ao tema; após, fora feita uma pré-seleção dos estudos por afinidade de discurso.

Resultados

Identificou-se que existem algumas especificidades nos serviços de saúde que são de natureza econômica e organizacional e que podem se colocar como possíveis obstáculos à introdução de programas de qualidade, pontuando inicialmente algumas características para demonstrar as dificuldades na implementação destes programas nas organizações prestadoras de assistência à saúde:

- A produção do serviço é executada por uma grande variedade de profissionais de diversos níveis de escolaridade e formação, com interesses corporativos distintos;
- A equipe médica apresenta forte resistência aos programas por sentir-se fiscalizada e tolhida na conduta clínica dos pacientes ante o controle externo;
- Leis de mercado não se aplicam bem ao setor em face das necessidades humanas e prioridades não-mercantis, que se impõem independentemente dos custos de produção, valor de mercado e preços praticados;
- A variabilidade da assistência demandada é enorme e cada paciente se comporta subjetivamente de maneira diferente, o que dificulta uma rígida padronização do processo de trabalho em saúde e a racionalização da oferta de serviços;
- Não há simetria de informação neste mercado, pois os clientes são geralmente leigos e não têm capacidade de julgar seu tratamento, nem suas necessidades, o que dificulta o exercício das suas opções de consumo;
- O consumo do serviço é imediato à produção e, portanto, há pouco tempo para o controle prévio da qualidade;
- dificuldade em fazer com que o cidadão passe a ser reconhecido como um legítimo cliente de cada processo;
- introduzir práticas de conduta que dêem condições ao profissional do Home Care de entender o seu verdadeiro papel de prestador de serviços, aos quais o cliente tem direito;
- conduzir todos os segmentos da administração dos processos a uma postura pró-qualidade e produtividade.

Por outro lado, há fortes argumentos utilizados para a adoção de programas de qualidade total na assistência domiciliar, pois não é suficiente reunir o melhor corpo clínico para que a organização preste assistência de qualidade, já que esta depende de um conjunto de outros fatores comuns às organizações de vários setores.

Conclusão

A qualidade aplicada às organizações prestadoras de serviços de assistência domiciliar é algo instigante, capaz de provocar grandes discussões teóricas sendo um desafio a sua aplicabilidade prática. Este processo nos coloca diante de vários questionamentos, motivo pelo qual deve continuar a ser exaustivamente discutida, como forma de desenvolver modelos de gestão mais adaptados às peculiaridades e especificidades destas organizações, considerando a complexidade do seu ambiente institucional.

Referências

Porter ME & Teisberg EO. Repensando a saúde – estratégias para melhorar a qualidade e reduzir custos. Bookman.

Camacho JLT. Qualidade total para os serviços de saúde. Nobel, São Paulo.

Nogueira LCL. Gerenciando pela qualidade total na saúde. EDG, Belo Horizonte.

Malik AN & Schiesari LMC. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. In Série Saúde Política de saúde e inovação. ENSP, Rio de Janeiro.

OMS. Contribuições sobre a gestão da qualidade em educação médica. Série Desenvolvimento de recursos.

Scielo 2009. Disponível em <<http://scielo.org>>. Acesso em 20 Junho/2009.

Bireme/Lilacs 2009. Disponível em <<http://bireme.br>>. Acesso em 10 Junho/2009.

MODELO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL AO PACIENTE EM HOME CARE: COMPLEMENTAÇÃO DO SAE PARA UMA ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE



FÁBIO LUIZ DE CAMARGO

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Bandeirante de São Paulo (UNIBAN). Docência pela Faculdade Pinhais (FAPI). Enfermeiro-Docente e Enfermeiro Clínico do Grupo MAIS.
Contato: fabioliuzcamargo@hotmail.com

Introdução

A Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, é o modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado (SILVA, 2007).

De acordo com a literatura, a enfermagem passa por um período de total evolução em todos os seus segmentos, baseada numa ampla estrutura teórica. A SAE é o método, por meio do qual essa estrutura é aplicada à prática de enfermagem. Envolve problemas que exigem habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais, estando direcionada para a satisfação das necessidades do cliente e da família. Segundo Silva (2007) e Nascimento (2008) a SAE consiste em cinco fases sequenciais e interrelacionadas: 1. coleta de dados; 2. diagnóstico; 3. planejamento; 4. implementação; 5. avaliação.

As fases acima integram as funções intelectuais de solução de problemas, num esforço para definir as ações de enfermagem, pois é consenso entre os teóricos de que o profissional de enfermagem que desenvolve uma assistência de enfermagem instrumentalizada pela SAE, à luz de um referencial teórico de enfermagem, será capaz de aprimorar habilidades cognitivas e psicomotoras para associar teoria e prática, relacionando conhecimentos multidisciplinares e estabelecendo relações de trabalho mais profundas e produtivas.

A SAE vem sendo descrita em vários estudos de casos, destacando-se modelos conceitual de Wanda HORTA, com aplicações de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA, Intervenções de Enfermagem da NIC e Resultados de Enfermagem da NOC, sendo um dos mais conhecidos e divulgados no âmbito mundial (VARGAS; FRANÇA, 2007). Atualmente, a NIC apresenta 486 intervenções de enfermagem, perfazendo um total de atividades superior a doze mil, nomeando e descrevendo intervenções executadas na prática clínica

em resposta a um Diagnóstico de Enfermagem. A NOC, por sua vez, é uma classificação abrangente e padronizada de resultados da clientela (paciente, família e comunidade) influenciados pela execução de intervenções de enfermagem (SILVA, 2007).

Objetivo

Buscar subsídios para incrementar uma assistência de enfermagem, tendo como pressuposto que o enfermeiro presta cuidados integrais e contínuos ao paciente, desde seu estado mais estável ao mais crítico, sendo relevante a utilização de um método que lhe permita dispensar assistência mais qualificada e organizar suas ações.

Metodologia

Neste estudo está sendo utilizada a Revisão Bibliográfica, com o método exploratório descritivo, que permite a busca de informações em documentos originais, documentos institucionais conservados em arquivos; leis, publicações científicas da área de política social, econômica e social, médica, biomédica e social, instrumentos de comunicação institucionais, livros, periódicos, de onde serão extraídos os principais enfoques para subsidiar o trabalho (SEVERINO, 2004). Foram utilizados como fonte de pesquisa o Banco de Dados da Lilacs-Medline, DataSus e sites da internet relacionados à área em pesquisa.

Estrutura e Fundamentos de Home Care

O Home Care é, atualmente, a nova forma de atendimento hospitalar, que visa retirar o paciente do hospital e levá-lo para junto de sua família, onde o ambiente domiciliar, que lhe é favorável e conhecido, apressando a recuperação; portanto, para apresentarmos nosso trabalho, fizemos a opção dessa modalidade, considerando ser uma área inédita e cuja administração requer conhecimentos técnicos gerais para adaptar e desenvolver recursos que representem o suporte para o sucesso das atividades (PAULA, 2000).

A Home Care tem por objetivo oferecer serviços de procedimentos especializados e Internação Domiciliar, sem interferir na prescrição e conduta do médico assistente, disponibilizando na casa do paciente todos os equipamentos médico-hospitalares, medicamentos e suprimentos, além de uma equipe multidisciplinar de saúde composta de equipes de enfermagem, médicos plantonistas, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais (ZANONI, 2006).

Utilizando equipamentos ergonomicamente compatíveis com o ambiente domiciliar, e investindo no treinamento e aperfeiçoamento de sua equipe de prestadores de serviços, as Home Care conquistaram a confiança dos médicos com relação à segurança dos procedimentos especializados e da Internação Domiciliar (ROBS, 2002).

Com isso, a maioria das seguradoras e planos de saúde passaram a perceber no Home Care uma oportunidade de reduzir custos sem comprometer a segurança do atendimento e aumentar o grau de satisfação de seus segurados.

Com os custos da internação domiciliar integralmente cobertos por inúmeros planos e seguros de saúde e os inegáveis benefícios da proximidade da família como fator de contribuição positiva ao seu tratamento, os pacientes passaram a ser os grandes divulgadores da excelência dos serviços prestados pela Home Care (ZANONI, 2006).

Segundo relata Robs (2002), a modalidade estrutural de uma Home Care obedece uma padronização que deve ser adequada e muito bem administrada para que possa atender aos objetivos desejados. Trata-se de um programa dirigido aos pacientes internados de todos os hospitais da rede credenciada, consistindo na manutenção e tratamento deste paciente fora do ambiente hospitalar, visando redução de custo com internações e melhoria na qualidade de vida do paciente, através de:

1. redução do tempo de permanência no hospital de pacientes que podem ser tratados em casa;
2. redução da frequência de internações de pacientes crônicos;
3. redução do risco de infecção hospitalar;
4. ambiente mais agradável para pacientes crônicos e ou terminais.

Um Home Care possui diretrizes e critérios envolvendo os pacientes ao programa, cujos parâmetros podem assim ser caracterizados:

Prioridade de Assistência

Clínicos

São considerados como prioridade:

1. quadros infecciosos (BCP, ITU etc.);
2. compensação de agudização de quadros crônicos (ICC, HAS, DM, DPOC);
3. pós-operatório: curativo em cicatriz cirúrgica, antibioóticoterapia profilática e/ou curativa;
4. observação e acompanhamento de pacientes pós AVC, IAM etc.;
5. outros casos, solicitados pelos médicos auditores, devendo ser avaliados.

Sociais

1. possuir familiar ou responsável para exercer a função de cuidador;
2. ter habilitação com recursos mínimos para possibilitar o tratamento em casa;
3. apresentar dificuldade para comparecer aos retornos ambulatoriais.

Vantagens ao paciente

Redução de riscos de infecção hospitalar. Valorização do vínculo familiar e da qualidade de vida e maior rapidez na recuperação do paciente. Todo paciente incluso no Home Care recebe assistência de acordo com os

limites da equipe. Os exames laboratoriais são colhidos em casa, caso exista necessidade de exames mais complexos, a ambulância leva e traz o paciente até o local, previamente marcado pelo Serviço Social.

Sistematização de enfermagem

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) configura-se como uma metodologia para organizar e sistematizar o cuidado, com base nos princípios do método científico. Tem como objetivos identificar as situações de saúde-doença e as necessidades de cuidados de enfermagem, bem como subsidiar as intervenções de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. Esta metodologia é um instrumento privativo do processo de trabalho do enfermeiro, a qual possibilita o desenvolvimento de ações que modificam o estado do processo de vida e de saúde-doença dos indivíduos. Portanto, a SAE permite que se alcance resultados pelos quais o enfermeiro é responsável.

A implementação da SAE proporciona cuidados individualizados, assim como norteia o processo decisório do enfermeiro nas situações de gerenciamento da equipe de enfermagem. Oportuniza avanços na qualidade da assistência, o que impulsiona sua adoção nas instituições que prestam assistência à saúde, sendo um importante ou mais significativo suporte da assistência na Home Care.

Sistematizar o cuidado implica em utilizar uma metodologia de trabalho embasada cientificamente. Isto resulta na consolidação da profissão e visibilidade para as ações desempenhadas pelo enfermeiro, bem como oferece subsídios para o desenvolvimento do conhecimento técnico-científico. Estes sustentam e caracterizam a enfermagem enquanto disciplina e ciência, cujos conhecimentos são próprios e específicos.

PROPOSTA DE SISTEMATIZAÇÃO

CONSULTA DE ENFERMAGEM			
Operadora			
Identificação			
Nome	A C D		
Idade	57a	Sexo	Masculino
Endereço			
CEP			
Telefone			
Período da consulta			
Diagnóstico Médico (CID_10)			
Osteomielite [M86]			
Diagnóstico Médico Secundário			
Obesidade [E66]			
Diagnóstico Médico Secundário			
Obesidade [E66]			
Histórico de Enfermagem			
Sistema Nervoso			
Sistema Respiratório			
Sistema Cardio-vascular			
Sistema Digestório			
Sistema Genito-urinário			
Sistema Motor			
Sistema Tegumentar			
PA mmHg	FC bpm	FR rpm	T °C
Estado Geral		*****	
Score de Complexidade NEAD		***** *****	
Diagnóstico de Enfermagem			
Prescrição de Enfermagem			
Evolução da Assistência de Enfermagem			
Exame Físico			

Considerações finais

O desenvolvimento do plano de cuidados de enfermagem, deve iniciar partindo-se da necessidade de se criar, primeiramente, um ambiente em que o paciente sintá-se seguro e à vontade para se expressar. Exige do enfermeiro domínio de conhecimento, postura e conhecimento, instrumentos estes que associados à criatividade e dinamicidade, permitem a formação de um elo de confiança entre o enfermeiro e o paciente, favorecendo a abordagem terapêutica.

Como suporte para o SAE, e tendo como intuito satisfazer a necessidade de padronizar a linguagem, a enfermagem possui diferentes sistemas de classificação que foram desenvolvidos, como a Nursing Interventions Classification (NIC), a Nursing Outcomes Classification (NOC), a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), entre outras.

Referências

BITTAR, Daniela Borges; PEREIRA, Lilian Varanda; LEMOS, Rejane Cussi Assunção. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. Texto contexto – enferm. v.15 n.4 Florianópolis out./dez.2006.

GUIMARÃES, Heloisa Cristina Quatrini Carvalho Passos. Intervenções de enfermagem proposta pela nursing interventions classification (NIC) para o diagnóstico de enfermagem "excesso de volume de líquidos". São Paulo: Unifesp-Escola Paulista de Medicina [Doutorado], 2000.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane do; BACKES, Dirce Stein; KOERICH, Magda Santos et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. Rev. Esc. Enferm. USP;42(4), DEZ. 2008.

PAULA, M.R. Home Care - Uma realidade na Assistência Médico-Hospitalar. São Paulo. Disponível m <http://germédhospitalar.com.br>. Acesso em 19.07.2009.

ROBS, J.T. A realidade da Home Care, como implantar e administrar. São Paulo: Atlas, 2002.

SEVERINO, Antônio Joaquim. Metodologia do Trabalho Científico. São Paulo: Cortez Editora, 2004.

SILVA, Carla Glenda Souza da. Serviço de assistência especializada (SAE): uma experiência profissional. Psicol. cienc. prof;27(1):156-163, 2007.

VARGAS, Rosimeire da Silva; FRANÇA, Fabiana Cláudia de Vasconcelos. Processo de Enfermagem aplicado a um portador de Cirrose Hepática utilizando as terminologias padronizadas NANDA, NIC e NOC. Rev. bras. enferm. v.60 n.3 Brasília maio/jun.2007.

ZANONI, A.C.N. O cuidado hospitalar e o cuidado domiciliar: vivência expressa pelos doentes portadores de noplasmia maligna. Rev enferm UERJ;14(1):48-53, Jan.-mar.2006.

DIFICULDADE NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR COM PACIENTES LIMINARES



PATRÍCIA ALVES CERQUEIRA

Graduanda de Enfermagem na Universidade Nove de Julho (Uninove). Técnica de Enfermagem na São Paulo Internações Domiciliares (SPID / Grupo MAIS).

Contato: pcerqueira@spinternacoes.com.br

Introdução

A Assistência Domiciliar é um tema que atualmente traz muita discussão entre profissionais da área da saúde e entre administradores. Essa modalidade de assistência, também conhecida como Home Care (do inglês, cuidado do lar), pode ser definida como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizados na casa do paciente. Abrangem ações de saúde desenvolvidas por equipe interprofissional, baseadas em diagnóstico da realidade em que o paciente está inserido, visando à promoção, à manutenção e à reabilitação da saúde.

O Home Care ou Assistência Domiciliar, surgiu para atender os pacientes com doenças crônicas em internações de longa duração a fim de assegurar a recuperação do paciente no domicílio pós alta hospitalar e até mesmo dar continuidade de atendimento à pacientes liminares. Sendo assim, a proposta do paciente para internação domiciliar é de suma importância no sentido de avaliar se o paciente realmente dispõe de condições clínicas para tratamento em ambiente domiciliar.

Devido à falta de esclarecimentos de dúvidas, foi-se dando início à uma demanda de pacientes liminares que surgiram das reclamações dos consumidores devido às exclusões de coberturas, aumentos abusivos, longos períodos de carência, rescisões unilaterais de contrato e as limitações de internações tornaram-se frequentes. Antes de 1998, na ausência de legislação específica, a norma mais frequentemente utilizada para tentar dirimir os conflitos nas relações entre usuários e operadoras era o Código de Defesa do Consumidor (CDC). Com isso, ocorreu um aumento da pressão exercida sobre o Estado por parte dos usuários dos planos de saúde e das associações de defesa dos consumidores, para que fosse exercida uma efetiva fiscalização sobre esse mercado.

A problemática em questão foi colocada na agenda governamental e fez surgir a necessidade do estabelecimento de um ordenamento jurídico legal para o setor. Essa regularização iniciou-se em 1998, com a promulgação da Lei nº. 9.656/98 e aprofundou-se com a Lei nº. 9.661/2000, a qual criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A ANS foi criada por meio da Medida Provisória nº. 1.928/99, convertida na Lei nº. 9.961/2000. É uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, que tem como características: autonomia política, administrativa e financeira, expressas por uma arrecadação própria; decisões em Diretoria Colegiada, cujos membros têm mandatos definidos em lei e não coincidentes; e o poder legal dado às agências reguladoras para a efetivação de suas resoluções. Sua finalidade é promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

Apresentação da instituição/serviço

O trabalho foi desenvolvido na Instituição São Paulo Internações Domiciliares (SPID), empresa do segmento de Assistência Domiciliar atuando no mercado desde o final da década passada. Atualmente, a São Paulo Internações Domiciliares configura-se como uma das maiores empresas de Home Care do Brasil, atuando na assistência primordial, primária, secundária e, até mesmo terciária. Em sua totalidade trabalha com 10% de pacientes liminares.

Caracterização do trabalho/atividade a ser descrita

Trataremos neste estudo a dificuldade enfrentada pela equipe de assistência domiciliar em atendimento com pacientes liminares, que por muitas vezes, acabam confundindo seus direitos, as operadoras de saúde, por muitas vezes e até mesmo as empresas de assistência domiciliar ficam reféns destes pacientes devido a pressão exercida pela família.

Os cuidados não são mais prestados por decisões da equipe multiprofissional, pois acaba sendo apenas uma decisão da família devido ao cumprimento de uma liminar. Uma liminar tem a característica de assumir o direito do paciente, em ser atendido em sua totalidade visando o seu bem estar e seus direitos de uma qualidade de vida digna. Para entendermos melhor uma liminar é: “Ordem judicial que determina uma providência a ser tomada antes da discussão do processo, ou seja, com a finalidade de resguardar direitos”.

Algumas decisões judiciais estão facilitando a prática de pacientes que, após terem sido notificados da alta do internamento domiciliar, recorrem ao Poder Judiciário (infelizmente, com êxito na obtenção de liminares), para obrigar a fonte pagadora a custear os serviços por tempo indeterminado, mesmo após terem legalmente recebido alta do internamento domiciliar.

Entendemos que, se tais situações não forem urgentemente revistas, e que se todos os pacientes resolverem recorrer ao que pensam ser o seu direito, o futuro do Home Care no Brasil está ameaçado. Isto porque algumas autoridades obrigam liminarmente a fonte pagadora a custear os cuidados de enfermagem particular para pacientes estáveis. Esta prática tem levado os Planos de Saúde a uma “fobia justificada” quanto à utilização do Home Care, o que, inevitavelmente, reduz a utilização desses serviços.

População Alvo

Pacientes em internação hospitalar com doenças crônicas com períodos de longa duração de internação com indicação de internação domiciliar regidas por liminar e o envolvimento de toda à equipe multiprofissional juntamente associada às seguradoras de saúde para a prestação do cuidar, em casos destes atendimentos que acabam sendo diferenciados.

Impacto da atividade/serviço junto à população alvo

Podemos observar neste estudo a dificuldade de encontrar trabalhos relacionados a este tema. Aparentemente não é muito abordado, talvez por serem criadas grandes polêmicas sobre o assunto. Mesmo sendo realizadas pesquisas em base de dados, foram encontrados poucos assuntos relacionados ao tema. O tema deveria ser melhor abordado para poder avaliar estes casos de pacientes em Home Care, e definir a melhor abordagem da equipe multiprofissional em prestação do cuidado sem se tornar refém da família devido a liminar e o conflito de responsabilidades.

Nesta conclusão, observamos que todas os envolvidos neste processo, ainda não se apresentam preparados, até mesmo pela falta da linguagem unificada entre a equipe, seguradora e a família, que na maioria dos casos, não esta totalmente esclarecida de seus direitos e deveres, causando assim abusos, na prestação do atendimento. Gerando um conflito iminente entre todos os envolvidos. Mesmo assim podemos observar casos de sucesso, onde todos os envolvidos cientes de suas obrigações, mantém um bom relacionamento, com a prestação de assistência à saúde imediata e eficaz.

A empresas prestadoras de saúde devem ficar mais atentas no início do atendimento à estes pacientes “especiais” e tão exigentes, procurando se preocupar, em esclarecer as dúvidas freqüentes destes familiares, estabelecer rotinas nas prestação do atendimento, deixar claro os protocolos da empresa e operadora de saúde, ter uma equipe preparada para lidar com as situações de conflitos diante de uma decisão multiprofissional, para que a equipe tenha sempre sua atenção focada ao cuidar e não ao cumprimento da liminar. Trazer estas famílias à instituição, formalizar a forma de atendimento com a operadora seria uma forma de não haver divergências ou distorções nas informações passadas pela operadora e a prestadora de atendimento. A liminares na maioria dos casos são más redigidas, deixando dúvidas no cumprimento, não

deixando claro as exigências à serem cumpridas e também a forma correta da prestação do atendimento que por muitas vezes devido à liminar, acabam sendo realizadas de acordo com as exigências da família, baseando na forma inadequada que foi direcionada à conquista da liminar.

A obtenção de uma cópia da liminar de cada paciente seria importante para a preparação da equipe junto à seguradora de saúde, a fim de realizar um atendimento qualificado e específico para atender as necessidades da paciente e as exigências da família, sem cometer possíveis erros que levem as famílias a cometer abusos. Com isso, possuir uma confiança integrada de todos os envolvidos, assegurando o direito e deveres de todos.

Referências

1. Banco de dados da empresa São Paulo Internações Domiciliares
2. ALVES, Danielle Conte; BAHIA, Lígia; BARROSO, André Feijó. O papel da Justiça nos planos e seguros de saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, Feb. 2009 .
3. Leme, Edvaldo de Oliveira; Desafio da Modalidade. Acesso em 30 de Julho de 2009; encontrado no site: [tp://www.portalthomecare.com.br/pagina.php?pagina=9](http://www.portalthomecare.com.br/pagina.php?pagina=9)

ASSÉDIO MORAL NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR



CAROLINE ALCALÁ FURTADO

Bacharel em Enfermagem pela Universidade de Guarulhos (UnG). Enfermeira Visitadora da São Paulo Internações Domiciliares (SPID / Grupo MAIS).
Contato: carol_furtado@yahoo.com.br



JULIANA ARAUJO SCHEFFER

Bacharel de Enfermagem pela Universidade Bandeirantes (UNIBAN). Enfermeira Clínica pela São Paulo Internações Domiciliares (SPID/Grupo MAIS).
Contato: juliana.araujo@spinternacoes.com.br

Introdução

Home Care significa “Cuidado em casa”. Na realidade, trata-se de um tipo de assistência à saúde caracterizado pela prestação de serviços no local de residência das pessoas. Em Home Care a condição clínica ou enfermidade do paciente torna-se parte de um plano de tratamento global integrado, cuja finalidade é a ação preventiva, curativa, reabilitadora e/ou paliativa especializada. O Home Care explora todos esses fatores e utiliza uma metodologia adequada de questionamento, avaliação, planejamento, implementação, acompanhamento e finalização, de um conjunto de ações diretamente relacionadas com metas bem estabelecidas por uma equipe multidisciplinar.

Assim como na internação hospitalar, no Home Care uma equipe formada por vários profissionais está envolvida direta e indiretamente no tratamento e no cuidado do paciente. No entanto, na medicina domiciliar, como a família acompanha mais de perto o processo, a presença desses profissionais é mais marcante e conseqüentemente, mais bem aproveitada.

A equipe multiprofissional é formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, além do pessoal de apoio como motorista e técnicos administrativos entre outros.

Tão importante quanto a competência, estes profissionais devem ter um perfil especial, no qual o amadurecimento, a segurança e o compromisso contam muito e são qualidades essenciais. O profissional deve ser capaz de

visualizar o paciente como um todo, envolvendo o contexto familiar, seus valores pessoais, seus sentimentos e suas formas de relações. O paciente em Home Care, bem como sua família, algumas vezes já tem percorrido uma trajetória sofrida e mais do que uma técnica absolutamente perfeita, ele precisa ser compreendido e confortado. O profissional, portanto, deve estar preparado para enfrentar uma diversidade de sentimentos. Auto-controle, auto-estima e equilíbrio são características importantíssimas para o domínio desta atividade.

Presente muitas vezes de forma imperceptível no ambiente de trabalho, o assédio moral é um tipo de violência que expõe as pessoas a situações ofensivas e humilhantes. De modo lento, porém progressivo, o assédio moral vai se traduzindo em sofrimento, dor e baixa produtividade. É comum colegas de trabalho se aliarem ao agressor ou se calar diante dos fatos. Em geral, aquele que pratica o assédio moral tem o desejo de humilhar o outro ou de ter prazer em sentir a sensação de poder sobre os demais integrantes do grupo. Chegam a permitir concessões a possíveis adeptos para que se juntem ao grupo, fortalecendo o assédio moral ao profissional isolado. Alguns se unem porque igualmente gostam de abuso de poder e de humilhar, outros se unem por covardia e medo de perderem o emprego e outros por ambição e por competição aproveitam a situação para humilhar mais ainda a vítima. Em geral, os assediadores provocam ações humilhantes ao profissional ou o cumprimento de tarefas absurdas e impossíveis de realizar, para gerar a ridicularização pública no ambiente de trabalho e a humilhação do assediado.

Outra estratégia utilizada pelos assediadores é denegrir a imagem do profissional com humilhações e restrições genéricas, em sua totalidade parciais e mentirosas. E para conseguir adeptos e ganhar força com a perseguição moral que perpetram, utilizam-se de armas psicológicas para angariar aliados, mesmo aqueles considerados inocentes úteis.

Na maioria dos casos, buscam forçar o profissional atingido a desistir do emprego. Aquele que faz o assédio moral pode ter desejo de abuso de poder para se sentir mais forte do que realmente é, ou de humilhar a vítima com exigências absurdas. Alguns inclusive são sádicos e provocam outras violências além da moral.

Relato de experiência

Paciente P.F.S 20 anos com quadro de tetraplegia. Realizado varias escalas de enfermagem para plantão de 24 hs de enfermagem na residência, desde que incluído no Home Care, já se passaram por 10 trocas de auxiliares de enfermagem, sendo que estão fixas 3 AE que a família indicou para plantões inclusive que migre AE de outro Home Care para SPID para continuidade de tratamento do paciente, pois o mesmo e a família queria profissionais jovens e bonitas, magras. a maioria das AE não ficam na residência pelo motivo de assedio moral, e agressão verbal do paciente para com as profissionais, por

discriminação de raça, cor, beleza, e condicionamento físico. Segundo relato de AE I.A.S 40 anos, já viu em treinamento, AE's plantonistas atuais da residência, fazendo carícia no paciente, criando um vínculo de afeto-amoroso com paciente.

Resultados

Realizamos reunião com a equipe multidisciplinar para abordarmos o problema, de uma forma clara e objetiva com auxiliares da residência.

- Enfatizar o que é assistência de enfermagem no domicílio
- O papel do Auxiliar de enfermagem na residência
- Fazer treinamento e reciclagem.
- Re-orientação de ética e postura.

Considerações Finais

Todos os profissionais da saúde estão sujeitos a assédios morais. Porém, cabe a cada membro da equipe um posicionamento frente à situação.

Referências:

Base de dados da SP Internações

Biblioteca digital da SP Internações

Prontuário Eletrônico

VIVÊNCIAS E SENTIMENTOS DE FAMILIARES AO CUIDAR DE UM DOS SEUS INTEGRANTES COM CÂNCER



GRASIELLA CACULA CAMPOS BASTOS

Bacharel em Enfermagem pelo Centro Universitário Ítalo Brasileiro (Unifitalo). Especialização em Gestão em Administração Hospitalar e Saúde Pública com ênfase em PSF no Unifitalo.

Enfermeira Clínica da São Paulo Interações Domiciliares (SPID / Grupo MAIS)

Contato: grasibastos@hotmail.com

Introdução

O paciente com câncer deve contar com uma ampla estrutura de apoio para enfrentar as diferentes etapas do processo, desde a prevenção, o diagnóstico e os tratamentos prolongados. É justamente na fase crítica da doença, quando não é possível mais controlar a doença, que o papel dos cuidadores torna-se mais importante e, ao mesmo tempo mais difícil (SOARES, 2007). Cabe a nós, além dos comentários realizados mostrar que; o sentido mais difundido da morte para maioria dos adultos é o de perda. Não quero dizer, simplesmente, a compreensão de que as funções do corpo cessam com a morte.

Um estudo realizado por Richard Kalish (1976) foi que no México – americanos adultos mais jovens mostraram-se muito mais inclinados a dizer que buscariam outras novas experiências; adultos mais velhos mostraram-se bastante inclinados a dizer que se voltariam para dentro de si uma forma interessante de apoiar a teoria do descomprometimento.

Esse pico de medo da morte na meia-idade é totalmente coerente com a proposta de uma quantidade de teóricos, inclusive Levinson, de que o confronto com a inevitabilidade da própria morte constitui uma das principais tarefas psicológicas dessa faixa etária.

Elizabeth Kübler-Ross (1969), chegou a conclusões semelhantes com base em seu próprio trabalho com adultos e crianças portadores de doenças terminais. Em seus trabalhos anteriores, ela propôs que aqueles que sabiam que iam morrer passavam por uma série de etapas ou estágios, chegando finalmente, àquele por ela chamado de aceitação. Esse modelo de estágio do ato de morrer foi alvo de muitas críticas; até mesmo Kübler-Ross, em seus trabalhos mais recentes, não mais defende que o ato de morrer passa por estágios definidos ou sequenciais (KÜBLER-ROSS, 1974). Ao invés disso, ela

se refere agora a tarefas emocionais, mais do que a estágios.

No entanto, pelo fato de suas idéias originais terem exercido grande influência e sua terminologia ser ainda bastante utilizada, você precisa de um mínimo de familiaridade com tais conceitos.

Objetivo

Compreender o fenômeno que envolve o processo de perda para os familiares que convive com parentes com diagnóstico de câncer sem possibilidade terapêutica.

Metodologia

Este estudo foi optado pela Análise de Conteúdo, descritivo com abordagem exploratória, por permitir ao pesquisador de campo investigar e coletar dados e informações colocando o pesquisador em contato direto com as variáveis interferentes e com o contexto central como um todo, qual seja o nível de conhecimento sobre o tema em estudo, buscando clareza e objetivos nas questões, seguindo as indicações e passos da pesquisa e estudo das comunicações de massas sugerido por (BARDIN,2002).

Os dados foram coletados com familiares que vivenciam a experiência de cuidar de um dos integrantes com câncer. Aspectos éticos da pesquisa com seres humanos (Brasil, 2002), em respeito à resolução nº. 201 de 07 de novembro de 1996; 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), os dados serão coletados após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, preservando os princípios de beneficência, justiça e respeito à dignidade humana, conforme o Anexo I e II. A justificativa para a escolha do pseudônimo foi baseada na comparação das características das pedras, as quais os beneficiavam em todos os aspectos. Desde a Antigüidade, os povos acreditavam e utilizavam objetos para atrair a sorte. Eles atribuíam a esses objetos uma força mágica. As pedras também eram utilizadas para este fim, sendo até hoje reconhecidas como fontes de energia. Acreditamos e esperamos que os pseudônimos usados venham a fortalecer ainda mais os familiares trazendo proteção, prosperidade, espiritualidades e energias.

Ametista: desperta a espiritualidade

Citrino: para atrair a prosperidade

Cristal: potencializa todas estas energias

Ônix: para proteção

Quartzo Verde: para manter a saúde

Atores do estudo

Os atores desta pesquisa foram cinco famílias; sendo que vivenciam o processo de cuidar de um dos seus integrantes com câncer fora de possibilidade terapêutica, por um período igual ou superior a 06 meses. Os familiares

entrevistados não opinaram na escolha de seus nomes fictícios, ficando a cargo dos pesquisadores a escolha dos mesmos.

Ametista

A entrevistada tem 27 anos, com curso superior completo, casada.

Grau de parentesco = filha,

Crença religiosa = Espírita.

Sua vivência se deu pelo diagnóstico de CA de pulmão.

Citrino

O entrevistado tem 32 anos, com curso superior incompleto, solteiro.

Grau de parentesco = irmão,

Crença religiosa = Congregação Crista no Brasil.

Sua vivência se deu pelo diagnóstico de CA de mama.

Cristal

A entrevistada tem 35 anos, graduada, casada.

Grau de parentesco=filha,

Crença religiosa = Católica não praticante.

Sua vivência se deu pelo diagnóstico de CA ósseo (crista ilíaca), com metástase.

Ônix

A entrevistada tem 29 anos, superior completo, casada.

Grau de parentesco = filha,

Crença religiosa = Adventista do 7º dia.

Sua vivência se deu pelo diagnóstico de CA de intestino, com metástase cerebral.

Quartzo Verde

A entrevistada tem 32 anos, 2 grau completo, casada,

Grau de parentesco = filha,

Crença religiosa = Católica.

Sua vivência se deu pelo diagnóstico de CA de estômago.

Resultados

De acordo com a análise das entrevistas foi obtido, um contexto central gerando 5 categorias. O contexto central definido como; A percepção dessa inevitabilidade e, compreensão da realidade. Neste sentido, apresentamos e discutimos o contexto central e suas categorias.

Desenvolvendo o contexto central e as categorias

CATEGORIA 1: A PERCEPÇÃO DESSA INEVITABILIDADE E COMPREENSÃO DA REALIDADE [CONTEXTO CENTRAL]

É difícil dizer o momento final. Preparados jamais estamos, mas sabemos a realidade. (Citrino). A morte pode ter muitos significados pessoais. (KALISH, 1985). A aceitação não deve ser confundida com um estagio feliz. Ela é quase destruída de sentimentos. É também um momento em que geralmente a família necessita de mais ajuda, compreensão e apoio do que o paciente (KUBLER ROSS, 1969).

CATEGORIA 2: O SER FRENTE A UMA REALIDADE INCONDICIONAL [CONDIÇÃO – CAUSAL]

As sensações de revolta, perda, incompetência, inexplicável... Gostaria que essa situação não passasse de um pesadelo. (cristal). A morte de qualquer pessoa muda os papéis e as relações de todos naquela família (KALISH, 1985).

CATEGORIA 3: A FAMÍLIA NA CONDIÇÃO DE CUIDADOR [CONTEXTO]

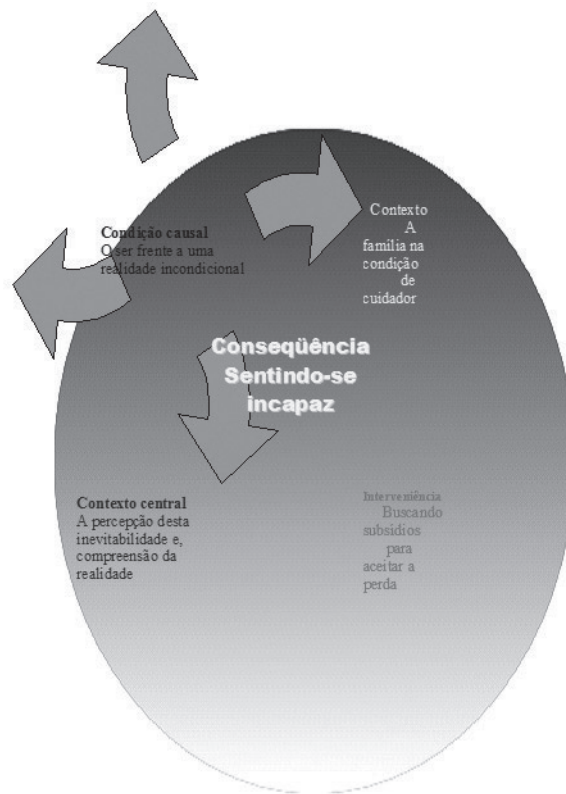
Uma sensação e o medo da morte de não saber quando esse sofrimento vai acabar. (citrino). O valor intrínseco da própria vida humana, entretanto pode ser implicitamente negado pela falta de reconhecimento de que nós, seres humanos, somos mortais.(FULTON,1995)

CATEGORIA 4: BUSCANDO SUBSÍDIOS PARA ACEITAR A PERDA [INTERVENIÊNCIA]

Todos têm coração, é difícil a separação da carne, mas superamos em Deus. (ametista). Nos últimos tempos, o luto tornou-se mais intimista, menos emocional e menos religioso do que antes.(HAPISLIP,1999).

CATEGORIA 5: SENTINDO-SE INCAPAZ [CONSEQUÊNCIA]

Ninguém nasceu para passar por esse momento. (quartzo verde) “Um homem à morte necessita morrer como um homem com sono necessita dormir, e vem um período em que é errado, bem como inútil, resistir” (ALSOP,1973). Uma sensação e o medo da morte e não saber quando esse sofrimento vai acabar. (citrino) O valor intrínseco da própria vida humana, entretanto pode ser implicitamente negado pela falta de reconhecimento de que nós, seres humanos, somos mortais. (FULTON,1995)



Planejamentos da Assistência de Enfermagem

Após vivenciar essa pesquisa, achamos oportuno aproximar a enfermagem, mostrando que a qualidade da assistência de enfermagem ao paciente pode ser aprimorada com a utilização de uma sistemática de trabalho. Oferecendo uma assistência de qualidade, sem riscos e acessível a toda a população, pois a enfermagem possui um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência.

Considerações finais

Realizar essa pesquisa foi uma tarefa gratificante, porém, muitas dificuldades foram encontradas no decorrer de todo o processo, sendo uma tarefa desafiadora e complexa, de grande aprendizado. Acreditamos que o objetivo deste estudo foi alcançado, tornando este trabalho um material de contribuição para os docentes e cuidadores em todos os âmbitos da família.

Referências

- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Trad. Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.
- Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa. Edição 75.1988.
- BECK, A.R.M.; LUFT, C.P. Mini dicionário; ABDR, 2008.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Trad. Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.
- BECK, A.R.M.; LOPES, M.H.B.M. Cuidadores de crianças com câncer: aspectos da vida afetados pela atividade de cuidador. Rev. Bras. de Enfermagem. vol.60 n.6 Brasília Nov./Dez. 2007.
- BENSENOR, I. Como funcionam os cuidados com pacientes terminais. Disponível em <http://saude.hsm.uol.com.br/cuidados-com-pacientes-terminais2>. ht. Acesso em 4.2.2009.
- BERNARDES, A.P. ET al. A Ética da Enfermagem frente à assistência aos pacientes terminais. Santa Catarina: Universidade Vale do Itajaí. Disponível em <http://decs.bvs.br>. Acesso em 29.01.2009.
- Boracat, Fausto Farah; Fernandes Júnior, Hézio Jadir; Da Silva, Maria José. Cancerologia Atual: um enfoque multidisciplinar. São Paulo: Roca, 2000.
- FLORIANI, C.A.; SCHRAMM, F.R. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. Cienc. saúde coletiva v.13 supl.2 Rio de Janeiro dez. 2008.
- Fromm, Erich. A arte de amar. São Paulo: Italiana limitada, 1981.
- INCA. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil, 2003. Disponível em http://www.inca.gov.br/cancer/epidemiologia/estimativa2002_brasil.html. Acesso em 22 out 2008.
- MANFRO ET al. Relação entre idade, sexo, tratamento realizado e estágio da doença com a sobrevida em pacientes terminais com carcinoma epidermóide de laringe. Rev. Bras.câncer;MENDONÇA, M.; RAMOS, L.H. A realidade dos Cuidadores: assistência em domicílio aos portadores de câncer [dissertação]. Campo Grande (MS): Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 1998. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo>. pid=S0034. Acesso em 17 out 2008.
- Morin, Edgar. Ciência com consciência. São Paulo: Berfrand Brasil, 1996.
- MORITZ, R.D. Como melhorar a comunicação e prevenir conflito nas situações de terminalidade na Unidade de Terapia Intensiva. Rev. Bras. ter. Intensiva; 19(4): 485-489, out.-dez. 2007.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8º edição. São Paulo: Ed. Hucite, 2004.
- PEREIRA, L.L.; DIAS, A.C.G. O familiar cuidador do paciente terminal: o processo de despedida no contexto hospitalar. Psico v.38, n.1, pp.55-65, jan/abr.2007.
- SOARES, M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. Rev. Bras. ter. intensiva;19(4):481-484, out.-dez. 2007.
- Sudery, Maria Amália; Micheletto, Nilza. Para compreender a ciência: Uma perspectiva histórica. 10ª ed. São Paulo: Espaço e tempo.
- Construindo a relação de ajuda, autora: Clara Feldman e Márcia Lúcia de Miranda, pág. 148, 12ª edição, Ed. Crescer 2001.
- O desenvolvimento da pessoa da Infância à terceira Idade, autora Kathleen Stassen Berger, pág. 461, 463, 5ª edição. 2003.

ARTIGO 18

TERAPIA OCUPACIONAL NA ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA DOMICILIAR



MARÍLIA BENSE OTHERO

Graduada em Terapia Ocupacional. Especialista em Saúde Coletiva e Mestranda pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Coordenadora do Comitê de Terapia Ocupacional da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE). Coordenadora do Setor de Terapia Ocupacional do Grupo MAIS - Hospital Premier, São Paulo Interações Domiciliares e Proativa Saúde.
Contato: marilia_othero@yahoo.com.br



CRISTIANE SUGAWARA

Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade de São Paulo (USP). Especialista em Administração Hospitalar pelo Centro Universitário São Camilo. Especializanda em Gerontologia pelo Centro Universitário São Camilo. Terapeuta Ocupacional da Hospedaria Recanto São Lourenço (São Paulo, SP). Terapeuta Ocupacional Visitadora da São Paulo Interações Domiciliares (SPID / Grupo MAIS).
Contato: sugawara@uol.com.br



TATIANA DOS SANTOS ARINI

Terapeuta Ocupacional graduada pelo Centro Universitário São Camilo. Terapeuta Ocupacional Visitadora da São Paulo Interações Domiciliares (SPID /Grupo MAIS) e Terapeuta Ocupacional do Hospital Premier (Grupo MAIS).
Contato: to_tatiarini@yahoo.com.br



CAMILA RIBEIRO ROCHA

Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade São Paulo (USP). Especialista em Recursos Tecnológicos e Inclusão Social pela Faculdade de Medicina da USP. Membro do Comitê de Terapia Ocupacional da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (ABRALE). Terapeuta Ocupacional Visitadora da São Paulo Interações Domiciliares (SPID /Grupo MAIS) e Terapeuta Ocupacional do Hospital Premier (Grupo MAIS).
Contato: camilarocha_to@yahoo.com.br



MARIA TEREZA SALES FURTADO

Terapeuta Ocupacional, especialista em Reabilitação Neuro-musculo-esquelética pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Terapeuta ocupacional visitadora da São Paulo Interações Domiciliares (SPID / Grupo MAIS).
Contato: tereza_furtado@hotmail.com

Introdução

O câncer implica em rupturas na vida do sujeito acometido pela doença: o tratamento ocupa posição central no cotidiano, a rotina é completamente alterada, alguns projetos e atividades precisam ser adiados. Há perdas envolvidas: da saúde, da capacidade funcional (mesmo que temporariamente), da auto-estima; o medo de morrer está presente, uma vez que há uma representação do câncer intimamente associado à morte.

Segundo Figueiredo e Bifulco¹, a dimensão da assistência ao paciente oncológico caracteriza-se pela preponderância do cuidar sobre o curar, exigindo atitudes humanas, que abram espaço para o que existe de sadio no doente.

Diante da proposta de cuidado integral, é preciso disponibilizar aos pacientes que têm alta hospitalar um serviço de atendimento domiciliar. Os pacientes com câncer devem ser uma das prioridades nesta modalidade de atenção, uma vez que suas demandas e necessidades são muito complexas, e necessitam de cuidados intensos, considerando o sujeito e seu sofrimento em todas as dimensões.

Figueiredo e Bifulco¹ ressaltam que, no domicílio, todas as etapas pelas quais passa o paciente podem se tornar mais tranquilas, norteadas pelos desejos do doente e de sua família, compartilhadas com pessoas da rede social, obedecendo aos referenciais de sua história de vida. Para os autores, o ambiente tem um papel fundamental na qualidade de vida e no bem-estar, sendo referência de segurança para o paciente e família.

Para Chevillat², a equipe de reabilitação tem papel fundamental na assistência ao paciente oncológico, uma vez que as incapacidades funcionais são comuns no decorrer do processo de adoecimento (seja devido à própria doença ou a efeitos do tratamento), mesmo nos casos mais avançados da doença. Assim, a Terapia Ocupacional deve desenvolver ações no contexto domiciliar também para os pacientes oncológicos; de acordo com uma pesquisa feita por Hoy et al.³, foi revelado que ainda que a maior parte das publicações no campo da assistência domiciliar esteja relacionada à prática com a população idosa, muitos terapeutas ocupacionais atuam com o paciente oncológico neste contexto.

Este capítulo irá relatar a experiência de assistência terapêutica ocupacional em Oncologia no contexto domiciliar desenvolvida na São Paulo Internações Domiciliares, empresa de assistência domiciliar do setor privado, em São Paulo.

O serviço de Terapia Ocupacional da São Paulo Internações Domiciliares - Propostas e ações

Na São Paulo Internações Domiciliares - SPID, a atuação de Terapia Ocupacional está fundamentada no resgate da independência e autonomia de sujeitos acometidos por processos de adoecimento. Utilizando diferentes

estratégias e abordagens (como prevenção de incapacidades, prescrição de dispositivos de tecnologia assistiva, treino de atividades de vida diária, atividades diversas, orientação e suporte a familiares e cuidadores, etc.), a intervenção em Terapia Ocupacional busca resgatar a existência de atividades significativas no cotidiano dos pacientes.

O serviço está organizado em duas frentes de atuação: uma terapeuta ocupacional coordenadora, que é responsável pelo planejamento e supervisão das atividades, bem como contato com operadoras de saúde e pesquisas de avaliação em serviço; e seis terapeutas ocupacionais visitadoras, que atendem os clientes da prestadora em suas residências.

Tendo em vista que o adoecimento impõe limitações e restrições nas atividades do paciente e de seus familiares, podemos citar como principais objetivos das intervenções em Terapia Ocupacional:

- Resgatar a autonomia e independência dos pacientes nas atividades de vida diária (básicas e instrumentais) e de vida prática;
- Ajudar na realização de novas atividades significativas, a partir da vivência da doença e de acordo com a capacidade funcional, interesses e habilidades;
- Orientar familiares e cuidadores com relação a estímulos necessários, também oferecendo apoio e suporte emocional, quando necessário.

Os pacientes são encaminhados ao setor através da indicação de outros profissionais da equipe (médicos, enfermeiros, psicóloga, assistente social, etc.), a partir dos seguintes critérios: pacientes com doenças crônicas e múltiplas co-morbidades ou portadores de doenças crônico-degenerativas, sendo que estes devem estar em situação de prejuízo da independência e autonomia, com o cotidiano empobrecido ou em situação de isolamento (familiar ou social).

Através de uma primeira visita domiciliar, é feita a avaliação do caso pelo terapeuta ocupacional visitador, na qual são feitas as primeiras orientações à família e aos cuidadores, bem como aos outros profissionais que acompanham o paciente.

Avaliação em Terapia Ocupacional

Como primeira estratégia de intervenção, o setor de Terapia Ocupacional elaborou um instrumento de avaliação, aplicado em uma primeira visita, a partir de demanda identificada pela equipe, como já mencionado anteriormente.

São itens que compõem a avaliação terapêutica ocupacional:

- Aspectos físicos que dificultam a realização de atividades de vida diária;
- Locomoção;
- Aspectos psíquicos / afetivos;
- Histórico ocupacional;
- Desempenho ocupacional (atividades de vida diária, básicas e instrumentais);
- Adaptações / recursos tecnológicos necessários;
- Habilidades e interesses;
- Condições ambientais do domicílio;
- Redes de suporte;
- Observações e impressões da terapeuta;
- Conduta e seguimento.

A partir da avaliação, se não forem identificadas demandas específicas para seguimento em Terapia Ocupacional, são feitas orientações pontuais à família e à equipe, com possibilidade de retorno posteriormente, a partir de novo pedido dos profissionais.

Acompanhamentos em Terapia Ocupacional

Diante da necessidade de cada paciente e família, é feito o plano de intervenção em Terapia Ocupacional, com visitas do profissional em periodicidades específicas para cada caso (que podem ser bimensais, mensais ou quinzenais). A intervenção poderá ocorrer em diversos níveis:

- Orientações a cuidadores e familiares sobre adequação do ambiente domiciliar;
- Orientações sobre os estímulos adequados para a recuperação do paciente
- Prescrição e treino de dispositivos de tecnologia assistiva;
- Treinos funcionais para melhoria do desempenho em AVDs;
- Realização de atividades diversas (artesanais, expressivas, lúdicas, etc.), para enriquecimento do cotidiano e percepção das potencialidades;
- Monitoramento da situação emocional, comportamental e ocupacional do paciente.

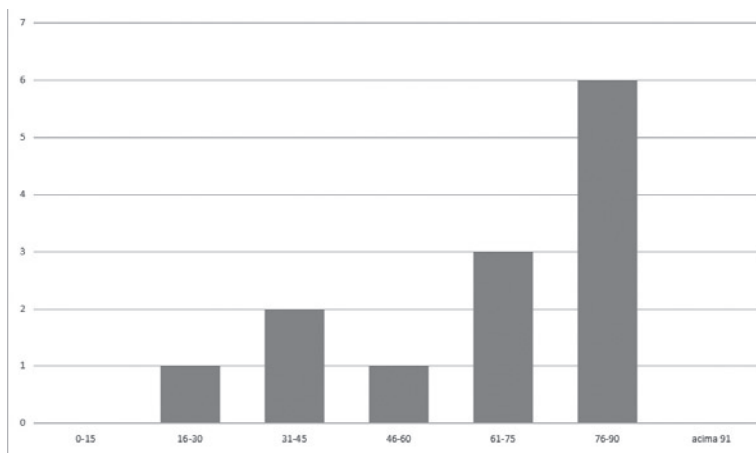
Existe também o acompanhamento de pacientes e familiares através de contato telefônico (acompanhamento sem visita), reforçando orientações dadas anteriormente, sanando dúvidas e angústias de familiares e mantendo o vínculo terapêutico, possibilitando visitas com intervalos maiores, sempre a depender das necessidades de cada caso.

Em caso de óbito do paciente em acompanhamento, é feito um telefonema ou uma visita de condolências, proporcionando acolhimento e apoio aos familiares.

Perfil da População Atendida

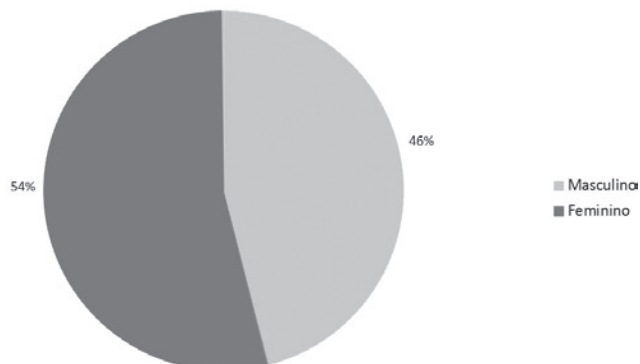
A partir dos dados contidos nos prontuários, foi criado um banco de dados para a caracterização da clientela atendida, pela coordenação do setor. As seguintes categorias foram utilizadas para sua elaboração: faixa etária, sexo, diagnóstico principal, perfil ocupacional (atividades de vida diária básicas e instrumentais, e locomoção) e tipo de acompanhamento no setor. Entre maio de 2007 e junho de 2008, foram avaliados pelo setor aproximadamente 95 pacientes, sendo aplicada a ficha de avaliação em todos. De todo o grupo, 13 pacientes tinham o diagnóstico (principal ou secundário) de neoplasia; o gráfico a seguir mostra a distribuição etária destes pacientes.

Gráfico 01 – Faixa Etária



No grupo oncológico, com relação ao sexo, há predomínio do sexo feminino, representando aproximadamente 53,85% da população atendida, como apresentado no gráfico a seguir.

Gráfico 2 – Sexo



É importante ressaltar que, no período entre maio de 2008 e junho de 2009, houve um aumento de 160% no número de pacientes com doença oncológica, indicando a importância da assistência a esta população nos serviços de assistência domiciliar, e especialmente no âmbito da Terapia Ocupacional.

Também foi realizado um perfil ocupacional da população, possibilitando a visualização da condição de independência e autonomia destes sujeitos; a partir do momento em que saúde não é a ausência de doenças, a adoção de outros critérios para determinar o impacto das doenças e das ações em saúde é fundamental. Com isso, torna-se cada vez mais relevante a avaliação do status funcional dos pacientes atendidos pelos diversos serviços de saúde.

Segundo Mello e Mancini⁴, o status funcional é representado pelos comportamentos do cotidiano necessários para manter as atividades de vida diária e engloba as áreas física, cognitiva e social, de importância fundamental para a determinação de resultados de intervenção em saúde.

Os gráficos a seguir trazem o desempenho dos pacientes nas atividades de vida diária básicas e instrumentais, bem como na locomoção.

Gráfico 03 – Atividades Básicas de vida diária

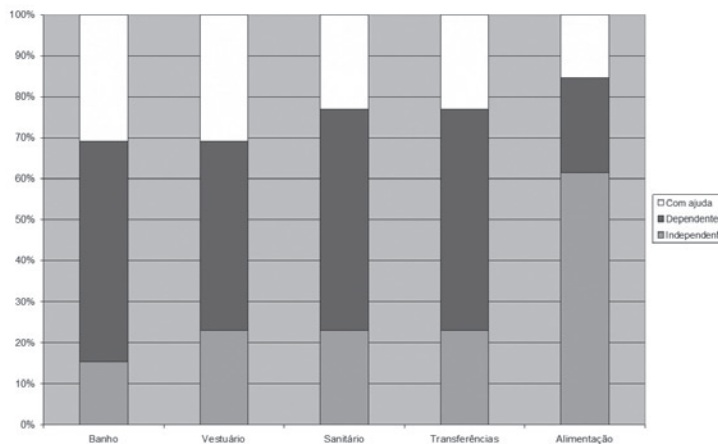


Gráfico 04 – Locomoção

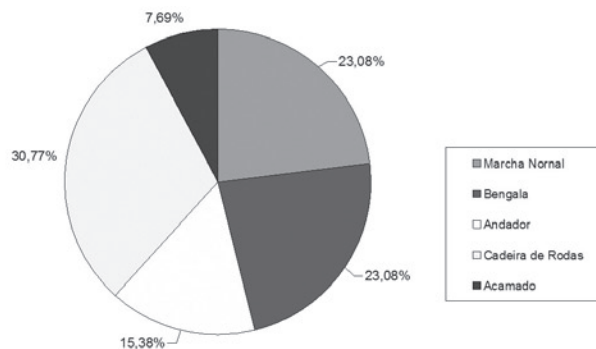
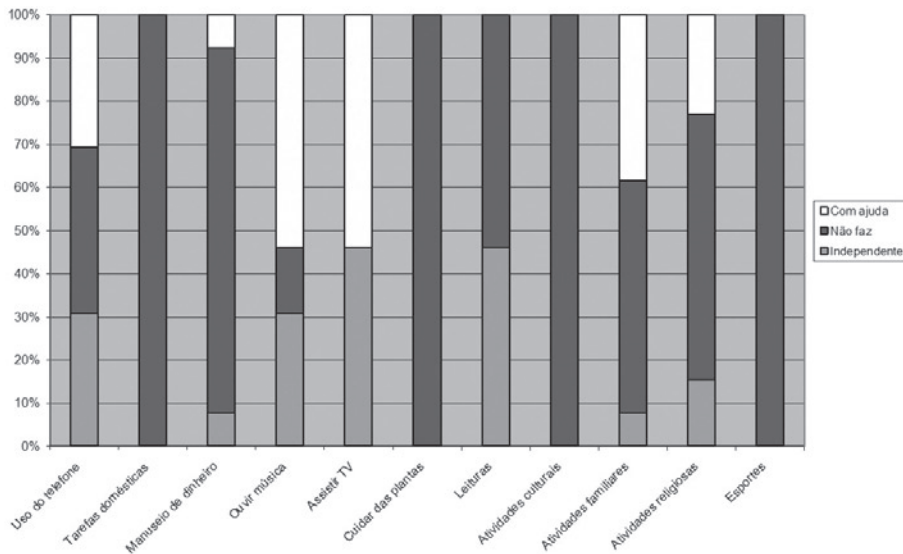


Gráfico 05 – Atividades Instrumentais de Vida Diária

Diante destes dados, fica claro que devido ao adoecimento, a rotina e o cotidiano se organizam em função da doença, ou seja, das terapias e dos procedimentos de cuidados, e também da alimentação. A independência e a autonomia são mínimas. As atividades significativas, prazerosas, parecem não ter espaço neste contexto; com isso, fica ainda mais evidente a importância da atuação em Terapia Ocupacional, possibilitando o resgate da qualidade de vida aos sujeitos atendidos.

Os resultados das intervenções

A partir da atuação em Terapia Ocupacional nesta empresa prestadora de serviços de Home Care, foi possível observar resultados importantes nos pacientes atendidos pelo setor. Os principais resultados foram:

- Enriquecimento do cotidiano;
- Prescrição de tecnologia assistiva;
- Aumento da circulação social;
- Resgate de atividades significativas;
- Estimulação cognitiva;
- Melhora do estado emocional.

Observou-se ainda melhoria da condição emocional geral, com diminuição de estados depressivos e ansiedade; promoveu-se saúde, havendo menor foco no adoecimento e maior validação do paciente como um sujeito (com valor, história, desejos), dentro de seu contexto familiar. Além disso, em muitos casos, a presença do terapeuta ocupacional possibilitou o olhar para novas demandas clínicas, sendo feito o encaminhamento aos médicos

e enfermeiros. Estas demandas estão principalmente relacionadas ao estado emocional e a condição de dor.

Verifica-se que as intervenções em Terapia Ocupacional possibilitaram melhoria da qualidade de vida dos pacientes atendidos, com ampliação da independência para as atividades de vida diária, diminuição das situações de apatia, enriquecimento do cotidiano e aumento da circulação social.

Para as empresas envolvidas na assistência à saúde do paciente, a existência de um serviço de Terapia Ocupacional também é interessante, pois representa ganhos importantes. É significativa a queda do número de queixas familiares na empresa prestadora depois que a equipe de Saúde Mental iniciou suas atividades junto aos pacientes, cuidadores e famílias. A satisfação do cliente aumenta com a existência de serviços diferenciados como estes.

Além disso, havendo uma melhora emocional geral do paciente, com a presença de outros estímulos e atividades em seu cotidiano, ocorre influências em seu estado clínico, com melhora da capacidade funcional e de seu desempenho cotidiano. Com isso, também podem ser evitadas internações recorrentes.

Relatos de caso

A seguir, serão descritos dois casos de pacientes com câncer acompanhados pelo Setor de Terapia Ocupacional, seus objetivos e sua evolução, exemplificando as possibilidades de acompanhamento domiciliar em Oncologia. Os nomes foram trocados, a fim de garantir o sigilo e a confidencialidade.

Caso 1 – D. Margarida, 68 anos

Diagnóstico: CA de reto e intestino, com metástase em tireóide, pulmão, cervical, herpes Zoster (mês de janeiro de 2009), tromboembolismo pulmonar, hérnia de parede abdominal e hipotireodismo.

Visitas: médico uma vez por mês, Fisioterapia cinco vezes por semana e Terapia Ocupacional quinzenal.

Histórico: Diagnóstico de Câncer há mais ou menos 4 anos, com foco inicial em reto, metástase em tireóide, pulmão, cervical e couro cabeludo. Realizou cirurgia para retirada em nódulo no pulmão Direito. Evoluiu com complicações em port-a-cath em 23 de outubro de 2008, onde permaneceu internada por quase um mês. Afônica, sente fraqueza, tem tremores e mal estar e face edemaciada. Nos 2 últimos ciclos de quimioterapia apresentou cólicas e diarreia. Devido à fadiga ao esforço, utiliza Oxigênio Nasal diurno quando necessário e noturno constante.

Acompanhamento em Terapia Ocupacional: D. Margarida está sendo atendida quinzenalmente desde 24/11/2008, data em que foi realizada a sua avaliação. O objetivo dos atendimentos é fazer com que D. Margarida realize atividades que proporcionem prazer e vivências positivas. D. Margarida mora em Campo Grande com uma de suas três filhas, sendo que uma mora em São Paulo é casada e seu marido está cego. Fez a primeira sessão de quimioterapia e radioterapia em Campo Grande. Veio para São Paulo, pois não estava bem, sua filha a trouxe. Ia para as sessões de quimioterapia sozinha. A vizinha ligou para a filha de São Paulo, que veio e a trouxe para São Paulo, para fazer tratamento no Hospital Beneficência Portuguesa. Analfabeta, sempre morou em sítio e fazenda. Trabalhou em casa de família, lavando e passando roupa. Nos atendimentos relata sempre a sua luta contra a doença, fala da relação com suas filhas, que tem horas que quer desistir, mas como tem muita fé e força de vontade, fala: “Poxa, não vou desistir, pois tem os médicos, as enfermeiras, a faxineira que vem aqui no hospital, me dão de tudo do bom e do melhor, fazem de tudo por mim e eu vou desistir?” Sempre que volta das sessões, volta com diarreia, náuseas e cólicas. Fala sempre bem da filha que mora em São Paulo, que é uma filha boa e que faz de tudo por ela. Diz que aprendeu a ler sozinha, como é uma pessoa religiosa, gosta de ler a Bíblia. Gostaria de aprender a escrever, sabe escrever o nome, relata vergonha, por só saber escrever o nome e por não poder tomar conta da sua conta corrente no banco, quem está cuidando é uma de suas filhas, e não confia muito nela. Muito falante nos atendimentos, se concentra nas atividades realizadas muito otimista sobre o tratamento, diz que vai se curar, mas fala com muita preocupação das filhas, sente mal estar dois dias posteriores das sessões de quimioterapia. Até hoje nos tivemos quatro atendimentos onde pintamos um porta-jóias, pano de prato, árvore de Natal e no último atendimento D. Margarida quis aprender Ponto Cruz. O atendimento de TO é um espaço para que D. Margarida desabafe as suas emoções, seus temores e preocupações. Ela gosta de fazer as atividades e de aprender novas coisas. Apesar da doença, está disposta a aprender e a realizar novas atividades. No primeiro atendimento do mês de fevereiro de 2009, D. Margarida estava bem deprimida, falando que não ia se curar, que os médicos a enganaram. Relatou com mágoa sobre sua filha que mora em São Paulo e disse que quis ficar mais tempo no hospital por causa de um desentendimento com a filha. A partir do mês de fevereiro de 2009 o tratamento (aplicação de medicação) passou a ser feito em casa. No último atendimento do referido mês, relatou que estava deprimida e soube que seu tratamento durará um ano. Quer voltar para Campo Grande. Oscila entre momentos de otimismo e pessimismo. Fala em morte, diz que quer morrer logo. No primeiro atendimento do mês de março de 2009, recebeu a visita de uma amiga de Campo Grande e deram muita risada e conversaram. D. Margarida contou sua preocupação com as suas coisas, que estão sob supervisão de sua

filha e disse que não confia nela.

D. Margarida, no referido mês, foi avaliada pela psiquiatra que indicou tratamento psicológico semanal. Está em uso de Lexotan, Synthroid, belacodid, cálcio, pantoprazol e prednisona (em esquema de retirada) e alcytan. No último atendimento do referido mês, D. Margarida se mostrou mais alegre e mais disposta. Fala ainda do seu sofrimento em Campo Grande antes de vir para São Paulo e em morte. No último atendimento do mês, se apresentou muito disposta e confiante. Desde dezembro, os atendimentos têm tido a participação do seu marido, que é cego devido ao glaucoma. D. Margarida me relatou que está conseguindo cozinhar e que com a ajuda do marido tem limpo o apartamento. Relata que não gosta que mexam nas coisas dela, e que como não está em casa, quando a faxineira vai limpar, ela não coloca no lugar.

Caso 2 – D. Ângela, 84 anos

Diagnósticos: Sequela de AVCi, neoplasia de mama e arritmia cardíaca.

Programa de assistência no serviço: Visita médica (uma vez por mês), acompanhamento em fisioterapia (três vezes por semana), em Terapia Ocupacional (duas vezes por mês) e em psicologia (uma vez por mês).

Histórico: Diagnóstico de câncer de mama há mais ou menos 8 anos. Realizou setorectomia, retirando um quarto da mama; fez radioterapia. Após 6 anos do diagnóstico de câncer, a paciente apresentou um AVC isquêmico, com seqüela leve em hemisfério esquerdo e arritmia cardíaca.

Acompanhamento em Terapia Ocupacional: Desde junho de 2008, D. Ângela é acompanhada quinzenalmente pela terapeuta ocupacional, com os seguintes objetivos: realizar intervenções sensório-motoras, treinos de AVDs, estímulos proprioceptivos, seguidos de atividades artesanais que proporcionem prazer, vivências positivas, bem como treino de coordenação motora fina, memória, criatividade, melhora da auto-estima e orientação espacial.

D. Ângela nasceu no interior de São Paulo, e aos 23 anos mudou-se para a capital, onde se casou e teve cinco filhos (4 mulheres e 1 homem). Segundo ela, nunca foi feliz em seu casamento, mas viveu com o marido até a morte, pois “separação em sua época era coisa de mulher desonesta” (sic); durante toda vida, dedicou-se às atividades do lar e aos filhos. Uma atividade que sempre gostou de realizar, sendo muito significativa, é ouvir músicas sertanejas, especialmente as mais antigas, trazendo-lhe recordações positivas da infância no interior. Após o adoecimento de D. Ângela, dois filhos dividem a responsabilidade de cuidar da mãe. No início dos atendimentos, D. Ângela mostrava-se colaborativa, realizando tudo o que lhe era proposto. Incomodada por residir na casa do filho e sentindo-se um peso para a família, passou a

se desinteressar por todas as atividades, propostas não só pela T.O, mas por todos os profissionais do Home Care. Passou a ficar constantemente deitada, não ajudando mais nas intervenções e nem sequer ouvia mais as tão queridas músicas caipiras. Os atendimentos passaram a ser conversas, nas quais a paciente era ouvida e acolhida, sendo validado seu sofrimento; chegou a receber alta da Fisioterapia devido desinteresse ao tratamento. Sabia-se que sua filha havia comprado um apartamento para a mãe residir, mas o mesmo encontrava-se em reforma, que durou longos meses. E a cada atendimento, a angústia de D.Ângela aumentava, rejeitando todos os tratamentos. Por diversas vezes foi tentado entrar em contato com esta filha para conhecer melhor toda esta história, e orientá-la sobre o estado emocional da mãe. Quando o terapeuta ocupacional entrou em contato com a filha, ela disse que estava reestruturando toda a vida para receber a mãe, e o quanto este período tem sido difícil, pois vive o luto de seu esposo. A filha é acolhida em seu sofrimento, mas também orientada quando ao estado emocional de D.Ângela. Após dois meses desta conversa, D. Ângela mudou-se para sua nova casa; já no primeiro atendimento, espera-me sentada em sua cadeira e desabafa: “Aqui é a minha casa” (sic). Nasce ali um novo momento no atendimento de Terapia Ocupacional, com a retomada daqueles objetivos descritos anteriormente. D.Ângela é orientada quanto a forma de alimentar-se, passa escolher atividades que lhe são significativas naquele momento, como pintar objetos de decoração para sua nova casa, pintar panos de prato, e a cada atendimento apresenta-se mais comunicativa, com novos sonhos, não se queixa em ficar longos períodos sentada e deixa reservado o que iremos fazer no próximo.

Considerações finais

Os idosos são a principal população atendida pelos serviços de Home Care, apresentando doenças crônico-degenerativas, que acarretam incapacidades importantes. A vida doméstica acaba por se esvaziar de sentido, com o cotidiano organizado em torno da doença. Porém, os pacientes com câncer também vivenciam situações de limitação e incapacidades, especialmente no contexto da assistência domiciliar, sendo fundamental seu acompanhamento em reabilitação.

Segundo Siegman et al.⁵, é preciso que as intervenções junto às pessoas com incapacidades considerem a complexa realidade vivida cotidianamente, com ações que articulem diferentes âmbitos da vida dos sujeitos e visem reais transformações qualitativas. Intervir no âmbito da saúde física e mental dos pacientes e familiares deve ser o objetivo em todas as ações, favorecendo a autonomia, as possibilidades de autodeterminação e a realização de escolhas, trocas sociais e de participação social.

Com isso, as intervenções em Terapia Ocupacional são fundamentais. Para os pacientes e suas famílias, representam enriquecimento deste cotidiano, com ampliação da independência e autonomia, melhora da capacidade

funcional e do estado emocional geral. Para as empresas envolvidas na assistência, representam satisfação dos clientes, fidelização e manutenção de condições clínicas mais estáveis, o que implicam em redução de custos com internações e outros procedimentos.

É inerente a necessidade de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, que estará envolvida nos cuidados, discutindo e compartilhando saberes, possibilitando uma abordagem integral às necessidades dos pacientes, familiares e cuidadores.

Porém, ainda é preciso maior divulgação do trabalho em Terapia Ocupacional, para a equipe e para as operadoras de saúde, demonstrando-se sua eficácia e abrindo novas possibilidades para a melhoria dos serviços prestados e da qualidade de vida da população atendida, especialmente no campo da assistência oncológica.

Referências

1. FIGUEIREDO, M.T.A.; BIFULCO, V.A. A psico-oncologia e o atendimento domiciliar em cuidados paliativos. In: CARVALHO, V. A.; FRANCO, M. H.; KÓVACS, M. J. et al (orgs.). Temas em Psico-Oncologia. 1ª ed. São Paulo: Summus, 2008.
2. CHEVILLE, A. Rehabilitation of patients with advanced cancer. *Cancer Supplement*, v.92, n.4, August, 2001. p.1039-1048.
3. HOY, J.; TWIGG, V.; PEARSON, E. Occupational Therapy home assessments: more than just a visit? An audit of Occupational Therapy practice in Oncology and Palliative Care. *British Journal of Occupational Therapy*, v.71, n.2. Feb. 2008. p.59-63.
4. MELLO, M.A.F.; MANCINI, M.C. Avaliação das atividades de vida diária e controle domiciliar. In: Métodos e Técnicas de Avaliação nas Áreas de Desempenho Ocupacional. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. Terapia Ocupacional – Fundamentação e prática. Rio de Janeiro: Guanabara- Koogan, 2007.
5. SIEGMAN, C.; PINHEIRO, C.A.; CARVALHO, M.A. Terapia Ocupacional e pacientes acamados: ações comunitárias baseadas na identificação de problemas. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.13, n.1, p.37-43, jan./abr.2002

A ALTA FONOAUDIOLÓGICA EM PACIENTES DE HOME CARE DE LONGA PERMANÊNCIA



ANDRÉA FRANCISCO BRITO

Graduada em Fonoaudiologia pelo Centro Universitário São Camilo. Especialização em Voz pelo Instituto CEFAC (SP). Aperfeiçoamento em Terapia Fonoaudiológica na Clínica e Hospitalar pela Real Benemerita Associação Portuguesa de Beneficência. Assistente do Departamento de Fonoaudiologia Clínica da Real e Benemerita Associação Portuguesa de Beneficência – Clínica Ivan F. Barbosa. Coordenadora do Departamento de Fonoaudiologia da São Paulo Internações Domiciliares e do Hospital Premier (Grupo MAIS).
Contato: andreafono@premierhospital.com.br

Introdução

O Home Care é um sistema de atendimento domiciliar em saúde que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes. É uma modalidade de atenção à saúde, sendo uma extensão do atendimento hospitalar, porém prestada na residência do paciente. A assistência à saúde, desenvolvida no âmbito do domicílio, compreende as ações que buscam a promoção, prevenção, recuperação e a reabilitação de pacientes em seu lar. Embora o perfil dos pacientes admitidos em Home Care seja, em sua grande maioria, de idosos com patologias crônico-degenerativas, acidente vascular encefálico (AVE), DPOC e ICC, há um significativo aumento na assistência domiciliar pediátrica.

Apresentação da Instituição

A São Paulo Internações Domiciliares - SPID, é uma empresa privada de atendimento domiciliar, que atende pacientes diversificados, na maioria idosos, que possuem terapêutica variada baseada na complexidade do seu quadro clínico.

Caracterização do trabalho/Atividade a ser descrita

A participação do profissional Fonoaudiólogo no atendimento domiciliar é cada dia mais frequente, principalmente na reabilitação dos distúrbios da deglutição, a disfagia. O termo deglutição refere-se ao ato total da deglutição, da introdução do alimento na boca e das fases oral, faríngea e esofágica, até a entrada do alimento no estômago. A disfagia, ou dificuldade para deglutir é sintoma de uma alteração nos mecanismos de controle neuromuscular e sensorial da deglutição. Estes mecanismos estão relacionados com uma complexa ativação de vários circuitos neuronais que exigem uma execução harmônica envolvendo a integridade das vias aferentes, eferentes, sensitivas e motoras.

Pacientes com disfagia podem apresentar quadro de desnutrição, desidratação e tendem a desenvolver comprometimentos pulmonares, devido à broncoaspiração, com risco de morte. O fonoaudiólogo tem como atuação: reabilitar, habilitar ou minimizar as alterações presentes na deglutição, cognição, voz, linguagem e comunicação. Os pacientes atendidos pela equipe de fonoaudiologia, na maioria dos casos, mantêm alimentação por via alternativa, sonda nasointestinal ou gastrostomia, com restrição de via oral. E muitos traqueostomizados em uso de ventilação mecânica.

O profissional habilitado deverá atuar na reabilitação, desmame da alimentação por via alternativa e reintrodução da dieta por via oral, desmame de traqueostomia e uso de válvula de fonação. Em muitos casos nos deparamos com pacientes com sequelas neurológicas que não permitem reabilitação e pacientes com instabilidade clínica. Nestes casos o objetivo terapêutico é limitado.

Nos casos crônicos e com prognóstico limitado, em que no primeiro momento há a necessidade do atendimento mais intensivo, muitas vezes temos dois problemas: a liberação do atendimento pela operadora de saúde e posteriormente a aceitação do desmame do atendimento por parte da família. Uma vez que há a dificuldade não apenas de aceitar a realidade do doente e suas limitações, mas também em assumir os cuidados.

Muitas vezes a operadora de saúde para evitar conflitos com a família e processos judiciais mantém a liberação do atendimento, apesar do fonoaudiólogo não conseguir alcançar seu objetivo de reabilitação total ou parcial.

População alvo

Podemos citar dois casos que não apresentam indicação para terapia fonoaudiológica, porém devido a não aceitação da família ao desmame do atendimento, as sessões são prolongadas:

- *IAS, sexo feminino, 88 anos*

HD: AVC prévio + TQT + BCP + Hipersecreção pulmonar + Insuficiência mitral + GTT + ventilação mecânica.

Início do Home Care: 05/2003 até os dias atuais, com algumas internações curtas hospitalar.

Fonoterapia: duas vezes por semana.

Objetivo: não se conseguiu a reabilitação da alimentação por via oral total e nem parcial e há limitação da comunicação.

O atendimento fonoaudiológico foi mantido até 12/2008. Neste caso houve muita dificuldade do desmame do atendimento devido a não aceitação da família das limitações da paciente.

- *SSM, sexo feminino, 86 anos.*

HD: Mal de Alzheimer + doença de Parkinson + DM + GTT;

Início do Home Care: 06/2006 até os dias atuais, com uma internação hospitalar.

Fonoterapia: duas vezes por semana.

Objetivo: não se conseguiu a reabilitação da alimentação por via oral total e nem parcial devido ao risco de broncoaspiração. O atendimento fonoaudiológico ainda é mantido devido a não aceitação da família a alta fonoaudiológica.

Considerações finais

A interação do profissional com o paciente e a família deve somar esforços para que a recuperação do paciente seja um êxito, proporcionando a conquista de uma maior independência funcional motora e comunicativa.

Quando o objetivo não é alcançado encontramos muitas dificuldades da família em não aceitar a alta fonoaudiológica.

O atendimento domiciliar é uma modalidade crescente e importante dentro do sistema de saúde no Brasil. Seu sucesso está vinculado ao desenvolvimento e amadurecimento de mudanças culturais em relação a cada membro integrante do sistema, seja ele da empresa do Home Care ou da família.

Na nossa cultura, o ato da alimentação não se limita apenas a satisfazer nossos requisitos nutricionais, mas é também fonte de prazer, e em muitos contextos caracteriza-se como um ato social e facilitador da interação entre as pessoas.

Assim a restrição da alimentação via oral gera grandes conflitos nas famílias gerando a não aceitação da interrupção do atendimento, pois a família sempre acreditará na reabilitação.

Para o melhor desenvolvimento é importante que metas sejam estabelecidas desde a captação do paciente no hospital para que futuramente os problemas com o desmame do atendimento não seja tão difícil ou traumático.

Referências

SANT'ANA, Raquel Blanco; HENRIQUE, Cristiane Soares. Home Health Care: Um novo e crescente campo para a atuação fonoaudiológica nas disfagias. In: FURKIM, Ana Maria; SANTINI, Salviano (Org.). *Disfagias Orofaríngeas*. Vol. II. Barueri, SP : Pró-fono , 2008. P. 77-88.

FURKIM, Ana Maria. O gerenciamento fonoaudiológico nas disfagias orofaríngeas neurogênicas. In: FURKIM, Ana Maria; SANTINI, Célia Salviano (Org.) *Disfagias Orofaríngeas*. Vol. I. Barueri, SP: Pró-fono, 2004. P.229-258.

ZAFFARI, Rejane Torres. Disfagia orofaríngea neurogênica – orientações para cuidadores e familiares. In: JACOBI, Juliana da Silva; LEVY, Deborah Salle, SILVA, Luciano Correa (Org.) *Disfagia Avaliação e Tratamento*. Rio de Janeiro,RJ: Revinter, 2004. P. 197-208.

FURKIM, Ana Maria; MATTANA, Antonella Vieira. Disfagias neurogênicas: terapia. In: ORTIZ, Karin Zazo (Org.) *Distúrbios neurológicos adquiridos: fala e deglutição*. Barueri, SP : Manole, 2006. P. 282-299.

OLIVEIRA, Maria Cristina. Atendimento hospitalar ao paciente disfágico. In: OLIVEIRA, Sílvia Tavares (Org.) *Fonoaudiologia hospitalar*. São Paulo, SP: Lovise, 2003 p. 117-122.

SISTEMATIZAÇÃO DO ATENDIMENTO NUTRICIONAL EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR



MARINA ZOTTI

Graduada em Nutrição pela Universidade Católica Dom Bosco (MS). Especializanda em Gerontologia pela Universidade São Camilo (SP). Coordenadora do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital Premier e Coordenadora do Setor de Nutrição da São Paulo Internações Domiciliares (SPID/ Grupo MAIS).
Contato: marina.zotti@gmail.com

Introdução

A Assistência Domiciliar é um termo genérico que representa diversas modalidades de atenção à saúde desenvolvidas no domicílio, entre elas o atendimento e a internação domiciliar.

Algumas modalidades estão envolvidas na assistência domiciliar como:

- Atenção domiciliar: termo que envolve ações de promoção à saúde, prevenção de doença e complicações, abrangendo a assistência e a reabilitação desenvolvidas no domicílio;
- Atendimento domiciliar: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas por meio de ações preventivas e ou assistenciais com a importante participação da equipe multiprofissional;
- Internação domiciliar: conjunto de atividades caracterizadas pela atenção caracterizada pela atenção em tempo integral para pacientes com quadros clínicos mais complexos e com necessidade de tecnologia especializada de recursos humanos, equipamentos, materiais, medicamentos, atendimento de urgência/emergência e transporte (ANVISA, 2003).

Um dos fatores relacionados a importância do atendimento domiciliar se deve ao envelhecimento da população, sabendo-se que 5% das pessoas entre 65 e 74 anos necessitam de assistência em suas Atividades de Vida Diária e este fator é aumentado para 35% para idosos maiores de 85 anos. Os avanços tecnológicos, o baixo custo e a preferência por parte dos familiares e do paciente são outros fatores envolvidos no aumento da assistência domiciliar (Yeda,2000). Outro fator importante é o aumento do número de internações, o aumento da mortalidade e das doenças crônicas não transmissíveis com o avanço da idade.

Contudo, no momento da alta hospitalar, os pacientes recebem uma grande quantidade de complexas orientações que necessitam ser reforçadas e

acompanhadas para que haja compreensão e implantação das mesmas. Os pacientes e seus familiares, ao retornarem aos seus domicílios, encontram uma nova rotina que deve ser bem instituída para que haja possibilidade de manter o paciente no domicílio.

O atendimento domiciliar tem a finalidade de garantir assistência humanizada e ainda proporcionar melhor qualidade de vida aos indivíduos enfermos, assim como também promover educação em saúde junto aos familiares e cuidadores. Portanto caracterizar a população atendida por uma empresa especializada é justificada pela elevada vulnerabilidade dos pacientes, uma vez que a maior parte destes são indivíduos acima de 60 anos de idade e portadores de elevados índices de desnutrição, fatores estes que geralmente interferem na recuperação clínica dos mesmos.

Caracterização do Trabalho/Atividade

A São Paulo Internações Domiciliares – SPID, é uma empresa consolidada no mercado de assistência domiciliar, que se caracteriza por uma empresa privada, atuando há cerca de onze anos no mercado. Suas ações são pautadas no modelo de atenção integral a saúde que compreende um conjunto de ações multiprofissionais integradas em um único fluxo, cujo objetivo é suprir necessidades, além de acolher e engajar o paciente individualmente.

Nos últimos tempos tem crescido significativamente a demanda por orientação nutricional em domicílio, devido ao diagnóstico precoce das doenças crônicas e ao reconhecimento da influência da alimentação sobre diversas doenças, também sobre a importância dada à promoção de saúde e à melhora na qualidade de vida. Atualmente, também é crescente a preocupação com a qualidade dos produtos e serviços fornecidos, sendo este fator nitidamente percebido na área da saúde.

O atendimento nutricional domiciliar tem como objetivos oferecer aos pacientes e familiares a possibilidade de assistência nutricional aliada ao conforto do lar. Para o paciente representa melhor recuperação clínica, diminuição do estresse causado pela rotina hospitalar e acompanhamento periódico capaz de deter quadros de desnutrição e carências nutricionais.

Para que o atendimento nutricional domiciliar seja realizado com sucesso e qualidade, alguns pontos devem ser considerados pelo nutricionista como, confiabilidade, rapidez, empatia, competência, comunicação e flexibilidade.

Impacto da Atividade Junto à População

Este trabalho descreve como a sistematização do atendimento nutricional favorece a execução de todo o processo de assistência desde a admissão até a alta, ou seja, garante uma assistência com início, meio e fim. As etapas do atendimento nutricional domiciliar são descritas a seguir.

- Coletas de dados: coletar dados como antecedentes familiares, doenças associadas, diagnósticos, idade, exames laboratoriais, medicamentos utilizados, dieta atual utilizada;
- Avaliação Antropométrica: avalia o estado nutricional atual, através de parâmetros de peso corporal, reserva de gordura e muscular, história do paciente em relação à perda ou ganho de peso, visando detectar as alterações mais precoces;
- Avaliação Dietética/Hábitos Alimentares: Avalia-se o hábito alimentar do paciente, utilizando de instrumentos que podem ser: recordatório 24 horas, anamnese alimentar e registro alimentar. Estes instrumentos devem ser escolhidos de acordo com o objetivo do atendimento e do perfil do paciente ou cuidador, pois muitos pacientes possuem cuidadores idosos e a utilização de instrumentos extensos e com muitos detalhes podem ser inviáveis;
- Diagnóstico nutricional: O diagnóstico deve ser claro e objetivo, baseado em dados previamente analisados para nortear o atendimento nutricional;
- Avaliação do ambiente domiciliar: a avaliação tem por objetivo considerar a avaliação da residência, identificando possíveis fatores que possam comprometer as recomendações. Deverão ser realizadas orientações sobre higienização das mãos, dos alimentos, dos utensílios e do ambiente; frequência de lavagem e desinfecção de equipo; armazenamento de alimentos e/ou dietas manipuladas ou industrializadas e possíveis esclarecimentos de dúvidas e propostas de modificações ou adaptações quando necessárias;
- Plano Alimentar de intervenção e orientação: estabelecimento das necessidades calóricas e de macronutrientes, prescrição da dieta de acordo com a patologia, adequação da textura dos alimentos, introdução de suplementos alimentares ou dietas enterais e orientação nutricional aos pacientes e familiares quanto à manipulação, administração e preparação da dieta prescrita;
- Seguimento Nutricional: estabelecimento de metas nutricionais e planejamento das visitas de acordo com as necessidades dos pacientes;
- Reabilitação Nutricional: estabelecer critérios de reabilitação nutricional com o objetivo de avaliar a assistência nutricional proposta inicialmente e ter critérios para a definição da alta nutricional.

Considerações Finais

Com a sistematização do atendimento nutricional domiciliar podemos estabelecer indicadores de qualidade, que podem ser quantitativos ou qualita-

tivos para a avaliação do desempenho e da evolução do atendimento prestado. Os indicadores nos norteiam para elaborar possíveis planos de ação e são determinantes para avaliar o sucesso ou o fracasso dos resultados.

A atuação do nutricionista não se limita somente a orientação quanto a oferta de alimentos, mas também ao acompanhamento e aconselhamento nutricional necessários, sendo que a complexidade do atendimento será determinada pela patologia de base e/ou associadas, que podem causar alterações no comportamento alimentar.

Referências

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Consulta Pública nº 81 de 10 de Outubro de 2003;

Duarte, YAO. Atendimento Domiciliar: Um Enfoque Gerontológico. 1ª ed., São Paulo, Ed. Atheneu, 2000;

Souza, D.F.M, Pinto, R.L.R. Rotina do Serviço de Nutrição em Home Care. Revista Nutrição em Pauta, São Paulo, nº46, Jan/Fev 2001;

FATORES QUE AFETAM O CONSUMO ALIMENTAR E A NUTRIÇÃO DE IDOSOS: CONTRIBUIÇÃO DO NUTRICIONISTA VISITADOR



FERNANDA MARTINEZ RODRIGUES

Graduada em Nutrição pela Universidade de Guarulhos (UnG). Nutricionista Visitadora da São Paulo Interações Domiciliares (SPID / Grupo MAIS).

Contato: feouropreto@yahoo.com.br ; fenutri.martinez@terra.com.br

Introdução

Indivíduos com idade a partir de 55 anos são considerados como população adulta mais velha e aqueles com idade a partir de 65 anos são considerados como população idosa.

Nota-se que nas últimas décadas a expectativa de vida vem aumentando e conseqüentemente o número de idosos, com isso, o Brasil está desencadeando um processo de envelhecimento rápido e intenso. Estudos demonstram que no ano de 2050 o Brasil será o sexto país do mundo com maior número de pessoas idosas, sendo que estes terão uma expectativa de vida de 85 anos.

Os idosos são frequentemente acometidos por doenças de longa duração em maior proporção do que os jovens. Estas podem ocasionar sequelas que influenciam na capacidade funcional do idoso, comprometendo o seu nível de dependência, o que leva à necessidade de algum tipo de suporte, auxílio e acompanhamento.

Caracterização do trabalho/Atividade

A São Paulo Interações Domiciliares - SPID, é uma empresa que garante as atividades assistenciais prestada por equipe multidisciplinar para pacientes com doenças agudas ou crônicas, com incapacidade funcional, visando à recuperação ou reabilitação, sem necessidade de equipamentos de alta tecnologia. As atividades propostas estão descritas na portaria n.º 73, de 10 de maio de 2001, que dispõe de “Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil”.

O âmbito domiciliar é o local mais apropriado para o atendimento do idoso semidependente e dependente, que garante um maior conforto e a dig-

nidade de permanecer em seu lar em vez de estar hospitalizado ou em casa de longa permanência.

A permanência no domicílio diminui a ansiedade da hospitalização, resultando da melhora da qualidade de vida para este indivíduo.

O profissional de nutrição pode desempenhar diversas funções como a de identificar indivíduos em risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis e a intervenção alimentícia para a prevenção e controle de enfermidades.

O nutricionista é o profissional com fundamentação técnica no campo da nutrição capaz de orientar o indivíduo na tomada de decisões, sendo este também capaz de traduzir a ciência da nutrição para a linguagem coloquial, orientando o seu público alvo quanto ao seu comportamento alimentar.

O atendimento nutricional em “Home Care” visa oferecer uma assistência mais humana, individualizada e com o envolvimento dos familiares, onde este tipo de serviço orienta como deve ser o comportamento alimentar da família e não somente a do paciente, capacitando-os para realizar procedimentos adequados relativos à alimentação e nutrição, que vão desde a aquisição de alimentos até o seu consumo.

O cuidador do idoso representa o elo entre o paciente, familiares e o profissional de saúde, dentre eles está o nutricionista que deve estabelecer um vínculo com este na tentativa de maximizar o sucesso da terapia nutricional e instruir de maneira clara todas as orientações necessárias quanto à terapia nutricional, pois este é muitas vezes o responsável pela administração da terapia nutricional ao paciente.

População Alvo

Este artigo retrata como o profissional de nutrição visitador contribui para melhorar a nutrição do idoso em atendimento domiciliar salientando o processo de envelhecimento e os principais fatores que afetam o consumo alimentar a nutrição do mesmo.

Impacto da atividade/serviço

Dentre os fatores mais específicos que podem desencadear a má nutrição do idoso estão fatores psicossociais como a perda do cônjuge, depressão, isolamento social, pobreza, capacidade de deslocamento e outros relacionados a enfermidades. Os fatores já mencionados poderão levar a perda de apetite ou à recusa ao alimento, como por outro lado a ansiedade pode acarretar no aumento excessivo de peso.

Estudos têm demonstrado deficiência de energia, vitaminas e minerais em idosos que residem em asilos ou domicílios, este fato está atribuído pelos fatores socioenômicos e as doenças presentes, além do modo de vida e hábitos alimentares.

Essas deficiências são decorrentes das condições que os idosos se en-

contram, sejam em âmbito domiciliar, ou em residência de terceira idade, agravadas pelas condições socioeconômicas, pelas alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, como progressiva incapacidade de realizar as atividades cotidianas sozinho. Nesse contexto o efeito da alimentação inadequada tanto por excesso ou por déficit de nutrientes refletirá em um quadro latente de má nutrição em maior ou menor grau.

As alterações relacionadas à idade trazem diversas mudanças para o organismo do idoso, dentre elas a diminuição da massa magra, deposição de tecido adiposo em tecidos moles, alterações no paladar e olfato que se tornam menos agudos, a mastigação se torna prejudicada pela perda de dentes, menor secreção de ácido clorídrico e bile, dificultando o processo digestivo e a perda do tônus do sistema gastrointestinal levando à constipação.

A constipação intestinal é comum nos idosos e é causada pela diminuição da motilidade intestinal, doenças sistêmicas, outras co-morbidades e uso de fármacos são fatores contribuintes para o aumento da prevalência.

Geralmente os idosos têm a ingestão de fibras em geral diminuídas, mas principalmente ingestão de frutas e vegetais abaixo do recomendado, quatro a cinco porções ao dia, que atenua substancialmente a ingestão de fibras.

O tratamento para constipação intestinal inclui laxativos, aumento da atividade física, dieta e alteração de hábitos regular intestinal (sempre no mesmo horário).

A perda de massa corporal magra, o tecido mais ativo metabolicamente, é acompanhada frequentemente por um aumento na gordura corporal e diminuição proporcional na taxa metabólica. A taxa metabólica basal diminui aproximadamente 15 a 20% durante a vida. Portanto as necessidades de energia mudam porque a pessoa possui menos massa muscular, mais gordura corporal e um estilo de vida sedentário.

A desnutrição tem como principal causa a falta da ingestão de nutrientes necessários para manter a homeostase, ou seja, manutenção das funções corpóreas. Em idosos, esta é comum, pois com o avançar da idade o consumo alimentar diário diminui e os alimentos geralmente consumidos são de baixa caloria, contribuindo para a deficiência nutricional e desnutrição.

Quando a desnutrição é diagnosticada deve-se dar ênfase para os alimentos ricos em vitaminas e minerais, como frutas e verduras, e ricos em proteínas como o leite e derivados, carne e ovos.

Os alimentos ricos em carboidratos simples são ricos em calorias, mas estas são denominadas de calorias vazias devendo ser consumidos com moderação, pois na desnutrição é mais importante consumir os alimentos ricos em nutrientes.

No idoso, os sinais clínicos possuem baixa especificidade para identificação de problemas nutricionais, isto ocorre pelo fato desses sinais serem causados por alterações fisiológicas que surgem com o avançar idade, ou por

alterações patológicas não nutricionais. A púrpura senil, que é um processo característico do envelhecimento da pele, é facilmente confundida com hipovitaminose. Outro fato importante é a cegueira noturna que é a causa de catarata, e pode ser facilmente confundida como causa de deficiência de vitamina A.

A cavidade oral é responsável não somente pela primeira etapa do processo digestivo através da mastigação, mas também compreende o estímulo gustativo e a ação enzimática da saliva.

A saúde bucal deve ser muito bem observada, pois se tiver como consequência a perda de dentes e outras afecções da cavidade oral acarretarão em dor e dificuldade de mastigação e deglutição associadas frequentemente à desnutrição.

A sensibilidade gustativa se encontra alterada durante esta fase, mas não de forma homogênea, encontra-se preservada para o doce e o salgado. A produção de saliva é um fator que pode influenciar na perda da sensibilidade gustativa.

A saúde oral é muito importante, pois muitas vezes ela determina a escolha de determinado alimento pelo idoso. Assim é fundamental que as próteses dentárias estejam em boas condições de higiene e fixação para assim adequar a consistência dos alimentos a essa situação.

O uso de medicamentos pode afetar o estado nutricional diminuindo o apetite como furosemida e digitálicos, alterando ou diminuindo o paladar como AAS, anfetaminas, aumentando o apetite como os anti-histamínicos, drogas psicotrópicas, corticosteróides, e alterando a absorção de um determinado nutriente como no caso dos anticoncepcionais orais interferem na absorção do folato.

Considerações finais

A investigação dos sinais de carência ou excesso de nutrientes, assim como os indicadores de desnutrição, devem fazer parte da avaliação do estado nutricional, através do conhecimento da história clínica e entre a associação entre exames bioquímicos e antropometria ou outro método apropriado.

Algumas condutas podem modificar a relação entre alimentação e prazer, como oferecer refeições menos volumosas e mais vezes ao dia, oferecer refeições atrativas e coloridas de acordo com as recomendações de nutrientes para esta faixa etária, oferecer refeições saborosas através da utilização de temperos naturais como cebolinha, alho, cebola, cheiro verde, salsa, orégano e outros, evitando assim o abuso do sal. Promover contraste entre a cor dos utensílios e o forro da mesa, melhora o estado de animo do idoso, influenciando positivamente no seu apetite. Pode-se também utilizar fundo sonoro neste ambiente, desde que atenda ao gosto desta faixa etária, para obter um ambiente tranquilo.

A adoção destas condutas propiciara o investimento em intervenções que contribuirão, positivamente, para o consumo alimentar adequado desta população e conseqüentemente irá auxiliar na melhora do estado nutricional.

Conclui-se que programas de educação nutricional continuada e de monitoramento do estado nutricional e de saúde são fundamentais para melhoria do estado nutricional e conseqüentemente da qualidade de vida destes indivíduos.

Referências

- MAHAN, L. Kathleen; STUMP, Sylvia Escott. Alimentos, nutrição e dietoterapia. 11.ed.São Paulo: Rocca, 2005.
- CAMPOS, Tereza Fialho de Souza, et al. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso.Rev. Nutr. Campinas, 13(3): 157-165 set/dez. 2000.
- BUSNELLO, Fernanda Michielin. Aspectos nutricionais no processo do envelhecimento. São Paulo: Atheneu, 2007.
- BUENO, Júlia Macedo, et al. Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, vol.13 no. 4. 2008.
- SAMPAIO, Lílian Ramos. Avaliação nutricional e envelhecimento. Rev. Nutr.Campinas, vol.17 no. 4. 2004.
- ACUÑA, Kátia; CRUZ, Thomaz. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. Arq Bras Endocrinol Metab.Bahia, vol 48 nº 3 Junho. 2004.
- CASELATO, Valéria Maria de Sousa; GUARIENTO, Maria Elena. Avaliação do idoso desnutrido. Rev Bras Clin Med. Campinas, 7:46-49. 2009.
- CAMPOS, Tereza Fialho de Souza, et al. O atendimento nutricional em "home care": Uma atividade vinculada ao programa Gilberto Melo da UFV.
- CARNIEL, Mariéli; MARTINS, Adriana. Avaliação da influência da educação nutricional na alimentação de idosos.

COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO VISITADOR NO CONTROLE DE MATERIAIS NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR



DEBORAH KEIKO SHIMABUKURO

Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Santa Marcelina (SP). Enfermeira Visitadora da São Paulo Interações Domiciliares (SPID / Grupo MAIS).

Contato: deborah_keiko@yahoo.com.br

Introdução

A assistência domiciliar surgiu como um modelo assistencial no século XIX, através de caridade prestada por instituições religiosas. Entretanto, esta atividade evoluiu, passando a ter características próprias, com técnicas e regulamentos, com participação dos profissionais de saúde não apenas da enfermagem, para que todos tenham autonomia, habilidade clínica e responsabilidade social.¹

A população que necessita de assistência domiciliar no Brasil vem crescendo assim como no exterior, pois além de proporcionar qualidade de vida ao paciente tem redução de custos para as operadoras de saúde. Para que a assistência seja eficaz, o prestador de serviço deve atender o paciente de acordo com suas necessidades, cabendo ao enfermeiro visitador ter o controle das principais demandas e encaminhá-las para o setor responsável.

O enfermeiro visitador começou a controlar todo material que é encaminhado para residência de cada paciente na assistência domiciliar pela São Paulo Interações Domiciliares – SPID no último semestre de 2007, pois até então o enfermeiro visitador não tinha esse controle rigoroso devido toda a dispensação ser realizada pela Central. Sendo assim, entra a competência do enfermeiro visitador em realizar o controle adequadamente de cada material que é encaminhado para residência mensalmente, processo que chamamos de dispensação.

As competências necessárias para que este processo funcione são principalmente: saber, conhecer, responsabilidade e liderança, no qual o enfermeiro visitador deve estar apto para exercer esta tarefa, afinal ele que deve orientar a equipe de enfermagem no domicílio, verificar se o mapa de consumo esta sendo preenchido de forma adequada, e estas características

estão associadas as características de um empreendedor.

Pode-se entender por competência a capacidade em realizar uma tarefa com eficácia. ²

Um empreendedor é aquele que tem atitude e faz acontecer aquilo que planeja. Ele se vê capaz de controlar e influenciar meio de tal modo que possa atingir seus objetivos.

Apresentação da instituição/serviço

O trabalho foi desenvolvido na São Paulo Internações Domiciliares (SPID), empresa de segmento de assistência domiciliar atuando no mercado desde o final da década passada. Atualmente a SPID configura-se como uma das maiores empresas de Home Care do Brasil, atuando na assistência primordial, primária, secundária e, até mesmo terciária em conjunto com o Hospital Premier.

Através do enfermeiro visitador, busca-se a qualidade de atendimento da assistência domiciliar. Na visita de inclusão de atendimento de Home Care, o enfermeiro qualifica o esclarecimento sobre a assistência e o processo de trabalho da empresa. Em outras palavras, a visita do enfermeiro na residência significa cuidar do paciente dentro do seu quadro clínico, administrativo e sociopsicorelacional.

População alvo

Equipe de Enfermagem da São Paulo Internações Domiciliares.

Caracterização do trabalho/atividade

Através do computador com o sistema IW instalado e com o mapa de consumo preenchido, temos mensalmente de realizar estoque leito de cada paciente, colocando o saldo real e a quantidade que é consumido semanalmente.

Em algumas residências o enfermeiro realiza visita de enfermagem de acordo com o plano terapêutico, que pode ser: mensal, quinzenal ou semanal e os auxiliares de enfermagem das residências utilizam o instrumento chamado mapa de consumo que é o controle dos materiais diário, e quando paciente aumenta consumo de material, isso é identificado pelo instrumento e imediatamente comunicamos a Central para providenciarmos a entrega.

A solicitação dos materiais que são enviados fora da dispensação, são chamados de extras, caracterizado por demanda de solicitação e classificados como:

- 1- Intercorrência e/ou mudança de conduta
 - Novas prescrições ou alterações na conduta
- 2- Complementação da dispensação
 - Aumento de consumo ou uso inadequado de materiais

- 3- Material levado pelos visitantes
Entregas que são levadas em visita dos profissionais
- 4- Reposição de maleta
Material utilizado da maleta pelos visitantes em intercorrência
- 5-Coleta de exames
Coleta de exames que são realizadas pelo Home Care
- 6- Troca de produto ou intercorrência administrativa
Material que familiares precisem de uma marca específica ou material solicitado extraordinariamente

Impacto da atividade

Foi possível observar uma significativa melhoria na redução dos extras, automaticamente com grande resultado satisfatório no controle dos materiais que é realizado pelo enfermeiro visitador e o controle que é realizado pelo sistema IW, uma vez que ficou institucionalizado o uso do mapa de consumo. Sendo assim, gerando a redução de custos com materiais a partir do controle do saldo estimado no domicílio.

Percebe-se que para que este processo funcione, o enfermeiro depende da colaboração e integração da equipe de enfermagem domiciliar que são os responsáveis pelo preenchimento correto do mapa de consumo. Entendemos que a integração da equipe visa que o participante da organização aprenda e incorpore certos valores, normas e padrões que a organização considera relevante para um bom desempenho e resultado em suas funções e setores.³

Considerações finais

O mapa de consumo é imprescindível, como principal instrumento facilitador para competência da equipe de enfermagem no controle de materiais que auxilia e faz gerar o envio da quantidade exata na dispensação de cada paciente mensalmente.

Referências

- 1- RIBEIRO, A.C. ABRAHÃO, M.S. tradução GOMES, I.L. Home Care – Cuidados Domiciliares, Protocolos para a Prática Clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- 2- DUARTE, G. Dicionário de Administração. Fortaleza: Imprensa Universitária/UFC, IMPARH, 2002.
- 3- CHIANENATO, I. Gerenciando Pessoas. São Paulo: MAKRON Books do Brasil Editora, 1992.

PAPEL DO ENFERMEIRO VISITADOR NO CONTEXTO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: VISÃO DO SETOR ESCALA DE ENFERMAGEM



EVERLY ROSÁRIO SOUZA

Técnica de Enfermagem. Bacharel em Gestão de Recursos Humanos pela Universidade de Santo Amaro (Unisa). Graduada de Enfermagem na Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU). Supervisora do Departamento de Escala de Enfermagem da São Paulo Internações Domiciliares (SPID / Grupo MAIS).
Contato: everly@spinternacoes.com.br

Introdução

Assistência Domiciliar é a provisão de serviços de saúde, às pessoas de qualquer idade em seus lares, com objetivo de substituir a hospitalização, diminuindo uma longa internação, mantendo os indivíduos em seus domicílios e comunidade, não se expondo ao risco de infecção hospitalar, além da redução de custos.

Está regulamentada no SUS (Sistema Único de Saúde - 1997), e o funcionamento dos serviços que prestam atenção domiciliar, pela Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 11 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Esta prática está regulamentada de acordo com a resolução do COFEN nº 270/2002, as empresas que prestam serviços de enfermagem domiciliar, definem a necessidade de ter um enfermeiro como responsável técnico pela coordenação das atividades de enfermagem, e turno de trabalho.

Esta modalidade assistencial demonstra, significativamente, a autonomia e o caráter liberal do exercício profissional do enfermeiro, contemplando as funções assistenciais, administrativas, educativas e de pesquisa.

A assistência domiciliar requer um bom desempenho da equipe de enfermagem, pois reflete diretamente na satisfação dos clientes, de suas famílias, da equipe interdisciplinar e das operadoras de saúde.

Diante disto, é impossível não reconhecer o importante papel do enfermeiro no plano terapêutico do cliente, bem como administradores dos serviços de saúde, por interferir, diretamente, na eficácia e no custo da assistência à saúde.

No setor escala de enfermagem, o enfermeiro é o mediador entre quem necessita de cuidados e o profissional que realizará a ação do cuidado,

questionamentos, avaliação, planejamento, implementação, acompanhamento e finalização, de um conjunto de ações diretamente relacionadas com metas estabelecidas para o profissional de enfermagem.

O enfermeiro é um educador permanente, percebendo sempre a necessidade de transformação, pois uma sociedade não é inerte, mas parte de um processo dinâmico, cuja realidade deve ser constantemente identificada para subsidiar novos planejamentos.

Por ser o responsável técnico pelo profissional que fica constantemente na residência do cliente, e visando a excelência no serviço, o enfermeiro detecta assim, as deficiências, qualificações, reclamações, sugestões e gerenciando conflitos desses profissionais, permitindo assim, uma assistência orientada na busca da qualidade do cuidado de enfermagem, na assistência domiciliar.

Apresentação da Instituição/Serviço

O trabalho foi desenvolvido na Instituição São Paulo Internações Domiciliares (SPID), empresa do segmento de assistência domiciliar, atuando primordialmente na assistência primária, secundária e terciária. A instituição dispõe de uma gama de serviços que vai desde “screening” (mapeamento do perfil epidemiológico de carteiras inteiras e o conseqüente conhecimento dos riscos desta população) até o Hospital Premier, com sua filosofia paliativista. Situado na Zona Sul de São Paulo-SP, o Setor Escala da SPID mantém mais de 480 auxiliares e técnicos de enfermagem, prestando serviços para a Instituição, através de prestadoras de serviços (Cooperativas), as quais ficam a distância e são avaliadas através de indicadores de desempenho.

População Alvo

Enfermeiros, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem que prestam serviços para SPID. Clientes em internação domiciliar pela SPID.

Caracterização do trabalho/atividade a ser descrita

Diante deste contexto, este trabalho é qualitativo, que teve como objetivos compreender e refletir sobre atuação do enfermeiro na assistência domiciliar, e descrever seus desafios nesta modalidade assistencial tão recente no Brasil, demonstrando a importância da incorporação do enfermeiro no setor escala, assegurando, na sua prática, a especificidade da natureza dos cuidados de enfermagem adequados às necessidades reais e potenciais do cliente, garantindo cuidados de qualidade, valorizando e divulgando o perfil necessário, para o que o ambiente domiciliar requer.

No segundo semestre de 2008, após um estudo das reais necessidades dos clientes em assistência domiciliar pela SPID, foram aumentadas as visitas do enfermeiro visitador, tendo como responsabilidade principal, dar suporte ao setor escala, garantindo assim qualidade no atendimento ao cliente, e a

satisfação do mesmo e seus familiares.

A visão do enfermeiro das modalidades de assistência domiciliar, vão desde cuidados ao cliente em suas atividades de vida diária, à administração de medicamentos, realização de curativos, cuidados com estomas, até o uso de alta tecnologia hospitalar com equipe multiprofissional de permanência 24hs.

A humanização das ações dos profissionais de enfermagem em nível domiciliar inclui a sistematização da enfermagem, com registro, avaliação, incluindo auditoria, meios que se constituem para a valorização da atividade profissional.

O enfermeiro ao gerenciar, valorizou e promoveu o desenvolvimento da interação e cooperação grupal, respeitando as diferenças individuais, favorecendo a formação de vínculos afetivos, gerenciando situações de conflitos, interesses e valores pessoais e profissionais.

É evidente que o espaço domiciliar, requer equipe interdisciplinar capacitada. É nesse cenário de relações íntimas e constitutivas da identidade pessoal, um lugar de vínculo, que temos a tarefa de adentrar, cuidar e fazer a diferença. Pensando nesta diferença, foram estabelecidas metas para planejar, executar, verificar e atuar corretivamente nos processos assistenciais da escala de enfermagem.

Protocolos do Enfermeiro Visitador

- Analisar o cliente/cuidadores, a fim de encontrar os pontos positivos e negativos para prestação de serviços do auxiliar e técnico de enfermagem, aproveitando assim, os pontos positivos, e eliminando os negativos;
- Treinamento dos técnicos de enfermagem e acompanhamentos no primeiro plantão, com a finalidade de orientação, esclarecimentos das dúvidas técnicas e éticas, diminuindo a rotatividade de profissionais;
- Aproximar os auxiliares e técnicos de enfermagem, do cliente e de seus cuidadores, tendo o cuidado para que essa aproximação não seja evasiva;
- Buscar inovações, cursos de qualificações e reciclagem, para esses profissionais;
- Controle de folgas, faltas e atrasos;
- Ranking dos auxiliares e técnicos de enfermagem, a fim de mapear e qualificar os mesmos;
- Direcionamento ético, com políticas de proteção ao paciente, à família e ao cuidador, visando aperfeiçoar a qualidade dos serviços oferecidos, principalmente a valorização e formação de profissional adequada.

Impacto da Atividade/Serviço Junto à População Alvo

Após análise dos dados coletados (prontuários no sistema IW Care – Ocorrências – Reclamações), observamos:

- Significativa melhoria na qualidade das consultas de enfermagem, aumento da troca de conhecimentos, segurança nos auxiliares e técnicos de enfermagem;

- Acessibilidade dos auxiliares e técnicos de enfermagem para esclarecimentos de dúvidas, junto ao enfermeiro visitador;
- Humanização na assistência, uma vez que o paciente teve o enfermeiro visitador mais presente, no setor mais delicado do Home Care, onde fica a maior concentração das reclamações dos pacientes e familiares à operadora de saúde;
- Cumprimento dos auxiliares e técnicos de enfermagem, em suas tarefas diárias, com uma redução de 75% de faltas e atrasos dos mesmos.

Hoje o enfermeiro visitador tem autonomia, respeito e confiança, aproximando assim, os profissionais do paciente e cuidadores, garantindo uma assistência humanizada.

Considerações Finais

São várias as vantagens relacionadas ao enfermeiro visitador, presente na organização e potencializando uma assistência humanizada: redução de reinternações, do tempo de permanência em hospitais, e a satisfação de ter seu tratamento no aconchego do seu lar. Destaca-se o papel do enfermeiro nesta modalidade e a necessidade de sistematização, planejamento e execução da modalidade do cuidar.

Autonomia profissional é uma das maiores conquistas do enfermeiro na assistência domiciliar, virtude que se concretizará com competência, técnica, responsabilidade, atitude profissional, empatia, e observação para com a equipe interdisciplinar, em benefício do cliente e seu cuidador.

Realizamos reuniões quinzenais e/ou pontuais, para discussão de casos, e acompanhamento da escala e solicitações de treinamentos. A incorporação do enfermeiro no setor escala, trouxe dentre muitas vantagens, a qualidade no fechamento das escalas, no atendimento dos auxiliares aos clientes, e confiabilidade dos familiares dos clientes e das operadoras de saúde, fortalecendo assim, ambas parcerias.

Referências

1. Biblioteca Digital - São Paulo Internações Domiciliares;
2. Gomes, Ivan Lourenço: Home Care Cuidados Domiciliares - Protocolos para a Prática Clínica, 2007;
3. Revista de Enfermagem – Coren-SP – Nº 80: Caderno de Gerenciamento – Programa Gestão de Qualidade;
4. Chiavenato, Idalberto: Gerenciando Pessoas, 1992;
5. Cuidados Paliativos – CREMESP;
6. Puschel, VAA: Programa da Assistência Domiciliar no Município de São Paulo;
7. Kurgcgant, P: Projeto de Pesquisa – Indicadores de Qualidade Para Avaliação Serviços de Enfermagem;
8. Lacerda, MR e Oliniski, SR: Artigo Científico – Familiares Interagindo com a Enfermeira no Contexto Domiciliar;
9. Mendes, MS: Telenfermagem como Ferramenta para Gerenciamento das Consultas de Enfermagem na Assistência Domiciliar;
10. Dal Ben, LW: Instrumento para Dimensionar Horas Diárias de Assistência de Enfermagem Residencial;
11. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 11 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
12. Resolução do COFEN nº 270/2002.

O ENFERMEIRO COMO GESTOR DE RECURSOS MATERIAIS EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR



REGINA SOUTO CARREIRA

Bacharel em Enfermagem pela Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU). Especialização em Gerenciamento de Enfermagem pela FMU.

Contato: regina@spinternacoes.com.br

Introdução

O modelo de Assistência Domiciliar teve origem no século XIX, com iniciativa de caridade da cruz vermelha. Foi sendo desenvolvido de forma técnica pelos Estados Unidos da América e na década de 70 como “Home Care”, com a finalidade de atender doentes crônicos e pacientes fora de possibilidade terapêutica implantando os cuidados paliativos. (GOMES, 2007)

Surgiu de forma organizada no Brasil em 1990 seguindo uma tendência mundial com o intuito de prevenir a hospitalização ou reduzir a permanência hospitalar, com isso, conseqüentemente, uma alternativa que redução de custos com a hospitalização. (RAMOS, 2005)

Com os crescentes custos nas organizações de saúde as instituições cada vez mais, tentam criar estratégias de controle de gastos. Segundo Mesquita (2005), as empresas de saúde investem no atendimento domiciliar, pois a redução média de custos pode chegar a 52% comparado a internação hospitalar.

Segundo Kurcgant (1991), os recursos materiais demandam até 75% do capital das organizações de saúde e representam de 30 a 45% das despesas destas mesmas organizações, em especial das empresas de atendimento domiciliar. Por esse motivo devem ser controlados de forma consciente, em quantidades adequadas e assegurando o melhor custo sem perder a qualidade da assistência.

A Organização Mundial de Saúde em 1992 apontou o Enfermeiro como o profissional da saúde com o maior potencial no controle de uma assistência rentável, sendo o profissional capaz de gerenciar os custos da instituição por estar presente em todos os serviços e trabalhar próximo aos clientes.

Mesquita (2005) reforça também que nenhum outro administrador supre o conhecimento técnico e administrativo sobre o gerenciamento hospitalar do Enfermeiro, podendo assim ser responsável por até 50% do faturamento total da instituição.

Em assistência domiciliar, a previsão dos materiais (dispensação) pode ser realizada conforme a necessidade do cliente e da instituição, sendo comumente semanal, quinzenal ou mensal. Todos os materiais que fogem dessa previsão são caracterizados como extras, e acabam gerando custos adicionais para empresa, principalmente ao o setor de compras e de logística de entrega.

Além do papel do enfermeiro visitador, que realiza o controle desse material, torna-se de suma importância a atuação de um enfermeiro para gestão do processo de extras, realizando triagem das necessidades para evitar desperdício dos recursos.

Este trabalho, tem como objetivo comprar o número de solicitações extras antes da atuação do enfermeiro como gestor do setor de materiais em uma empresa de assistência domiciliar do município de São Paulo, comparado com o mesmo período após quatro meses.

Método

Trata-se de uma pesquisa de campo, qualitativa de caráter exploratório, realizada em uma empresa de assistência domiciliar particular do município de São Paulo. A coleta de dados ocorreu por análise de prontuários eletrônicos referentes aos extras de complementação da dispensação do mês de dezembro de 2008 e comparado com o mês de abril de 2009. Para análise dos dados utilizou-se a frequência absoluta e relativa, sendo dispostos, analisados e apresentados em forma de tabelas e gráficos para melhor compreensão dos dados

Resultados

A amostra analisada foi composta por dados do prontuário eletrônico de uma empresa de assistência domiciliar referente aos extras lançados nos meses de dezembro de 2008 e abril de 2009. Em dezembro de 2008 foram lançados 174 extras, destes alguns foram caracterizados como mudança de conduta ou emergências, logo não poderiam ser previstos. Porém, 70 extras foram caracterizados como complementação da dispensação o que representa 42,2% de todos os extras, sendo estes materiais que poderiam estar inclusos na entrega mensal, mas de alguma forma não foram previstos.

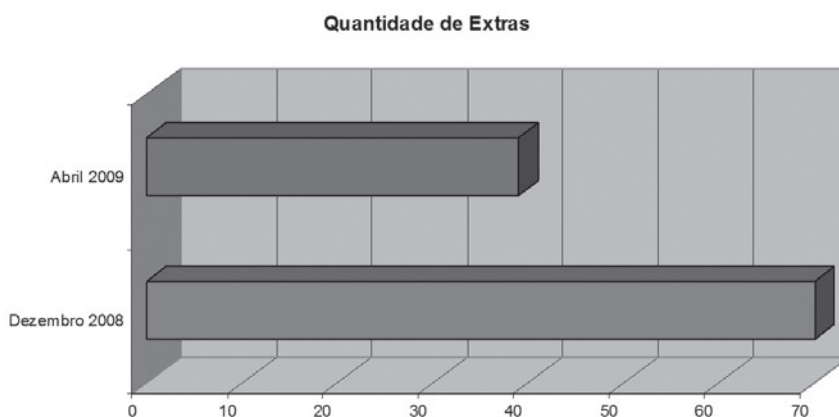
TABELA 1

Comparativo de Requisições Extras de Dezembro de 2008 e Abril de 2009.

MÊS	Total de Extras	Extras Poderiam ser previstos	%
Dezembro 2008	174	70	40,2
Abril 2009	161	39	24,2

Durante o mês de dezembro houve uma transição no processo operacional, a onde todos os extras passaram a ser supervisionados diretamente por um enfermeiro. Após quatro meses, novamente foram analisados os mesmos itens, no total de 161 extras, apenas 39 desses se caracterizaram por complementação da dispensação, sendo representados por 35,8% dos extras totais deste mês. Conforme o gráfico 1 podemos observar uma diminuição de 44,3% dos extras que poderiam ser previstos.

GRÁFICO 1 . Comparativo de Requisições Extras de Dezembro de 2008 e Abril de 2009



Conclusão

O enfermeiro como gerente do cuidar e líder da equipe de enfermagem deve planejar as ações de forma que promova melhores condições para a assistência identificando os fatores que levem ao desperdício para poder implementar ações que otimizem a utilização dos recursos materiais.

Referências

GOMES, I. L. Home Care: Cuidados Domiciliares: Protocolos para prática clínica. 1.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p 376

KURCGANT, P. Administração em Enfermagem. 1.ed. São Paulo: EPU, 1991. p. 237.

MESQUITA, Sandra Renata Albino Marques et al . Programa interdisciplinar de internação domiciliar de Marília-SP: custos de recursos materiais consumidos. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, Ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000400014&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 12 Apr. 2009.

RAMOS, L. R. Geriatria e Gerontologia. 1.ed. São Paulo : Manole, 2005. p. 337.
Banco de Dados da São Paulo Internações Domiciliares

GESTÃO DE PESSOAS: MODELOS DE LIDERANÇA EM HOME CARE



VIVIANE CRISTINA ROZELLI

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Nove de Julho (Uninove). Especialização em Docência para Ensino Superior pela Uninove. Gerente de Enfermagem na São Paulo Internações Domiciliares (SPID / Grupo MAIS).
Contato: viviane@spinternacoes.com.br

Introdução

O conceito liderança vem sendo estudado desde o século XVI com Maquiavel. Para ele, a liderança eficaz era uma questão de manutenção de um fluxo adequado de informações precisas sobre os assuntos a serem decididos e, ao mesmo tempo, a consideração das melhoras alternativas, de modo a permitir que ações decisivas fossem tomadas. Essa análise de liderança guarda uma correlação com os teóricos contemporâneos, uma vez que identifica as dimensões da liderança, como sendo a organização do trabalho e as relações estabelecidas entre as pessoas.

Há de se distinguir os tipos de liderança, sendo ela formal (aquela que detêm o poder – gerências) ou informal (eleita pelos membros sob algum objetivo comum a ser atingido). Qualquer que seja o tipo de liderança, ela é um fator de curiosidade, talvez porque se deseja descobrir o que há por trás do comportamento dos líderes. Líder esse que, em uma situação qualquer tenha pelo menos um seguidor, não havendo possibilidade de reconhecer um líder se ninguém o estiver seguindo. Líderes estabelecem direção, desenvolvendo uma visão de futuro.

As teorias, ainda controversas, apontam que as características de um líder podem ser inatas ou dependentes das condições organizacionais. No segundo caso, a liderança dependeria da adaptação do dirigente a cada situação ou contexto organizacional.

Existem várias teorias de liderança. Na teoria dos traços de liderança, por exemplo, citam-se algumas características de personalidade, muitas das quais não precisam ser inatas, as quais distinguem os líderes eficazes de outras pessoas, como empenho, conjunto de características que refletem alto nível de esforço, incluindo alta necessidade de realização, esforço constante, ambição, tenacidade e iniciativa; motivação e liderança; integridade; auto-

confiança e conhecimento do negócio (líderes eficazes possuem alto nível de conhecimento sobre seus setores, questões técnicas e empresas e tem também inteligência para interpretar amplas quantidades de informações).

A Teoria sobre Liderança Carismática aponta fatores gerais de comportamento do líder. Nessa teoria descrevem-se quatro comportamentos específicos, a saber: o comportamento do Líder Diretivo, o qual esclarece todo o processo, promovendo estrutura psicológica aos subordinados, sendo esse um comportamento instruído, não autoritário; o comportamento do Líder Apoiador, aquele dirigido à satisfação das necessidades dos subordinados e suas preferências; o comportamento do Líder Orientado para o Sucesso, aquele que enfatiza a excelência no desempenho, demonstrando confiança de que os subordinados alcançarão altos padrões de desempenho e o comportamento do Líder Participativo, o qual é dirigido ao encorajamento e influência de seus seguidores na tomada de decisão e nas operações do trabalho.

Identificou-se, anteriormente, que alguns autores citam que as características de um líder dependem das condições organizacionais. Diante disso, cabe analisar, ao menos, dois modelos de organização do trabalho, os quais são modelo taylorista e modelo managerial.

O estilo de liderança do modelo taylorista se apoia sobre a burocracia ou o tipo de autoridade, definido por Max Weber, que é prescrito em virtude da legalidade e do poder fundado sobre regras estabelecidas racionalmente. Estas regras padronizam a conduta humana e tornam possíveis sua previsão e sua direção. Isto provoca a rigidez crescente das organizações burocráticas. Esta rigidez vai provocar consequências negativas. De um lado, ela vai dificultar a integração entre os dirigentes e os subordinados; de outro, ela vai acentuar os sentimentos de superioridade e de inferioridade que prevalecem nas relações de trabalho. No modelo taylorista, eles dão pouca importância ao aspecto humano, as relações que eles desenvolvem com seus empregados são desumanizadas, autoritárias e desiguais. O círculo de comunicações é unicamente vertical: as informações sobem e as decisões descem num ritual onde um subordinado dá conta do seu trabalho a um superior. O sistema de controle taylorista utiliza as punições como uma forma de pressão sobre os indivíduos em vista, aos objetivos organizacionais.

O modelo managerial se afastou da concepção puramente negativa e repressiva do poder que se afirmou nos últimos anos através do modelo taylorista. A nova visão de gerenciamento condena a burocracia (isto é, o clima de rotina, de rigidez e de ameaça) e valoriza a simplicidade das relações interpessoais, a legalidade entre direção e serviços, e a confiança entre os participantes. A hierarquia cede lugar aos nomes informais, à simplicidade no vestir, ao entusiasmo e a uma descontração fundada sobre uma organização articulada em torno de projetos. Uma das qualidades do modelo managerial é que ele compreendeu o valor da ausência de formalismo. Isto vai lhe permitir resolver seus problemas mais rapidamente e estimular a autonomia e a

participação dos indivíduos. De um outro lado, a ausência de formalismo vai facilitar a integração entre os diretores e os empregados. Desde que o clima sugere simplicidade, as relações entre as pessoas se tornam mais fáceis e os sentimentos de solidariedade e de confiança entre eles tendem a aumentar. A importância dada à falta de formalismo facilita ainda a comunicação. As empresas que se apoiam sobre o modelo managerial se caracterizam por um amplo circuito de comunicações informais e abertas, pois elas compreendem que a troca de idéias e informações é fundamental para atender aos objetivos comuns.

Apresentação da Instituição/Serviço

A São Paulo Internações Domiciliares – SPID, é um empresa de assistência domiciliar, no mercado há aproximadamente 12 anos, pertencente ao Grupo Mais (Modelo de Assistência Integral a Saúde). Faz parte desse grupo o Hospital Premier (especializado em cuidados paliativos), a Pró-ativa (prevenção e promoção à saúde), o Premionco (atendimento a pacientes oncológicos) e o Premier Atende (atendimentos pontuais em pronto-socorro a pacientes em atendimento domiciliar).

Conta com uma equipe multiprofissional no atendimento em diversos segmentos da saúde. Faz parte dessa equipe, profissionais da saúde como enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, terapeuta ocupacional, psicólogas, nutricionistas, além de assistente social, trabalhando em harmonia para o atendimento de nossos pacientes. Nossos serviços de saúde atuam desde a pediatria até a geriatria, incluindo todas as fases da vida do ser humano até sua terminalidade.

A instituição atua em São Paulo, Litoral Sul e Norte, Campinas, Ribeirão Preto, Bebedouro, Sumaré, Americana, Indaiatuba, Sorocaba, Itupeva, Jundiaí, além de outros estados e DF, como Santa Catarina, Rio Grande do Norte, Bahia, Mato Grosso, Goiás, Rio de Janeiro e Minas Gerais.

Caracterização do trabalho/Atividade a ser descrita

A análise constante do tipo de liderança de uma empresa privada garante o funcionamento da instituição. Os líderes estão em constante processo de avaliação, seja por seus superiores ou pelos subordinados. Provas são impostas diariamente. O presente trabalho buscou avaliar o tipo de liderança existentes na São Paulo Internações Domiciliares, as quais envolvem a coordenação e gerências e gerências com seus subordinados, através da análise do comportamento dos líderes, em diversas situações, relacionando-se as teorias de liderança descritas anteriormente.

População Alvo

O trabalho tem como população alvo as lideranças dos profissionais de saúde envolvidos na assistência domiciliar.

Impacto da atividade/serviço junto à população alvo

A instituição São Paulo Internações Domiciliares segue um modelo de organização do tipo managerial, a qual condena a burocracia e as rotinas. Os líderes, na figura dos coordenadores e gerentes de diversas áreas da saúde estão em constante processo de aprendizado. Aprendizado esse instigado pela diretoria, a qual promove a seus líderes encontros semanais para discussão de seus problemas e para a apresentação de soluções. Esse grupo de líderes, chamado de Grupo Cabeça, iniciou suas atividades há aproximadamente um ano. A atividade em grupo aproximou as lideranças dos diversos profissionais de saúde, sendo identificados problemas comuns entre eles. Essa iniciativa, orientada por um profissional habilitado, promoveu aos líderes espaço para discussões e para a apresentação de soluções a problemas existentes nos diversos setores. A empresa busca o fortalecimento das lideranças e o constante crescimento de todos os setores da empresa.

As lideranças apresentavam, em sua grande maioria, os mesmo problemas e conflitos com subordinados, independente da área de atuação, podendo-se aprender com os líderes mais experientes.

Os coordenadores das áreas de saúde são líderes, também em constante aprendizagem. São, de acordo com as teorias, Líderes Diretivos os quais instruem seus subordinados e auxiliam seu crescimento profissional e pessoal. Esse tipo de liderança passa a ser exemplo a ser seguido pelas gerências com seus subordinados.

Mesmo com essa liderança, alguns conflitos são inevitáveis. Verificam-se movimentos de “motim”. Movimentos esses que abalam algumas relações de trabalhos e que precisam de correção imediata. Ninguém, em uma relação de trabalho corporativo, está livre de conflitos.

Como disse Max Gehringer em seu programa na rádio CBN a um ouvinte, ninguém está livre de conflitos e questionamentos. Ele relaciona o conflito do ouvinte, o qual enfrentava uma situação onde 03 funcionários queriam derrubá-lo do cargo de líder/chefe, ao conflito do Criador, quando foi questionado por Lúcifer. Nem mesmo o Criador estava livre de questionamentos, porém serve de exemplo aos líderes empresarias em suas tomadas de decisões.

Considerações finais

Na maioria das empresas tayloristas, a noção de diretor evoca a relação superior/subordinado, com a idéia do diretor como “patrão”. As ordens são dadas e devem ser obedecidas. A ameaça de punição é o que rege principalmente as relações. Os sistemas de controle parecem ser fundados sobre a

hipótese que os subordinados são maus elementos sempre prontos a mentir, a enganar, a roubar e a enrolar os superiores.

Em contrapartida, os diretores da maioria das empresas manageriais são felizes de poder ajudar os subordinados que têm problemas pessoais. Os funcionários são tratados com mais dignidade, respeito e estima, e que eles começam a ser considerados como uma fonte de ganhos de produtividade ao lado dos investimentos.

Nesse tipo de empresa os subordinados se revelaram mais comprometidos quando esta se aparenta à uma gestão participativa que compreende um clima favorável, a um estilo de liderança conduzindo à aproximação, à confiança e ao respeito entre os membros.

Os brasileiros esperam da organização a hospitalidade, a harmonia e um superior benevolente, compreensivo, que os respeite e os apoie.

Referências

BELLE, F. (1991). Cultura de empresa e identidades profissionais. *Revista de Administração*. 26.Nº 2, 40-59.

FLEURY, M. T. L. (1990). "O desvendar a cultura de uma organização - uma discussão metodológica", apud: FLEURY, M. T. L. & FISCHER, R. M. (Eds.). *Cultura e poder nas organizações*. São Paulo, Atlas, (p. 15-27).

HOLANDA BARBOSA, L. N. (1996). Cultura administrativa: uma nova perspectiva das relações entre antropologia e administração. *Revista de Administração de Empresas*. 36. Nº 4, 6-19.

GERENCIAMENTO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS A DISTÂNCIA EM ASSISTÊNCIA DOMICILIAR



LEONARDO BRAZ DOS SANTOS BARROS

Bacharel em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).
Gerente de Contas Médicas da São Paulo Interações Domiciliares (SPID /Grupo MAIS).
Contato: leonardo@spinternacoes.com.br; leo008@gmail.com

Introdução

Nos serviços de Assistência Domiciliar é necessário um suporte profissional a distância de profissionais que possam orientar cuidadores e profissionais que estejam nas casas para também informar e educar os familiares quanto ao manejo do cuidado. A inserção da enfermagem, neste momento, permeia desde o recebimento da informação até o momento em que o paciente é considerado estável, ou que seu momento no processo saúde-doença foi caracterizado como satisfatório em relação ao seu momento anterior. O registro sistemático facilita e aumenta o conhecimento do processo saúde doença, além de qualificá-lo com maior integralidade, devido ao fluxo constante das informações e sua acessibilidade ¹.

O emprego desta mão de obra na assistência domiciliar atende o interesse em salvar recursos, numa área em que as empresas de saúde procuram evitar altos custos operacionais. Alguns administradores sempre insistiram para que Enfermeiros tratassem os pacientes, porém essa mão de obra em algumas ocasiões não é inserida no contexto por questões econômicas ².

Estes fatos estão imersos num contexto onde há uma regulação legal pouco presente, porém em crescimento, já que os números quanto a serviços de atendimento domiciliar têm aumentado tanto em número de serviços, quanto em número de pacientes, e também em número de profissionais atuantes na área.

Mas, neste momento também há a oportunidade de implementar a assistência com o saber horizontal próprio da enfermagem, que compreende aspectos sociais, emocionais, psicológicos e espirituais do cuidado.

A assistência domiciliar no sistema complementar de saúde no Brasil é relativamente recente, e é regulamentada pelos órgãos governamentais de modo primário.

Os parâmetros de qualidade e excelência são muitas vezes derivados de medidas muitas vezes usadas no âmbito hospitalar, mas o ambiente, o fluxo de trabalho e as medidas instauradas na vigência de uma intercorrência clínica são muito diferentes.

Apresentação da instituição

O serviço de atendimento domiciliar no qual foi desenvolvida esta pesquisa atende pacientes no Estado de São Paulo e também em outros estados brasileiros, mas primordialmente na região da Grande São Paulo, onde se concentra a maior parte da população atendida.

A população também é majoritariamente associada a planos de saúde, que prestam serviços nestas regiões, e encaminham os pacientes à instituição de modo que sejam avaliados por um profissional da saúde. Este profissional dimensiona quais os parâmetros em que serão prestados estes serviços. O local destas avaliações pode variar, seja em hospitais, sejam em suas próprias residências, onde será prestado o cuidado, ou também dentro de outras instituições, como casas de repouso.

Os profissionais envolvidos no cuidado são enfermeiros, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, médicos, assistentes sociais, e realizam visitas a estes clientes, ou procedimentos e turnos de trabalho (no caso dos auxiliares) na frequência dimensionada de acordo com o tratamento dos pacientes.

Dependendo do plano e atendimento traçado para este paciente, também são disponibilizadas outras tecnologias, equipamentos, medicamentos, gases medicinais, etc.

Mas em comum a todos os pacientes existe o serviço de call center, o elo de comunicação entre a empresa e o cliente, através de linha telefônica disponível a receber chamadas dos pacientes, e também a realizar o monitoramento ativo destes pacientes, de modo que o cliente esteja sempre atualizado no que concerne às suas necessidades de cuidado, e também os profissionais estejam atualizados quanto ao estado geral do paciente e dos itens necessários ao seu tratamento.

Este elo de comunicação recebe numa determinada frequência, chamadas de familiares, pacientes e profissionais, comunicando a ocorrência das chamadas intercorrências clínicas, momento de descompensação do estado geral do paciente. Quando a intercorrência é comunicada pelo familiar cuidador/ familiar, muitas vezes vem acompanhada de uma carga emocional importante, além das complicações clínicas agudas que devem ser ouvidas e acompanhadas a partir daquele momento com cuidado e com a devida atenção, dimensionada a partir de cada caso. Cada evento deste tipo é registrado na forma de “Intercorrência Clínica” no prontuário eletrônico do paciente, num campo específico onde qualquer profissional pode registrar informações juntamente com a identificação e o horário. Este registro deve conter o maior

número de informações pertinentes possível, para que os profissionais estejam plenamente atualizados quanto aos fatores que envolvem este evento.

Este campo é de registro irretocável, ou seja, posterior ao registro, de nenhum modo a informação pode ser alterada ou revisada por ele mesmo ou por outro profissional. Nele é possível, já no início, rotular a classificação e gravidade do evento, entre Emergência, Urgência e Normal, sendo que o nível de atenção dispensado é respectivamente alto, médio e baixo. Muitas vezes intercorrências classificadas nos dois primeiros modos são monitorados duas, três, ou até mais vezes por dia. Também é possível especificar seu tipo entre “Piora do Quadro Clínico”, “Perda de Sonda”, “Entrada de Novo ATB”, “Coleta Excepcional de Exame” e “Admin. Errada de Medicamento”.

Qualquer profissional devidamente registrado no sistema eletrônico de prontuários pode iniciar um registro de intercorrência clínica, que pode também ser seguido pelos profissionais tanto internos quanto externos, possibilitando a troca rápida de informações entre os atuantes neste cenário.

Quando a situação do paciente é resolvida e julga-se desnecessário prosseguir com acompanhamento da intercorrência, ou quando se julga que a descompensação parcial ou totalmente resolvida, um enfermeiro (a) realiza o fechamento da intercorrência, porém sendo possível ainda realizar-se sua reabertura ou iniciar um novo registro pertinente à mesma situação.

Objetivo

Este estudo é um levantamento estatístico de registros em intercorrências clínicas que foram iniciadas de 01 de janeiro de 2009 a 31 de março de 2009, de pacientes associados a uma determinada seguradora. Foram dimensionados atentando-se a identificação do profissional, sua qualificação, duração da intercorrência, número de registros, complexidade, tipo e quais foram condutas necessárias diante da intercorrência registradas no prontuário eletrônico.

Metodologia

- Realizar levantamento de intercorrências iniciadas de janeiro a março de 2009 e concluídas em prontuário eletrônico, dos pacientes de uma determinada carteira de clientes / convênio do serviço de “Home Care”.
- Realizar controle dos profissionais que registraram condutas ou monitoramentos no campo destinado à este fim.
- Quantificar a qual profissional, determinada orientação registrada em prontuário será atribuída.
- Classificar a gravidade da intercorrência de acordo com a sua natureza. Identificar se houve necessidade de exames complementares, envio de medicações, visitas domiciliares, encaminhamentos de equipe de atendimento pré-hospitalar e internações em decorrência ou na vigência destas descompensações.

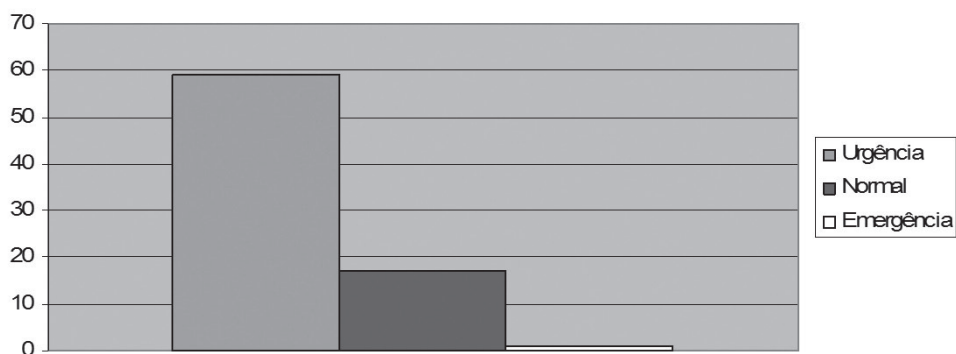
- Mensurar quanto tempo cada classe de intercorrência foi resolvida.
- Apontar quais classes de profissionais realizaram registros, proporcionalmente.

Demonstrar graficamente a proporção de cada dado analisado, apontando possíveis anomalias e soluções para eventuais detecções.

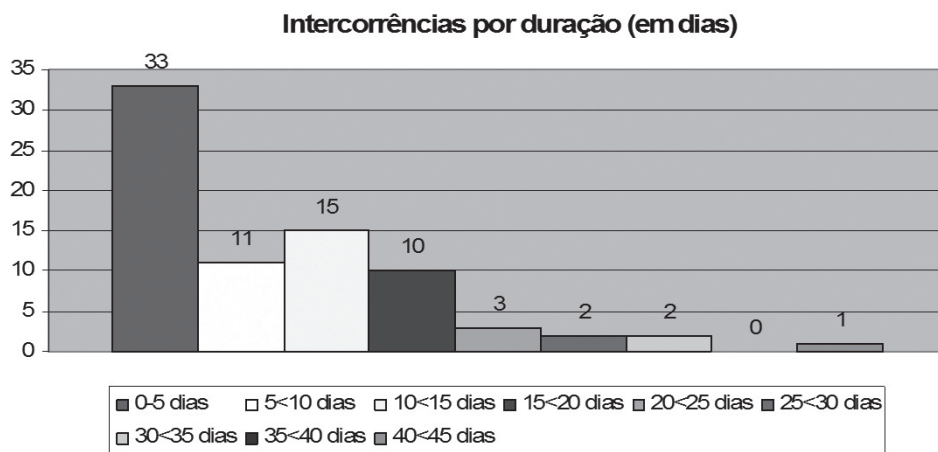
Resultados

Dentre os 77 registros de intercorrência, 59 foram caracterizados como nível “Urgência”, 17 de nível “Normal”, e apenas 01 como “Emergência”. Dentro destas intercorrências foram feitos 524 registros em momentos diversos. Os registros foram encontrados em 30 prontuários eletrônicos diferentes. Quantificou-se a duração do registro das intercorrências, medindo-as em dias. Fez-se deste modo porque a maioria dos registros ultrapassa um dia, mesmo havendo muitas abaixo deste nível. Percebe-se uma concentração de intercorrências entre 0 e 20 dias, mas especialmente na faixa de até 5 dias. Também atentou-se à proporção entre as especificações de gravidade das intercorrências, onde pode-se perceber um destaque ao nível de “Urgência”, responsável por mais de 80 % dos registros.

Registros de intercorrências por especificações de complexidade (unidades)

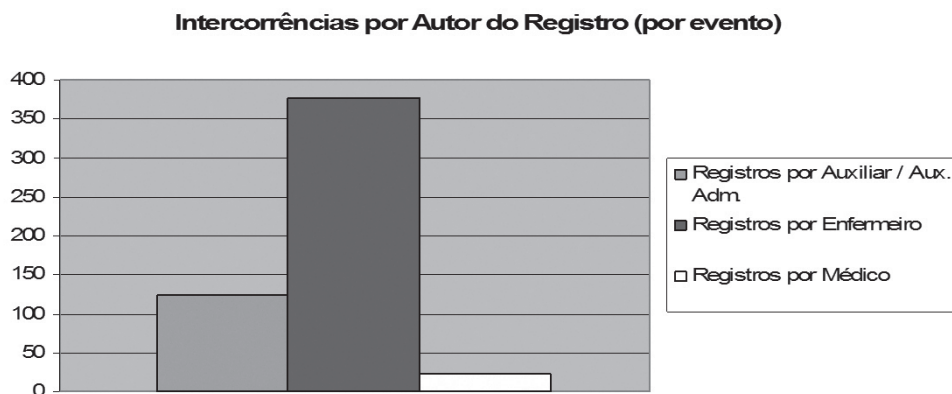


Também atentou-se para a duração dos registros, cuja porção está concentrada entre 0 a 10 dias, com destaque para as intercorrências que estão entre 0 e 5 dias.



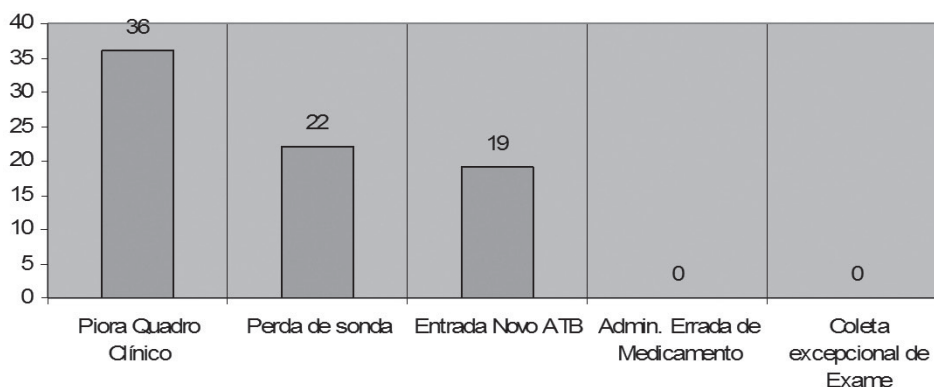
Também foram apontados quais os profissionais responsáveis pelos registros nas intercorrências em prontuário eletrônico, onde se percebe os Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem/Administrativos e Médicos. Destacando-se os Enfermeiros, com mais de 350 registros dos 524 apreendidos (lembrando que estes são os registros encontrados 'dentro' das intercorrências, ou seja, vão desde relatos de fatos até intervenções mais contundentes como prescrições).

Estes registros foram encontrados em 30 prontuários diferentes, num meio onde estão usualmente de 30 a 40 pacientes, ou seja, uma proporção representativa dos pacientes daquela seguradora que tiveram intercorrências em seus prontuários em algum momento durante os meses monitorados.



Também é possível apreender as intercorrências por tipo pré-formatado. Os tipos Admin. Errada de Medicamento e Coleta Excepcional de exames não foram encontrados, porém entre o restante dos tipos manteve-se uma proporção pouco desequilibrada, com breve margem para Piora de Quadro Clínico.

Tipos de Intercorrência (por especificação pré-formatada).



Nestas situações, também foram necessárias mobilizações de recursos para atendimento destas intercorrências; foram solicitados exames por 30 ocasiões (não foram quantificados quantos tipos de exames); foram solicitadas duas avaliações com especialista indicado pelo convênio; em 7 ocasiões foi necessário encaminhamento a hospitais, seja para procedimentos cirúrgicos, seja para estabilização do quadro clínico, e em uma ocasião foi necessário acionar o serviço de atendimento pré-hospitalar do convênio.

Conclusão

A intenção deste estudo foi primariamente identificar o profissional presente no momento de recepção da informação dentro do serviço de saúde, para que este profissional seja devidamente capacitado e treinado para fazer frente a estas situações apropriadamente, poupando recursos, otimizando o fluxo de trabalho e qualificando o atendimento. Percebeu-se que o Enfermeiro e o Auxiliar de Enfermagem são plenamente ativos neste momento da assistência pela proporção de registros, pois disponibilizam as informações quando necessário. Indica também que outros profissionais poderiam disponibilizar estas mesmas informações em prontuário eletrônico, principalmente os profissionais que trabalham na área interna do Home Care, dentro da empresa. O intuito dos registros de intercorrência é prever a piora do quadro clínico, acompanhando-as constantemente, proporcionando à equipe a probabilidade de demandas antevistas, com a configuração por profissionais de áreas diferentes, dentro da equipe multiprofissional.

Deste meio também pode-se deduzir a necessidade de uma maior participação dos outros profissionais na condução deste processo. Este provavelmente seria um processo vagaroso de readaptação da estrutura e culturas organizacionais, que é passível de renovação ou não ⁴, dependendo da postura da administração.

Também percebe-se que o tempo em que este registro é mantido no prontuário é relativamente alto. Pode-se atribuir este fato ao tipo de intercorrência para acompanhamento de aplicação de antibiótico, o que elevaria considerável a vigência do registro em prontuário eletrônico.

Conhecidamente atribui-se às intercorrências uma prioridade de atenção relativamente alta, a proporção de registros atribuídos como de alta complexidade, ou seja, de Urgência a Emergência, também são altos; isto é explicável também pelo fato de outros fatos mais corriqueiros do atendimento relativos a equipamentos, material, escala de profissionais e outros assuntos serem registrados em outro campo do prontuário.

Mas, reconhecidamente, o aspecto que mais salta aos olhos é a necessidade de treinamento e injeção de recursos aos profissionais participantes neste processo, na direção de instrumentá-los para melhor atendimento deste momento delicado da assistência.

Referências

- 1 PRADO, Sônia Regina Leite de Almeida; FUJIMORI, Elizabeth. Registro em prontuário de crianças e a prática da integralidade. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 59, n.1, Feb.2006. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100013&lng=en&nrm=iso.
- 2 CASTRO, Cláudio de Moura; VIANNA, Nilton Romeu Solon Magalhães. A mão invisível nos serviços de saúde: será que ela cura?. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, Dec. 1985. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1985000400003&lng=en&nrm=iso.
- 3 SILVA, Neide Emy Kurokawa e et al. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 4, Aug. 2002. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000500015&lng=en&nrm=iso.
- 4 JERICO, Marli de Carvalho; PERES, Aida Maris; KURCGANT, Paulina. Estrutura organizacional do serviço de enfermagem: reflexões sobre a influência do poder e da cultura organizacional. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 3, Sept.2008. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000300022-&lng=en&nrm=iso.

DIMENSIONAMENTO DE ENFERMAGEM EM HOME CARE: IMPORTÂNCIA DE SE FAZER ENTENDER PARA REDUZIR CUSTOS



JULIANA BUENO RODRIGUES

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Nove de Julho (Uninove). Pós-Graduada em Enfermagem em Urgência e Emergência pela Uninove. Enfermeira Visitadora da São Paulo Internações Domiciliares (SPID / Grupo MAIS).
Contato: julianarbueno104@hotmail.com

Introdução

A Assistência Domiciliar é um tema que atualmente traz muita discussão entre profissionais da área da saúde e entre administradores. Essa modalidade de assistência, também conhecida como Home Care (do inglês, cuidado do lar), pode ser definida como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizados na casa do paciente. Abrangem ações de saúde desenvolvidas por equipe interprofissional, baseadas em diagnóstico da realidade em que o paciente está inserido, visando à promoção, à manutenção e à reabilitação da saúde⁽¹⁾.

As formas de assistência domiciliar estão divididas basicamente em: visita domiciliar, atendimento domiciliar e internação domiciliar. Visita domiciliar é aquela onde o atendimento é realizada pelo profissional de saúde ao cliente em sua residência, e tem com objetivo avaliar as necessidades deste, de seus familiares/responsáveis pelo cuidado no domicílio e do ambiente onde vive. As visitas são realizadas levando-se em consideração a necessidade do cliente e a disponibilidade do serviço, é estabelecido um plano de cuidados e realizadas orientações às pessoas responsáveis pelo cuidado no domicílio, visando a recuperação do cliente até que seja possível a alta de Enfermagem.

No atendimento domiciliar, as atividades assistenciais exercidas pelo profissional de saúde na residência do cliente, têm a finalidade de executar procedimentos mais complexos, pertinentes aquele profissional que possui formação técnica para tal. São realizadas orientações aos responsáveis pelo cuidado no domicílio e de acordo com a complexidade do cuidado requerido, define-se a periodicidade do atendimento.

Já a internação domiciliar, é semelhante ao cuidado oferecido em ambiente hospitalar, as assistências são exercidas por profissionais de saúde na residência do cliente, e conforme a necessidade do cliente, equipamentos,

materiais e medicamentos são disponibilizados. A permanência de profissionais de enfermagem junto ao cliente é pré-estabelecida sendo 6, 12 ou 24 horas, conforme a complexidade dos cuidados prestados ao paciente. Também ocorre orientação ao responsável pelo cuidado no domicílio.

Independente da modalidade oferecida (visita, atendimento ou internação domiciliar), o cliente deve contar com um responsável pelo cuidado no domicílio, que será o elo entre o paciente e a equipe de enfermagem, além de exercer outras funções pertinentes somente a este.

O quantitativo de horas de assistência de enfermagem para os cuidados desse paciente, são classificadas através de um instrumento que apresenta pontuações distribuídas por grupos de indicadores, que conforme a pontuação obtida, classificam a quantidade de horas de enfermagem esse paciente despende.

Na nossa instituição utilizamos a tabela de Manutenção em Dimensionamento em Enfermagem em Home Care do Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar – NEAD, e conforme o paciente se recupera ou tem uma piora do quadro clínico, ocorre o ajuste (aumento ou diminuição) de horas diárias de assistência de enfermagem até que se observe a melhora do quadro clínico e assim seja possível a alta da equipe.

Desde o primeiro contato com o paciente e/ou responsável pelo cuidado no domicílio, a enfermeira visitadora deixa explícito, entre outras coisas, como funciona a assistência domiciliar, o papel da equipe de enfermagem e do responsável pelo cuidado no domicílio; e como se dá o processo de redução ou aumento das horas da equipe de enfermagem.

A cada visita da enfermeira visitadora o paciente é reavaliado aplicando o instrumento do NEAD, e conforme sua evolução, o cuidador responsável é notificado com antecedência sobre a redução ou alta da enfermagem. Isso possibilita o cuidador a se preparar para a nova rotina de cuidados ao paciente sem a equipe de enfermagem.

Apresentação da Instituição/Serviço

O trabalho foi desenvolvido junto aos pacientes sob atendimento domiciliar da São Paulo Internações Domiciliares (SPID), empresa do segmento de Assistência Domiciliar que atua no mercado desde o final da década passada. Atualmente, a SPID configura-se como uma das maiores empresas de Home Care do Brasil, com ações na assistência primordial, primária, secundária e, até mesmo, terciária, com o Hospital Premier.

População alvo

Cuidadores, familiares e pacientes da São Paulo Internações Domiciliares.

Caracterização do trabalho/atividade a ser descrita

É fato que quando o paciente e/ou responsável pelo cuidado no domicílio, está ciente de como funciona o atendimento domiciliar, seus direitos e deveres. Desde quando se dá a alta hospitalar e começa os cuidados em domicílio, até o término daqueles procedimentos que exigem a equipe, o reajuste de horas de enfermagem e/ou alta ocorre naturalmente sem transtornos. Com tudo, a enfermeira visitadora tem o papel de educar o paciente e/ou cuidador, ensinando e provendo segurança para que esse dê continuidade dos cuidados no domicílio.

Impacto da atividade/serviço junto à população alvo

Devemos ter em mente a importância da enfermeira visitadora na educação, quanto aos cuidados em domicílio e na pós redução/alta da enfermagem, desde a admissão do paciente em atendimento domiciliar até a alta. Quando o escore de NEAD é aplicado corretamente desde a alta hospitalar e o paciente e/ou cuidador estão cientes de como se dará todo o processo, a interação entre estes e a equipe de enfermagem se dá de uma forma mais amistosa e com maior entrosamento.

A cada visita de enfermagem, a enfermeira visitadora deve esclarecer dúvidas quanto aos cuidados e deixar claro a proximidade da nova rotina que vai se estabelecer naquele domicílio.

É provado, na prática de enfermagem em atendimento domiciliar, que seguindo esses passos, o custo da internação domiciliar é reduzido, diminuindo bruscamente gastos com horas de Enfermagem sem real necessidade e a disponibilizando recursos humanos para outros atendimentos onde realmente se fazem necessários.

Referências

1.Carleti SMM, Rejani MI. Atenção domiciliária ao paciente idoso. In: Papaléo Netto M. Gerontologia. São Paulo (SP): Atheneu; 1996.

IMPORTÂNCIA DO MONITORAMENTO ATIVO



JACQUELINE OLIVEIRA ARAUJO

Graduanda de Enfermagem pela Universidade Paulista. Estagiária de Enfermagem pela São Paulo Interações Domiciliares (SPID / Grupo MAIS).
Contato: jacqueline@proativasaude.com.br



JULIANA BUENO RODRIGUES

Bacharel em Enfermagem pela Universidade Nove de Julho (Uninove). Pós-Graduada em Enfermagem em Urgência e Emergência pela Uninove. Enfermeira Visitadora da São Paulo Interações Domiciliares (SPID / Grupo MAIS).
Contato: julianarbueno104@hotmail.com

Introdução

No Brasil, as operadoras de saúde e de auto-gestão estão conseguindo reduzir custos por meio do monitoramento de doentes crônicos, como diabéticos, hipertensos e cardiopatas. Os doentes crônicos gastam em média R\$ 10 mil por ano com médicos, exames laboratoriais, prontos-socorros e internações.

Em geral, o monitoramento é feito por equipes formadas, principalmente, por enfermeiras, nutricionistas e psicólogas, contratadas pelos planos e seguros de saúde. Por meio do telefone ou de visitas, os profissionais entram em contato com o paciente para saber como ele está. O serviço não tem custo adicional ao usuário.

As orientações mais comuns são sobre a medicação prescrita pelo médico, dicas de dietas e de atividades físicas adequadas para o perfil do paciente, além da medição da taxa de glicemia e da pressão arterial.

O objetivo é a implementação de uma sistemática de monitoramento, conscientização e cuidados coordenados que resultem na melhoria possível do estado de saúde e da qualidade de vida dos participantes dos programas, bem como na progressiva diminuição da necessidade de utilização dos recursos assistenciais de emergência e internações hospitalares disponibilizadas pelos planos/seguros saúde.

O serviço é feito por meio de um call center, e com o apoio de uma equipe multidisciplinar. Apesar de considerar a redução de custos uma questão “secundária”, o monitoramento faz com que os pacientes deixem de usar

o sistema complementar de saúde desnecessariamente. O índice de adesão aos tratamentos está entre 95% e 97%.

Apresentação da Instituição/Serviço

A Proativa (Promoção da Saúde), empresa vinculada a São Paulo Internações Domiciliares, tem como objetivo do programa de Monitoramento GMDC (Gerenciamento Médico de Doenças Crônicas), auxiliar o controle da saúde, por meio de orientações de profissionais capacitados e recursos adequados. Valoriza o acompanhamento sistemático de indivíduos com fatores de risco ou patologias crônicas, para a diminuição de intercorrências (entrada em pronto-socorro, internações, complicações além de gastos com saúde). Através da escala de complexidade, o paciente recebe atendimento e orientações em ligações telefônicas de um profissional qualificado (Enfermeira, Médico, Nutricionista, Psicóloga, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta).

A Proativa constitui-se numa equipe transdisciplinar com foco na promoção da saúde e na prevenção de agravos da saúde. Dispõe de metodologia cientificamente consistente e voltada para a adequação dos diversos ambientes corporativos. Neste sentido, utiliza-se de amplo instrumental para as intervenções, que vão desde palestras de sensibilização e esclarecimento ao monitoramento de condições crônicas. O principal objetivo das ações é o da construção de uma cultura de promoção à saúde nos ambientes corporativos, sempre estabelecendo parcerias com os agente políticos locais (RH, Gestores, Setor de Medicina Ocupacional, etc.). Seu caráter multidisciplinar permite ampla gama de atuação e confere aos programas as características da integralidade, sustentabilidade e efetividade. Ao mesmo tempo, sua abordagem epidemiológica das ações e a aferição de resultados.

Principais áreas de atuação:

- Screening de saúde (rastreamento);
- Monitoramento de fatores de risco e agravos crônicos;
- Programas de ergonomia;
- Programa de saúde bucal;
- Programa de Medicina Ocupacional;
- Campanhas de vacinação;
- Programas de saúde;
- Palestras sobre diversos temas de saúde, interativas e com material didático apropriado;
- Participação em eventos da saúde.

População Alvo

Segurados de operadoras, pacientes particulares que fazem parte do programa de monitoramento da equipe Proativa (Promoção da Saúde).

Caracterização do trabalho/serviço junto à população alvo

O projeto tem como objetivo valorizar a “Importância do Monitoramento Ativo em Intercorrências Clínicas”. Fazem parte deste programa:

- Equipe multifuncional composta por enfermeiro, médico, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermagem.
- Orientações constantes sobre problemas relacionados à saúde e melhores estratégias para atingir uma melhor qualidade de vida do paciente.
- Central de atendimento 24 horas por dia, para atender em caso de dúvidas e problemas.
- Conforme a emergência, poderá contar com o serviço de remoção por ambulância.

Um monitoramento adequado significa trabalhar em equipe, centrando o cuidado no paciente e em suas necessidades pois a diversidade de situações exige respostas e imediatas, sob pena de colocar em risco a vida do paciente. Assim a integração de diferentes profissionais torna-se fundamental para que a assistência ao cliente seja livre de riscos.

Nos diferentes papéis e divisões de tarefas, estão as ideias de complementaridade, parceria e respeito. Trabalhar em equipe é algo para os profissionais se adaptarem e aprenderem, observando, manejando situações e estratégias. Para que haja resultados positivos de um monitoramento, é necessário um “rastreamento” dos status de saúde do paciente, bem para identificação precoce de problemas relacionados à saúde. Através da aplicação de um questionário abrangente (hábitos de vida, alimentação, saúde mental, saúde mental), além de exames complementares (colesterol, glicemia, triglicérides), além da medida da pressão arterial.

Benefícios do Rastreamento

Os benefícios do rastreamento se compõem em diagnóstico precoce de doenças crônicas (diabetes, hipertensão, hiperglicemia, hipocolesterolemia, etc); a conscientização e sensibilização dos pacientes acerca de cuidados preventivos em saúde, diminuição de 30% nos custos com saúde, aumento da satisfação dos pacientes, seleção de pacientes para seguimento no programa de monitoramento.

Este rastreamento esta relacionado a garantia de uma nova adoção de hábitos de vida saudável, evitar hábitos nocivos (tabagismo, alcoolismo, etc.), alimentação adequada, bom sono, aprenderem a lidar com situações de estresse, exames preventivos.

Os temas abordados neste rastreamento serão:

- Nome
- Escolaridade
- Doenças genéticas
- Atividade física
- Quantidade de refeições
- Quantidade de bebidas
- Higiene Pessoal
- Controle de vacinação
- Controle de medicações

O monitoramento será constituído por 3 fases

Adesão: Nesta fase, o paciente conhecerá o programa e compreender os benefícios. Estas mudanças têm como benefício, orientações e ajustes dos hábitos de vida. Têm como objetivo inicial, melhorar a qualidade de vida, e o controle da doença.

Ajuste: Esta fase ajusta as ações necessárias, de modo que o paciente adquira o controle de sua condição .

Autocontrole: Esclarecimento sobre os aspectos que podem lhe proporcionar uma melhor qualidade de vida, podendo sempre contar com a equipe na manutenção deste autocontrole. Esclarecimentos de que o monitoramento não interferirá em outros tratamentos médicos. Informando aos pacientes que semanalmente a equipe, irá entrar em contato com o paciente para verificação dos resultados quanto á orientações.

Considerações Finais

O programa de monitoramento da Proativa (Promoção da Saúde), tem como foco principal o cuidado com o paciente e a diminuição de custos, favorecendo a excelência no atendimento e a qualidade dos serviços. Conclui-se que é possível haver melhora no atendimento quanto ao monitoramento de pacientes crônicos, beneficiando o cliente quanto a satisfação dos serviços prestados pelo programa, e as operadoras de saúde que visam a redução de custos.

Referências

Introdução:

Acessado em 16/05/09: pesquisa no www.google.com.br

Artigo: Folha de São Paulo

Tema: MEDICINA PRIVADA

Site: http://www.abet.com.br/portal/f_abet.jsp?p=/imprensa/sp_110506.htm

Guia do Usuário ProAtiva – Promoção da Saúde.

Guia do usuário publicado em Janeiro de 2008, com o objetivo de auxiliar os participantes do programa de monitoramento.

Site da instituição: <http://www.spinternacoes.com.br>

HOME CARE É UMA INSTITUIÇÃO SEGURA? A APLICABILIDADE DA FERRAMENTA FMEA EM ATENDIMENTO DOMICILIAR



FERNANDA RAMOS TRABOULSI

Bacharel em Enfermagem pela Universidade São Camilo (SP). Enfermeira do setor de Contas Médicas da São Paulo Interações Domiciliares (SPID / Grupo MAIS).
Contato: fetraboulsi@gmail.com

Introdução

A busca da melhoria na qualidade de vida da população e adequação dos profissionais no intuito de contribuição para este processo é um constante tema abordado em pesquisas científicas universalmente. Os avanços tecnológicos ocorrendo em conjunto com os avanços da medicina possibilitam a propagação de uma ação única que possui apenas um objetivo: atenção integral e de qualidade à saúde da população.

“Sabe-se que as pessoas idosas são mais suscetíveis às doenças e apresentam maior debilidade física e funcional do que as mais jovens. Tem-se visualizado nas instituições hospitalares uma grande parcela de idosos, o que incorre em riscos de iatrogenias, evento muito comum nesta clientela. Nesse sentido, parece que a atenção domiciliária é útil a essa camada da população, a qual pode ser cuidada em seu próprio ambiente sem expor-se aos riscos presentes nos hospitais, não só referentes à infecção hospitalar, mas, também, àqueles advindos do tempo de permanência nessa instituição, como depressão, angústia e mal estar.” (KERBER; KIRCHHOF; CEZAR-VAZ, 2008)

O aumento da expectativa de vida e exigências relacionadas à melhora do atendimento médico ocasionou um método diferenciado de atendimento. De acordo com um trabalho elaborado pelo Núcleo Nacional das Empresas de Assistência Médica Domiciliar (NEAD) e publicado no Jornal O Estado de São Paulo em 14 de fevereiro de 2006, o setor de atendimento domiciliar conta com 170 empresas brasileiras especializadas em atendimento de saúde domiciliar. A maioria dessas empresas está localizada em São Paulo, 30 mil pacientes sendo atendidos por mês em regime de Home Care, 73% destas empresas tem como clientes planos de saúde, e 20% são serviços do SUS. Não foi mencionado o número de clientes particulares.

Atualmente, as instituições que oferecem atendimento domiciliar vêm ganhando espaço no mercado de atendimento médico, relacionado à possibilidade de realização de atendimento individualizado e diferenciado, no intuito de melhora do bem estar do paciente e através da utilização de uma estratégia assistencial visando o auto cuidado e treinamento de cuidadores e familiares, contribuindo também com a redução da permanência hospitalar, índice de infecção e contenção de custos.

Segundo Keber, Kirchhoh e Cezar-Vaz, 2008, percebe-se a atenção domiciliária como sendo uma estratégia que possibilita o desenvolvimento de relações humanizadas por meio do vínculo criado entre trabalhadores e usuários. O conceito de humanização compreende a essência como algo que só pode ser desvendado no conjunto das relações sociais, que produzem tanto a natureza do homem social como a de indivíduos, pois o indivíduo à margem dessas relações é uma abstração e a essência humana, concebida como atributo individual, é tão abstrata quanto ele.

A segurança do paciente, assunto em pauta discutido e apresentado em diversos artigos, levanta a questão de aplicabilidade de processos relacionados à avaliação, a qualidade do atendimento e a padronização de processos. Entre as ferramentas gerenciais propostas para auxílio, a Failure Mode and Effects Analysis (FMEA), criada nos últimos 40 anos, “possui utilidade reconhecida dentro das ações voltadas ao planejamento da qualidade, pela grande quantidade de trabalhos científicos que suscitaram e pelos inúmeros relatos de sucesso obtidos com o seu uso.” (FERNANDES; REBELATTO, 2006). A relação do tema qualidade na assistência e segurança do paciente, direciona, como era de se esperar, uma série de questionamentos, tais como: Home Care é uma empresa segura? O sistema FMEA pode ser utilizado para validação do processo de segurança no atendimento? Com base nestes questionamentos, elegeu-se como objeto de estudo a verificação da aplicabilidade da ferramenta FMEA, por esta ser uma ferramenta utilizada em diversos setores com a possibilidade adequar-se em diversas situações.

“Um sistema de gestão de qualidade com foco preventivo é vital para se reduzir os custos com a qualidade e ainda atender às exigências do cliente.” (AGUIAR; SALOMON, 2007). Os autores também citam, que uma empresa que investe pouco em prevenção concentra seus esforços em tratar das falhas, após seu impacto no processo ou até no cliente final. O interesse em minimizar erros e promover uma assistência de qualidade é sem dúvida o interesse maior, principalmente em empresas que possuem como foco principal o cuidado humano.

Objetivos

- Verificar a aplicabilidade da ferramenta Failure Mode and Effects Analysis para utilização em atendimento domiciliar.

Objetivos específicos:

- Reconhecer as etapas do processo e sua aplicabilidade;
- Identificar os processos padronizados de atendimento domiciliar;
- Descrever a possibilidade de aplicação da ferramenta nos processos de atendimento.

Metodologia

Tipo de pesquisa e período de busca

Esta pesquisa caracteriza-se como bibliográfica sistemática sem metanálise, sendo realizado levantamento bibliográfico de artigos datados após o ano de 2000, ou seja, com período máximo de 10 anos, visto que há um aumento constante nas pesquisas realizadas com o tema de qualidade na assistência e prevenção de riscos ao paciente.

Descritores elegíveis para o estudo

Após minuciosa análise da literatura e consultas ao DeCS – Descritores em Ciências da Saúde, desenvolvida na década de 90, possibilitou testar diversos descritores e eleger os termos mais apropriados para obtenção de maior número de artigos referente ao objeto de estudo, sendo estes em português: qualidade, serviços, assistência domiciliar e enfermagem. Os descritores utilizados na língua inglesa foram: home, care, failure, mode, effects, analysi . Para a realização do levantamento bibliográfico foi utilizada a lógica booleana AND.

Base de dados para investigação

Sendo o foco da pesquisa o estudo da ferramenta de avaliação de serviços Failure Mode and Effects Analysis (FMEA), e esta mundialmente reconhecida, as bases de dados selecionadas foram as que continham o maior número de artigos internacionais e nacionais relacionados ao tema, sendo estas: MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), LILACS (Literatura Latino Americana do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Eletronic Library Online).

Crítérios de inclusão para seleção dos artigos

Os critérios de seleção para este estudo foram os seguintes:

1. Artigos nos idiomas inglês, espanhol e português;
2. Artigos que descreveram ações de aplicabilidade da ferramenta;
3. Os artigos que atenderam aos descritores elegíveis para este estudo;
4. No período de 10 anos.

Tratamento da busca bibliográfica

Foi adotado como método para o estudo a revisão sistemática da literatura

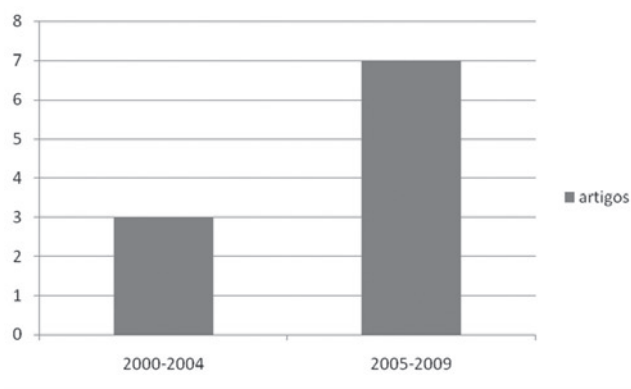
que envolveu etapas que conferem estrutura e rigor ao método, evitando tendenciosidade em cada uma de suas partes.

Em seguida realizou-se a leitura individual dos artigos, evidenciando se há comprovação científica quanto à aplicabilidade da ferramenta FMEA para validação da qualidade da assistência em atendimento domiciliar.

Resultados

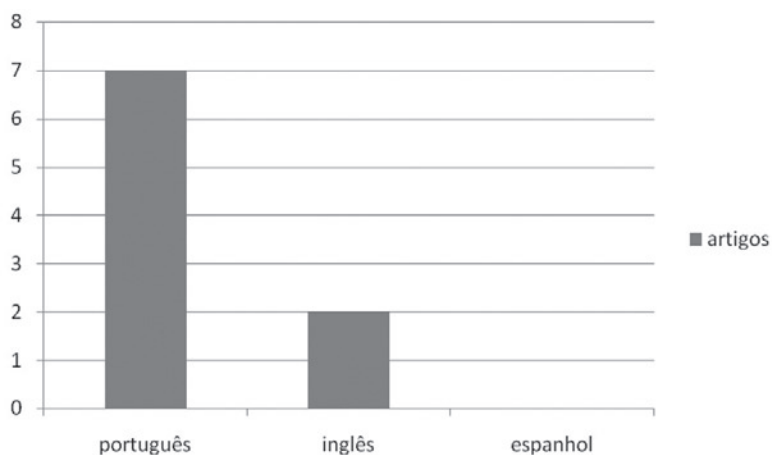
Atualmente na literatura utilizando a busca booleana, foram selecionados 9 artigos sendo que estes estão direcionados ao tema da pesquisa e disponíveis na íntegra, sendo representados em forma de gráfico, relacionando os artigos selecionados com o período de publicação.

Gráfico 4.1 – Distribuição dos artigos selecionados por período de publicação. São Paulo, 2009.



Este gráfico demonstra o interesse crescente nas pesquisas relacionadas à qualidade da assistência prestada, além de um aumento no número de ações relacionadas às buscas em atendimento domiciliar.

Gráfico 4.2 – Distribuição dos artigos selecionados, conforme idioma de publicação. São Paulo, 2009



Como resultado encontrado durante a pesquisa, identificou-se um aumento crescente no questionamento de uso de uma ferramenta para avaliação da qualidade demonstrada na literatura brasileira. Sendo a FMEA uma ferramenta reconhecida internacionalmente, há disponibilidade deste material na íntegra apresentado através de publicações Norte-Americanas, porém como era de se esperar, o crescente interesse da aplicabilidade da ferramenta em empresas brasileiras, criou a necessidade de transcrição das pesquisas para aplicação in loco.

Proposta de utilização do FMEA em atendimento domiciliar

Esta pesquisa, além de descrever o estado de arte das referências obtidas sobre o assunto proposto, irá propor ações para aplicação da ferramenta FMEA para o atendimento domiciliar.

“FMEA é um método analítico para detectar e eliminar problemas potenciais de forma sistemática e completa. É utilizado pela equipe responsável pela manufatura, com a finalidade de assegurar que seja realizada uma avaliação dos modos de falha do processo, assim como suas causas e mecanismos de controle. O objetivo clássico da utilização do FMEA é detectar falhas antes que as mesmas possam ocorrer em processo de fabricação. Marcocin (2004) relata que, à medida que as causas das falhas são eliminadas pela utilização de FMEA, a confiabilidade do processo aumenta consideravelmente.” (AGUIAR; SALOMON, 2007)

Apesar de esta ser uma ferramenta utilizada para a indústria, fica claro através da literatura a possibilidade de implantação desta na realização de processos de atendimento. Visto que a ferramenta pode ser aplicada durante o atendimento avaliando individualmente cada ação na busca de minimizar erros para o cliente final.

Segundo Aguiar e Salomon (2007), a utilização do FMEA elimina os pontos fracos do processo, reduzindo os riscos de falhas a valores aceitáveis, afirma que quando utilizado com eficiência, além de ser um método poderoso na análise do processo, permite a melhoria contínua e serve de registro histórico para futuros estudos. Além de identificar os modos de falha, o FMEA ainda descreve as falhas potenciais, suas causas e efeitos, sendo a análise executada preferivelmente com antecedência, dentro do ciclo de desenvolvimento, de forma que a remoção ou a mitigação de falha seja válida e efetiva de modo preventivo. Esta análise pode ser iniciada assim que seja válida e efetiva de modo preventivo e pode ser iniciada assim que o processo esteja definido.

A descrição do processo nos permite avaliação do método além da falha descrita, questionamentos como: Qual seria a consequência da falha? Qual a probabilidade da falha ocorrer? Em qual probabilidade esta falha é detectada antes que afete o cliente? Também serão obtidas como resposta à aplicação do método.

Segundo Rotondaro (2002), de modo a facilitar o trabalho, tradicionalmente utiliza-se uma planilha, cujos itens são definidos abaixo:

a. Momento da verdade: Pontos do Fluxo de Processo de Serviço (FPS) onde o cliente entra em contato com algum aspecto do serviço.

b. Modo de falha potencial: É a maneira pela qual um processo poderá vir a falhar em atender aos requisitos de processo e/ou objetivo do serviço. É a descrição da não conformidade em uma dada operação. Lista cada tipo de falha potencial, para cada operação em particular, em termos de componentes subsistemas ou características do processo do serviço. Responder às seguintes questões poderá ajudar a encontrar tipos de falhas potenciais:

- Como poderá o processo/serviço falhar em atender às especificações?
- Independentemente das especificações do serviço, o que um cliente (usuário final) considera questionável?

c. Efeito potencial da falha: São os efeitos do tipo de falha sobre o(s) cliente(s), descritos em termos do que o cliente poderá observar. Os efeitos deverão ser escritos em termos do desempenho do serviço, tais como: emoções negativas do cliente como raiva contra os atendentes, medo dos possíveis resultados do serviço em relação à sua pessoa, insatisfação quanto a ter suas expectativas atendidas, tédio, ou o produto que recebe junto ao serviço estar com problemas.

d. (S) Severidade (do efeito): Importância do efeito sobre os requisitos do cliente, também poderia estar ligado a segurança ou outros riscos que a falha ocorra. Escala de Likert: de 1 a 5: 1 – Não severo, por exemplo: cliente não percebe ou fica ligeiramente aborrecido; 5 – Muito severo, por exemplo: cliente em apuros ou muito aborrecido devido ao efeito adverso no desempenho do serviço. Sentimento de vítima.

e. Causas/ Mecanismos de falha: É a maneira como a falha pode ocorrer, descrita em termos de algo que possa ser corrigido ou controlado. Para todo o tipo de falha potencial, devem-se listar as possíveis causas. Se uma causa é exclusiva para um modo de falha, ou seja, então esta parte de FMEA estará finalizada. Muitas causas, entretanto, para serem prevenidas de modo efetivo, exigem que sejam utilizadas técnicas de análise de falhas para determinar quais as causas-raízes são as mais significativas e qual pode ser mais facilmente controlada. Exemplo de causas típicas de falhas: Ausência de procedimentos definido, treinamento inadequado ou inexistente dos funcionários, má compreensão das necessidades dos clientes, etc.

f. (O) Ocorrência (da causa): Frequência com que uma causa ocorre e gera um modo de falha. Escala de Likert: de 1 a 5: 1 – Probabilidade remota; 5 – Falha certa baseada nos dados obtidos.

g. Controle de processos atuais: São controles que impedem a ocorrência do tipo de falha ou detectam o tipo de falha que viria a ocorrer. No caso de serviços, trata-se dos controles existentes no backroom e aqueles possíveis de

serem feitos antes que o cliente esteja presente na operação do serviço.

h. (D) Detecção: Capacidade de o sistema detectar as causas antes de a falha ocorrer, ou de detectar a falha antes do cliente. Assume-se que a falha ocorreu e então avalia-se a capacidade de todos os “Controles de Processos Atuais” prevenirem a ocorrência de falha ou defeito durante a prestação do serviço. Não se assume automaticamente que a nota de detecção é baixa porque a nota de ocorrência é baixa, mas avalia a capacidade dos controles de processo detectarem um tipo de falha de baixa frequência ou preveni-los de seguir o processo adiante. Verificações esporádicas de qualidade são improváveis de detectar a existência de uma falha isolada e não devem influenciar na nota de detecção. Amostras tomadas com base estatística são controles de detecção válidos. Escala de Likert: de 1 a 5. 1 – Certeza de encontrar ou prevenir a falha antes de atingir o cliente; 5 – Os controles atuais não vão, com certeza, detectar falha.

i. (R) Recuperação: É possível, na prestação de serviço, que assim que ocorra a falha na presença do cliente o processo atue no sentido de recuperá-la e reduzir o efeito perante o cliente. O índice de recuperação (R) mede a capacidade de o processo recuperar o serviço antes de o cliente perceber a falha, ou de recuperar assim que o cliente perceba a falha, ou de recuperar assim que o cliente percebe, de forma que ele aceite a recuperação. Escala de Likert: de 1 a 5. 1 – Existe um processo de recuperação definido e ele ocorre antes de o cliente perceber a falha; 5 – Não há recuperação do serviço.

j. Número de prioridade de risco (RPN): Esse valor deve ser usado para estabelecer as prioridades no processo. Para altos RPNs, a equipe deve empreender esforços para reduzir o risco calculado, promovendo ações preventivas. Como prática geral, quando houver uma nota alta de severidade deve ser dada atenção especial a esta falha, independente do valor do RPN. Normalmente não há uma regra rigorosamente definida para estabelecer qual o RPN limite, aquele que define qual o número máximo de risco que se deva suportar. O grupo de estudos deve levar em conta fatores de risco, custos e competitividade da empresa. O RPN é calculado baseando-se nas informações relativas ao modo de falha potencial, à severidade da falha e à capacidade do sistema detectar as falhas antes de chegarem ao cliente. Para isto, fazemos a avaliação de cada ponto em termos de índice de: (S) Severidade, (O) Ocorrência, (D) Detecção e (R) Recuperação e calculamos: $RPN = (S) \times (O) \times (D) \times (R)$.

k. Responsáveis: Deve ser claramente definido quem será o responsável pela implantação das ações preventivas.

l. Ações recomendadas: São as ações que devem ser aplicadas tanto no Front Office como no backroom, que modifiquem o processo de prestação de serviço de modo a torná-lo à prova de erros.

m. Ações tomadas: Após a implementação da ação, preencher com uma breve descrição da ação tomada e a data da realização.

n. RPN resultante: Depois de definida a ação corretiva, devem-se estimar os

novos índices e calcular o RPN.

A descrição do método FMEA, demonstra a possibilidade de aplicabilidade do processo em qualquer empresa prestadora de serviço. As etapas do processo possuem ações de fácil entendimento e aplicação às ações de prestação de serviço. Sendo o atendimento domiciliar uma vertente do atendimento médico atual, em processo de constante crescimento e aprendizado aos profissionais participantes deste tipo de serviço, ações na busca de avaliação do serviço, da redução de riscos ao cliente final e principalmente na busca do atendimento humanizado, a aplicação do processo FMEA pode ser considerado fundamental para a prestação do serviço. “Humanizar as relações entre os usuários e trabalhadores significa reconhecer os sujeitos como dotados de desejos, necessidades e direitos. Reconhecê-los como sujeitos significa comprometer-se com a satisfação das necessidades, entendendo a saúde como um direito, pela construção de relações de acolhimento, vínculo e responsabilização” (KERBER; KIRCHHOF; CEZAR-VAZ, 2008)

Conclusão

Segundo Cassiani (2005), a segurança do paciente é a palavra chave para a realização do atendimento e a incorporação de uma cultura de segurança dentro das organizações. Embora recente na saúde, não o é em outras áreas. A complexidade inerente ao processo exige que o erro seja visto como um fenômeno multicausal, de abordagem multidisciplinar cujo enfrentamento envolve vários profissionais. Assim, cada um desses, usando os conhecimentos específicos partilha da sua responsabilidade de prevenção dos erros, identificando e corrigindo fatores que contribuam para a sua ocorrência.

Assim fica evidente a contribuição de processos aplicados na indústria e sua aplicabilidade em outras situações, como por exemplo, na saúde.

Durante a pesquisa também ficou evidente a dificuldade encontrada na busca de um processo fidedigno de avaliação do serviço pronto para a assistência médica e principalmente para a assistência domiciliar. A identificação do método FMEA e o comparativo dos passos aplicados no serviço e na assistência demonstram a possibilidade de utilização deste no atendimento domiciliar.

O atendimento domiciliar, como os demais atendimentos médicos, baseados em rotinas e protocolos visando à redução de erros e prejuízos aos pacientes, principalmente nos casos em que os erros podem levar o paciente à morte. A busca da qualidade da assistência e atenção ao processo de segurança do paciente deve ser um tema constantemente estudado.

Como continuidade a pesquisador propõe para o segundo momento desta pesquisa a aplicação desta pesquisa em uma empresa de reconhecimento nacional na assistência domiciliar. Portanto esta pesquisa de caráter de identificação do melhor método de avaliação do serviço propõe a sua continuidade

com a aplicação prática. A pesquisa científica enriquece a assistência através do interesse profissional na busca de melhora da assistência, redução de risco aos pacientes e principalmente o interesse da humanização do cuidado.

Referências

AGUIAR, Dimas Campos de; SALOMON, Valério A. P. Avaliação da prevenção de falhas em processos utilizando métodos de tomada de decisão. *Prod.*, São Paulo, v. 17, n. 3, Dec. 2007.

CAMACHO, Luiz Antonio Bastos; RUBIN, Haya Rahel. Reliability of medical audit in quality assessment of medical care. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2009.

CASSIANI, Sílvia Helena De Bortoli. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 58, n. 1, Feb. 2005

DAL BEN, Luiza Watanabe; GAIDZINSKI, Raquel Rapone. Proposta de modelo para dimensionamento do pessoal de enfermagem em assistência domiciliária. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 41, n. 1, Mar. 2007.

FERNANDES, José Márcio Ramos; REBELATO, Marcelo Giroto. Proposta de um método para integração entre QFD e FMEA. *Gest. Prod.*, São Carlos, v. 13, n. 2, May 2006.

<http://www.portalhomecare.com.br/pagina.php?pagina=49> Acesso realizado em 16/07/2009.

KERBER, Nalú Pereira da Costa; KIRCHHOF, Ana Lúcia Cardoso; CEZAR-VAZ, Marta Regina. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 17, n. 2, June 2008.

PERROCA, Marcia Galan; EK, Anna-Christina. Swedish advanced home care: organizational structure and implications of adopting this care model in Brazilian health care system. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, Dec. 2004.

ROTONDARO, Roberto Gilioli. SFMEA: análise do efeito e modo da falha em serviços - aplicando técnicas de prevenção na melhoria de serviços. *Prod.*, São Paulo, v. 12, n. 2, 2002.

SCARPARO, Ariane Fazzolo; FERRAZ, Clarice Aparecida. Auditoria em Enfermagem: identificando sua concepção e métodos. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 61, n. 3, June 2008.

IMPLANTAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DO TISS SOB A ÓTICA DE UM PRESTADOR DE SERVIÇOS DE HOME CARE



VANESSA MARIA RAMOS FISCHER

Bacharel em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).
Responsável pelo Setor de Contas Médicas da São Paulo Internações Domiciliares (SPID / Grupo MAIS).
Contato: vanessa@spinternacoes.com.br

Introdução:

O padrão de Troca de Informação em Saúde Suplementar, padrão TISS, ou simplesmente TISS; consiste numa estratégia elaborada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que visa registro e intercâmbio de dados entre operadoras de planos privados de assistência a saúde e prestadores de serviços de saúde. Constitui-se de um conjunto de regras operacionais para a troca eletrônica de uma ampla variedade de fontes de informação e recursos públicos e privados em todos os níveis (local, regional, nacional e internacional) através da adoção e uma política de informação uniforme e uso de padrões.¹

Nos Estados Unidos, um projeto semelhante foi implantado em 2003, e desde então, já foi identificada uma redução de 38% nos custos operacionais no mercado de planos de saúde. A partir da implementação da HIPAA- Health Insurance Portability Act, lei que estabelece padrão eletrônico para troca de informações de eventos de saúde, os EUA obtiveram, segundo relatório publicado em julho de 2004, uma redução considerável do tempo de faturamento dos prestadores; antes da padronização, o tempo médio era de 200 dias. Após a vigência do padrão eletrônico, o faturamento passou a ocorrer em aproximadamente sete dias.²

Tentativas de padronização neste setor já figuravam no cenário brasileiro há alguns anos, entretanto a lentidão dos processos, caracterizados pela necessidade de preenchimento de grandes quantidades de formulários distintos, a alta possibilidade de erros e as dificuldades de comparação dos dados que produziam informações sem qualidade requeria medidas visando redução dos custos administrativos e sistemas de informação unificados e ágeis.

A padronização e troca eletrônica de informações propiciadas pela implantação do TISS trazem como principais benefícios o aprimoramento da comunicação entre os atores do setor, agilidade nos acessos aos serviços pelos

beneficiários devido a redução de papéis, facilidade para obtenção de dados para estudos epidemiológicos, análise de custos e definição de políticas em saúde, redução de custos administrativos, melhorias na qualidade da assistência e possibilidade de comparações e análises de desempenho institucional implicando a otimização de recursos e aumento da qualidade de gestão.

A Resolução Normativa- RN no. 114, de 26 de outubro de 2005, alterada pela RN no. 138, de 21 de novembro de 2006; discorre sobre a obrigatoriedade da adoção do padrão e apresenta o cronograma gradual de implantação do mesmo, em função de padrões de conteúdo, estrutura, representação de conceitos, comunicação, segurança e privacidade. Até novembro de 2008 todas as operadoras e prestadores já deveriam estar aptos a efetuar suas transações via arquivo eletrônico, ou seja, deveriam estar com o padrão de conteúdo e estrutura já validado e funcionante.

Estudos sobre a implantação do TISS, assim como análises baseadas nas informações por ele democratizadas ainda são muito incipientes, principalmente, no setor de assistência domiciliar, já que o padrão prioriza linguagem e nomenclaturas para internações hospitalares. Os prestadores deste setor se vêem hoje diante uma situação onde a obrigatoriedade da adequação de seus processos em função do novo modelo esbarra em pouco ou nenhum respaldo às suas particularidades e divergências de interpretação da legislação sobre o tema.

Apresentação da Instituição/Serviço

A São Paulo Internações Domiciliares - SPID é uma empresa privada do ramo de assistência domiciliar, localizada na zona sul da cidade de São Paulo. Possui uma filosofia de Atenção Integral a Saúde, promovida pelas ações em conjunto com o Premier Residence Hospital e a Proativa Saúde. Há mais de 10 anos de atuação no cenário de atendimento domiciliar, assisti hoje pacientes segurados por operadoras de saúde e particulares.

Caracterização do trabalho/atividade a ser descrita

Este trabalho visa descrever as dificuldades enfrentadas pela equipe da SPID na implantação e operacionalização do padrão TISS, confrontar tais achados com relatos de outros prestadores deste tipo de serviço buscados na Internet e contextualizar as atividades em função do cronograma definido pela ANS. Além disso, pretendemos agregar o maior número de informações possíveis acerca do tema e citar alguns benefícios já alcançados, já que os estudos disponíveis sobre o tema são produções da própria ANS, e pouquíssimos mostram a visão dos prestadores.

População alvo

As ações descritas neste trabalho incidem principalmente sobre os profissionais da área de contas médicas, estendendo-se aos outros membros

da equipe multiprofissional que talvez desconheçam essa nova linguagem, e a importância que desempenham neste processo de democratização da informação.

Impacto da atividade junto à população alvo

Não restam dúvidas sobre o enorme benefício que a implantação do TISS proporcionou aos profissionais diretamente ligados ao faturamento, e consequentemente a toda a empresa. O arquivo físico das contas médicas foi reduzido a um terço de seu volume anterior a implantação do TISS. Dentre as operadoras faturadas, 60% requerem o envio do arquivo eletrônico, e a cobrança se dá através das guias do TISS. Essas guias, que anteriormente eram copiadas para serem arquivadas hoje podem ser salvas em formato “.PDF” juntamente com o arquivo eletrônico em formato XML. Isso é possível graças ao seu caráter seguro e privativo que mantém registradas todas as informações referentes à transmissão.

Além disso, atualmente pode-se dizer que se extinguiu todo o trabalho manual do setor, pois as guias de cobrança são geradas e impressas diretamente do prontuário eletrônico do paciente, e o mesmo acusa possíveis erros que possam inviabilizar o envio e análise do arquivo pela operadora de saúde. Seja através das empresas de conectividade, ou diretamente pelo site do convênio, o envio só é bem sucedido se os campos estiverem devidamente valorados conforme regulamentado, e possíveis erros são corrigidos antes do envio do faturamento. Com isso observamos uma redução de glosas devido a erros de cobrança de cerca de 90%. Entendemos por erros de cobrança: códigos de procedimentos errados, tabela de preços errada e envio da guia errada.

Entretanto, tais benefícios podem ser equiparados às dificuldades. Atualmente apenas 30% das operadoras de saúde para as quais prestamos serviços utilizam a “Guia de Solicitação de Internação” em suas transações, e ainda assim, só sua forma impressa, pois nenhum convênio disponibilizou formalmente a autorização eletrônica. A grande maioria delas ainda utiliza de métodos que hoje podem ser considerados informais para autorização, como e-mail e autorização verbal por contato telefônico. O retorno dos faturamentos enviados, ou seja, o “Demonstrativo de Análise de Contas Médicas”, no formato previsto pelo TISS, e eletrônico; também ainda não é realidade nas transações. Apenas 20% das operadoras trabalham com a guia em formato padrão, e nenhuma disponibiliza o arquivo em formato eletrônico.

Internamente, a implantação do padrão teve seus entraves na falta de conhecimento da modalidade pelas equipes de trabalho. Poucas orientações foram fornecidas no sentido de alertar os profissionais para a importância das informações em prontuário, que ruma para um cadastro único, e além de fornecerem dados para estudos epidemiológicos, traduzirão a qualidade do serviço prestado.

Considerações finais

Embora não tenhamos encontrado nenhum outro relato de prestador de serviço de Home Care, notamos com esse estudo, que alguns dos benefícios oriundos da adoção do padrão TISS, já podem ser sentidos pela SPID. Entretanto, apenas o envio do faturamento foi adotado e validado. As demais operações propostas pela ANS – como solicitação e autorização eletrônica de atendimento e o retorno do faturamento enviado não possuem previsão de implantação. Tendo em vista a não disponibilização destes serviços pela grande maioria das operadoras, encontramos dificuldades para avaliar a adequação dos nossos processos. Atualmente há condições na instituição, de gerar e transmitir arquivos de faturamento eletrônico para todas as operadoras de saúde que estiverem preparadas para recepção dos mesmos.

Passada a fase inicial, hoje estamos vivendo o amadurecimento do TISS. Os investimentos com infraestrutura suportaram as novas tecnologias e exigências do padrão, cabendo agora prezar pela padronização, confiabilidade e integridade das informações que compõem as guias.

Com o padrão de conteúdo e estrutura já implantado, nossa preocupação se volta para a dissolução da dificuldade imposta pelos diferentes códigos de procedimentos adotados pelas diversas operadoras de saúde. Espera-se que a resolução desse problema se dê junto à adoção da Terminologia Unificada em Saúde Suplementar (TUSS), mas não podemos nos esquecer que muitas das dificuldades encontradas desde o início do processo se deram ao fato do padrão TISS trabalhar primordialmente com linguagem hospitalar, inaplicáveis no setor de atendimento domiciliar como, por exemplo, a tabela AMB/90 que enumera procedimentos inexistentes em Home Care.

É fato que as informações produzidas pela SPID ainda são insuficientes para formular maiores análises acerca do serviço prestado. Notamos que essa realidade também é sentida por outros prestadores de serviços de saúde como discorre a coordenação de Tecnologia de Informação (TI) do Hospital Salvador: “Infelizmente, a grande promessa do TISS, que é a troca eletrônica de informações com a eliminação do papel ainda está distante. (...) Precisamos que as operadoras realizem todas as operações previstas pela ANS para que o impacto seja positivo para os prestadores de serviço”.³

Esse descompasso entre a operacionalização dos TISS pelos prestadores e pelas operadoras de saúde faz com que, os tão esperados dados epidemiológicos sobre a saúde suplementar no Brasil ainda sejam incipientes, e favorece o nascimento de uma concepção errônea do padrão. Deve-se saber que se trata não só de um sistema de gerenciamento de guias e transações eletrônicas entre prestadores e operadoras, mas sim um Sistema de Gestão que visa garantir a qualidade das informações dos atendimentos.²

Diante do mercado de Atendimento Domiciliar, que se torna cada vez mais competitivo, e da população que se envolve cada vez mais com a assistência, devemos então manter os esforços para atingir os resultados projetados, o fornecimento de dados para formulação de políticas e estudos epidemiológicos, e principalmente, transmitir os benefícios que o padrão proporciona às relações com os usuários da saúde suplementar no país.

Referências

1. PADRÃO TISS: troca de informações em saúde suplementar. Disponível em : <<http://www.sbis.org.br/cbis/pdfs/P01%20CBIS-Padrão%20TISS-Out%202006.pdf>>. Acesso em 16 de junho de 2009
2. BRESSAN, M.M., TEIXEIRA, C. O impacto do padrão TISS na gestão de home care. Home care Brasil, São Paulo, n 13, p. 19- 20, jul-ago. 2007.
3. PARDAL, L. As empresas e o TISS: fiscalização educativa e não punitiva. Saúde e gestão, Rio de Janeiro, n 5, p.8-10, out. 2007.

TRATAMENTO ADEQUADO DAS INFECÇÕES URINÁRIAS DE PACIENTES EM ATENDIMENTO DOMICILIAR: REDUÇÃO DE CUSTOS



HENRIQUE JOSÉ PACAGNAN

Bacharel em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).
Sub-gerente de Enfermagem da São Paulo Internações Domiciliares (SPID / Grupo MAIS).
Contato: henrique@spinternacoes.com.br

Introdução

A Infecção do Trato Urinário está entre as infecções endêmicas mais frequentes descritas na assistência domiciliar, atrás apenas das infecções respiratórias (Nicolle, 2000). Pacientes crônicos, especialmente os que necessitam de suporte ventilatório, diálises, sonda de gastrostomia para alimentação, cateterismos vesical intermitente ou que possuam sonda vesical de demora, estão mais expostos à microorganismos patogênicos, e na maioria das vezes possuem altos índices de infecção por bactérias multi-resistentes.

Partindo do princípio de que a urina é estéril, e que pode ocorrer contaminação na coleta de amostra do material para análise, a diferenciação entre contaminação e infecção será determinada pelo número de bactérias por mililitro. Uma infecção do trato urinário é caracterizada quando 100mil ou mais colônias por mililitro de urina são encontradas, considerando coleta da amostra em condições de assepsia⁴.

As infecções do trato urinário possuem maior incidência em mulheres (20-30%), uma vez que a extensão da uretra possui um comprimento menor, se comparada à do homem. O quadro clínico caracteriza-se por disúria, polaciúria, urgência miccional, alteração do odor. Dor supra-púbica e hipertermia. Em infecções do trato urinário de localização alta, presença de dor lombar. As infecções do trato urinário podem ser classificadas em não-complicadas e complicadas.

Infecção Urinária não-complicada ocorre quando existe a colonização por agentes infecciosos, com invasão tecidual em qualquer parte do trato urinário. Não se observam alterações anatômicas ou doenças associadas, sistêmicas ou não, que favoreçam ou potencializem a colonização e invasão infecciosa tecidual. São causadas principalmente por *Escherichia coli* (85-90%), no entanto, podem ser causadas também por vírus, fungos e outros. Não ocorrem implicações clínicas de maior gravidade.

A Infecção Urinária complicada ocorre em trato urinário anormal, relacionadas a alterações anatômicas, funcionais ou metabólicas, predispondo a área à infecção e tornando o tratamento mais difícil. A flora infectante é composta de microorganismos mais resistentes. Nos processos obstrutivos, a infecção pode contribuir para uma lesão renal progressiva, que pode evoluir para um quadro de insuficiência renal. Homens jovens e crianças portadoras de bacteriúria assintomática necessitam de tratamento devido alto risco de sepse. Em pacientes idosos deve-se atentar para lombalgias – possibilidade de abscesso renal – e emese sem diarreia.

A Infecção do Trato Urinário durante o período gestacional é comum em grande parte das mulheres. Nestes casos, bacteriúrias assintomáticas sempre são tratadas. Sua definição, etiologia, diagnóstico e tratamento não serão abordados no presente trabalho pela ausência deste público em assistência domiciliar.

Fatores de virulência dos microorganismos também influenciam no tratamento das infecções urinárias. Dentre eles podemos citar a presença de flagelo (antígeno H), que proporciona maior mobilidade ao patógeno; cápsula (antígeno K), que proporciona resistência à fagocitose; lipossacarídeo (antígeno O), antígeno; hemolisina, relacionada à lise de hemácias; aerobactina (quelante de ferro secretado) que propiciam crescimento e divisão bacteriana; fimbrias, que facilitam a aderência de bactérias ao urotélio e a transmissão de informação genética através dos plasmídeos.

As infecções/complicações urinárias mais recorrentes na assistência domiciliar são a cistite, a uretrite, a síndrome uretral e a estenose de uretra. A Cistite é um processo inflamatório e/ou infeccioso agudo ou crônico da bexiga. As principais causas são irritativo-inflamatório, devido à ação lesiva do potássio, medicamentos, corantes e outros; infecções por bactérias, vírus e/ou fungos; além de tumorais, por câncer *in situ* urotelial. As bactérias agudas ou cronicamente são responsáveis por 80% das cistites. Etiologias virais (HIV, por exemplo) são mais raras. A radioterapia pode levar a cistite actínica. As manifestações clínicas comuns na doença são disúria, polaciúria, urgências, dor supra-púbica. Pode haver sangramento urinário apenas em cistite hemorrágica em infecções agudas intensas. O diagnóstico é fechado através da clínica associada à urinálise e urocultura⁵.

Uretrite, Síndrome Uretral e Estenose de Uretra podem ser inflamatórias ou infecciosas (bacterianas, fúngicas ou virais), traumáticas e até psicogênicas. As inflamatórias podem ser causas pela ingestão de alimentos ácidos, causas medicamentosas, uso de corantes ou até influxo de sabão durante banhos/saunas. As infecciosas de etiologia bacteriana podem ser gonocócias ou não-gonocócicas (causadas por *Chlamydia*, *Ureaplasma*, *Trichomonas*, *Mycoplasma*, HPV, herpes e cândida). Causas fúngica e virais são mais raras⁵.

Todas as uretrites podem evoluir para estenose uretral devido

cicatrização do tecido lesado. As manifestações comuns na doença são disúria, polaciúria, prurido uretral, noctúria, dor supra-púbica, dispareunia, urgência e aumento da frequência. Nas formas gonocócias, existe descarga uretral abundante e purulenta, enquanto nas formas inespecíficas, existe descarga mucóide discreta. O diagnóstico é fechado através de culturas de secreções em casos infecciosos, cultura de Thayer-Martin para gonocócicas e culturas específicas para bactérias não-gonocócicas já citadas. Para uretrite fúngica, existe grande benefício no tratamento com a coleta de Urina I e Urocultura⁵.

Bacteriúrias assintomáticas estão amplamente associadas com a presença de bowel e incontinência da bexiga e demência. No entanto pode ocorrer um decréscimo das infecções limitando o uso de uripens ou cateterismo vesical crônico (Nicolle, 2000).

Objetivo

Comparar o tratamento para infecções do trato urinário instituídos em uma empresa privada de Home Care com a indicação em literatura e verificar se o tratamento indicado em literatura contribui significativamente para redução dos custos da assistência, redução dos prejuízos e complicações para o paciente.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal. Tal metodologia foi escolhida pois permite que as informações dos estudos básicos, relacionadas às informações registradas em prontuário eletrônico, sejam reunidas, organizadas, criticamente avaliadas e quantitativamente mensuradas. As unidades de análise foram constituídas por estudos básicos sobre infecção urinária e a indicação do tratamento de acordo com a literatura científica.

Estudos referentes ao tratamento da infecção urinária em ambiente hospitalar foram descartados. O levantamento das infecções urinárias e o tratamento escolhido para cada caso foi realizado através da análise do prontuário eletrônico dos pacientes atendidos pela São Paulo Internações Domiciliares.

O software utilizado para a manutenção do prontuário eletrônico é o IWCare. Para cada inclusão, é gerado um novo prontuário, mesmo que o paciente já tenha recebido atendimento domiciliar anterior. Todas as intercorrências clínicas são registradas e acompanhadas até sua resolução. Foram considerados apenas os prontuários do atendimento atual de cada paciente. As infecções urinárias registradas nos prontuários antigos foram descartadas.

Fontes de busca

As fontes de busca das unidades de análise foram as bases eletrônicas: MEDLINE (MEDLLARS online) – mantida pela Biblioteca Nacional de

Medicina dos Estados Unidos e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) Considerou-se todos os períodos existentes, e todas as publicações pertinentes foram consideradas. As palavras-chave utilizadas foram: infecção, urinary, infecção, urinária e domiciliar. Para a busca nas bases MEDLINE e LILACS, foi utilizado o formulário avançado, realizando sempre o cruzamento de duas ou três palavras-chave. Grande parte das referências repetiu-se nas duas bases eletrônicas. Das 158 referências bibliográficas encontradas durante a busca nas bases eletrônicas acima citadas, 6 foram selecionadas para este estudo pelo título e pelo resumo apresentado. Foram selecionadas apenas aquelas que se referem ao tratamento da infecção urinária fora do ambiente hospitalar, totalizando 3 estudos.

Resultados

Através da avaliação dos trabalhos selecionados, o tratamento indicado para infecções do trato urinário, em especial a cistite, consiste no uso de fluoroquinolonas (norfloxacino 400mg 12/12h por 3 dias para cistites comuns e 7 dias para cistites complicadas); ciprofloxacino 500mg 12/12h e levofloxacino 500mg 12/12h por 7 dias; sulfatrimetropin 800mg/160mg 12/12h por 7 dias; nitrofurantoína 100mg 12/12h por 7 dias; cefalexina 500mg 6/6h por 7 dias; ampicilina 500mg 6/6h 7 dias. Outras medidas eficazes mostraram-se necessárias, tais como, diminuição da ingestão de potássio, aumento da ingestão hídrica (wash out vesical com 2,0 litros de água filtrada/dia), hábitos de higiene perineal e sexual, correção da flora da vagina (uso de estrogênio para mulheres na menopausa), homens com estenose de próstata devem realizar quimioprofilaxia 3-6 meses com 50% das doses acima citadas⁵. No caso das uretrites gonocócicas, o tratamento indicado é ciprofloxacino 500mg ou azitromicina 1g VO, ambos em dose única. Para uretrites inespecíficas (Chlamydia, Ureaplasma e Mycoplasma) existe indicação de azitromicina 2g VO dose única ou doxiciclina 100mg 12/12h por 15 dias.

No caso de Tricomonas, indicado tinidazol 150mg VO 12/12h por 5 dias ou secnidazol 2g VO dose única. Para cândida, fluconazol 150mg VO ou itraconazol 400mg VO, ambos em dose única. Para uretrites causadas por HPV, indicação de ablação cirúrgica ou cauterização. Uretrites herpéticas evoluem para uma resolução espontânea, com indicação de analgesia se necessário⁵.

Com aumento da incidência de infecções causadas por patógenos multi-resistentes, existe a necessidade da criação e validação de programas de controle de infecção efetivos. Medidas como lavagem adequada das mãos antes e após o contato com pacientes e/ou equipamentos em contato com o mesmo, isolamento apropriado de pacientes com patógenos transmissíveis, detecção e intervenção quando quebras dos protocolos acontecerem, aderência ao guia padronizado de desinfecção e esterilização de equipamentos médicos, desenvolvimento de um programa efetivo de saúde ocupacional para os

profissionais envolvidos, mostraram-se efetivos no controle da disseminação de patógenos multi-resistentes².

Programas para prevenção ou controle do desenvolvimento de microorganismos resistentes frequentemente focam o uso abusivo ou inadequado de antibióticos, por exemplo, restrição do uso de antibióticos de amplo espectro de ação (cefalosporina de terceira geração, por exemplo) e vancomicina. Outros métodos incluem a rotatividade de antibióticos utilizado em terapia empírica e combinação de drogas de diferentes classes². Para pacientes sem antecedentes, com presença de sintomatologia sugestiva de infecção do trato urinário, é indicado início de antibioticoterapia com fluoroquinolonas.

A avaliação do prontuário eletrônico evidenciou que até a concretização deste trabalho, haviam 227 pacientes em atendimento pela São Paulo Internações Domiciliares. Foram consideradas as intercorrências clínicas por infecção do trato urinário registradas em prontuário eletrônico no período de 01/12/2008 até 31/05/2009, totalizando 78 ocorrências. O registro completo das infecções do trato urinário, incluindo paciente, a sintomatologia apresentada, diagnóstico médico, agente etiológico e tratamento proposto, encontram-se descritas no Anexo I deste trabalho. A identidade dos pacientes foi mantida em sigilo.

De acordo com a tabela do Anexo I, 54% da infecções aconteceram em pacientes do sexo feminino, e 46% em pacientes do sexo masculino. A seguir, a Tabela 1 apresenta as principais queixas referidas pelos pacientes e/ou relatadas pelos familiares durante o processo de infecção.

Tabela 1 – Infecção do Trato Urinário: Queixas referidas pelos pacientes relatadas pelos familiares. São Paulo, 2009.

Principais Queixas	TOTAL (n=146)	
	N	%
Alteração da diurese (concentrada com odor fétido)	75	51.4
Hipertermia	35	24
Piúria	21	14.4
Dor em baixo ventre	8	5.5
Bacteremia	4	2.7
Disúria	2	1.3
Ausência de sintomatologia	1	0.7
Total	146	100%

Verifica-se que na maioria das infecções, o sintoma principal apresentado foi a alteração do aspecto da urina (diurese concentrada com odor fétido), seguido pela hipertermia e piúria. Sintomas como a dor em baixo ventre, bacteremia e disúria apareceram em menor proporção. Apenas em um caso de urocultura positiva, o paciente não apresentou sintomatologia.

De acordo com as informações apresentadas no Anexo I, 16 infecções do trato urinário (20,5%) foram tratadas com base na avaliação clínica dos pacientes, 55 (70,5%) foram tratadas através do resultado de urocultura e antibiograma, e 1 (1,3%) com urocultura positiva não foi tratada pela ausência de sintomatologia. Algumas infecções do trato urinário foram tratadas apenas com o resultado do exame de urina I (6, que correspondem a 7,7%); 2 infecções estavam com a urocultura pendente, e pela gravidade do caso necessitaram de intervenção imediata; 4 infecções apresentaram leucocitúria e/ou hematuria sintomática, e foram tratadas. A Tabela 2 apresenta os principais agentes etiológicos definidos através do exame de urocultura.

Tabela 2 – Infecção do Trato Urinário: Principais agentes etiológicos definidos através do exame de urocultura. São Paulo, 2009.

Agente etiológico	TOTAL (n=56)	
	N	%
<i>Escherichia coli</i>	27	48.2
<i>Klebsiella sp</i>	7	12.5
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	1	1.8
<i>Klebsiella ozaenae</i>	1	1.8
<i>Enterobacter sp</i>	1	1.8
<i>Proteus mirabilis</i>	5	8.9
<i>Proteus sp</i>	1	1.8
<i>Citrobacter freundii</i>	2	3.6
<i>Staphylococcus-Coagulase negativo</i>	1	1.8
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	9	16
<i>Pseudomonas sp</i>	1	1.8
Total	56	100%

A avaliação da Tabela 2 evidencia o relato em literatura científica: grande prevalência de infecções urinárias causadas por *Escherichia coli* (48,2%). Outros patógenos com incidência significativa foram a *Pseudomonas aeruginosa* (16%), a *Klebsiella sp* (12,5%) e o *Proteus mirabilis* (8,9%). Desconsiderando o agente etiológico, 18 infecções (32,1%) foram causadas por patógenos que apresentavam perfil multi-resistente, com necessidade de antibióticos mais potentes administrados por via endovenosa ou intramuscular.

O tratamento instituído para cada infecção está descrito com detalhes no Anexo I. Todas as infecções do trato urinário diagnosticadas através da avaliação clínica foram tratadas com norfloxacino, ciprofloxacino, azitromicina e trimetoprima/sulfametoxazol; apenas três casos foram tratados com fármacos injetáveis, pois os pacientes eram colonizados por patógenos multi-resistentes (em duas situações o fármaco de escolha foi o ceftriaxona e em outra situação utilizou-se ertapenem sódico). As infecções do trato urinário diagnosticadas através de urina I e urocultura foram tratadas de acordo

com o quadro clínico e o histórico do paciente (infecções de repetição). Os antibióticos injetáveis foram utilizados apenas nos casos em que os patógenos apresentavam resistência a todos os fármacos de administração via oral. A potência do fármaco também foi considerada para que ocorram menos infecções por microorganismos multi-resistentes.

Conclusão

Grande parte das infecções do trato urinário dos pacientes em atendimento pela São Paulo Internações Domiciliares foram tratadas conforme indicação em literatura. A adoção de medidas simples como a lavagem adequada das mãos antes e após o contato com pacientes e/ou equipamentos em contato com o mesmo, isolamento apropriado de pacientes com patógenos transmissíveis, detecção e intervenção quando quebras dos protocolos acontecerem, aderência ao guia padronizado de desinfecção e esterilização de equipamentos médicos, desenvolvimento de um programa efetivo de saúde ocupacional para os profissionais envolvidos, mostraram-se fundamentais no controle da infecção, e especialmente na diminuição da disseminação de patógenos multi-resistentes. Tais medidas são de extrema importância para a minimização do número de infecções cruzadas, e consequentemente redução dos custos com o tratamento dos paciente em assistência domiciliar.

A avaliação clínica mostrou-se indispensável e suprema para um bom diagnóstico, para a instituição de um tratamento adequado, e como resultado esperado, a redução do custo da assistência. Um paciente que apresente sintomas de infecção do trato urinário, com presença de leucocitúria, hematúria e/ou bacteriúria em Urina I, pode receber tratamento sem a necessidade da realização de Urocultura, apresentando uma redução de 40% do custo do tratamento. Programas/protocolos para a otimização dos antibióticos necessitam ser desenvolvidos e aperfeiçoados de maneira dinâmica para uma intervenção clínica eficaz e sem iatrogenias, e para a redução da incidência de microorganismos multi-resistentes em ambiente domiciliar.

Referências

- 1- Nicolle LE. Infection Control in Long-Term Facilities. *Clinical Infectious Diseases* 2000. 31: 752-6.
- 2- Weber DJ, Raasch R, Rutala WA. Nosocomial Infections in the ICU – The Growing Importance of Antibiotic-Resistant Pathogens. *Chest* 1999; 115: 345-415.
- 3- Gerding DN, Larson TA, Hughes RA, et al. Aminoglycoside resistance and aminoglycoside usage: 10 years of experience in one hospital. *Antimicrob Agents Chemother* 1991; 35: 1284-1290.
- 4- Schor N, Srougi M, editores. *Nefrologia Urologia Clínica*. Editora Sarvier 1998. p. 3-10; 143-155; 205-210; 269-271.
- 5- Barros DN, Peytavin JL, editores. *Conduas Clínicas & Terapêuticas* 2008. São Caetano do Sul, SP. Yendis editora, 2008.
- 6- Polit DF, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

Anexo I – Levantamento de pacientes da São Paulo Internações Domiciliares com ITU e o tratamento instituído no período de 01/12/2008 a 01/06/2009.

Paciente	Data	Sintomatologia	Diagnóstico	Agente Etiológico	Tratamento Instituído
AB	19/03/09	ausente	Urocultura	<i>Klebsiella pneumoniae</i> – caráter multi-R	Não tratada por ausência de manifestação clínica
AFV	31/01/09	Dor em baixo ventre, hipertermia, piúria	Urocultura	<i>Escherichia coli</i>	Ceftriaxona 1g EV 12/12h por 14 dias
AVM	06/05/09	Disúria, dor baixo ventre, hipertermia	Urina I: Leucocitúria (144mil/ml) + hematúria (73mil/ml)	Não realizado urocultura	Ciprofloxacino 500mg 1cp VO 12/12h por 14 dias
AF	26/01/09	Diurese concentrada com odor fétido	Avaliação clínica	Não realizado urocultura	Ciprofloxacino 500mg 1cp VO 12/12h por 10 dias
AMM	02/05/09	Disúria, diurese com odor fétido + piúria	Avaliação clínica	Não realizado urocultura	Norfloxacino 400mg 1cp VO 12/12h por 07 dias + solicitação de Urina I e Urocultura
BN	30/04/09	Diurese concentrada com odor fétido	Urocultura	<i>Escherichia coli</i>	Norfloxacino 400mg 1cp VO 12/12h por 07 dias
BR	14/01/09	Diurese concentrada com odor fétido	Urocultura	<i>Klebsiella sp</i>	Nitrofurantoína 100mg 1cp VO 6/6h por 10 dias
BR	12/04/09	Diurese concentrada com odor fétido, hipertermia	Avaliação clínica	Não realizado urocultura	Ciprofloxacino 500mg 1cp VO 12/12h por 10 dias
BA	25/01/09	Piúria, diurese concentrada com odor fétido, hipertermia	Avaliação clínica	Não realizado urocultura	Trimetoprima/ Sulfametoxazol 800+160mg 1cp VO 12/12h por 07 dias
BA	16/03/09	Piúria, diurese concentrada com odor fétido, hipertermia	Urina I: Leucocitúria (12mil/ml) + hematúria (58mil/ml)	Urocultura negativa	Cefepime 1g EV 12/12h por 10 dias
CA	25/01/09	Diurese concentrada com odor fétido, dor baixo ventre, hipertermia	Avaliação clínica	Não realizado urocultura	Norfloxacino 400mg 1cp VO 12/12h por 10 dias
CG	31/12/08	Diurese concentrada com odor fétido, piúria	Urocultura	<i>Escherichia coli</i> – caráter multi-R	Imipenem 500mg EV 8/8h por 10 dias
CG	21/02/09	Diurese concentrada com odor fétido, piúria	Urocultura	<i>Proteus mirabilis</i> – caráter multi-R	Imipenem 500mg EV 8/8h por 14 dias
CG	06/05/09	Diurese concentrada com odor fétido, piúria	Urocultura	<i>Escherichia coli</i> – caráter multi-R	Imipenem 500mg EV 8/8h por 10 dias

Paciente	Data	Sintomatologia	Diagnóstico	Agente Etiológico	Tratamento Instituído
CY	28/01/09	Diurese concentrada com odor fétido, hipertermia	Avaliação clínica	Realizado urocultura após a coleta com resultado negativo	Ceftriaxona 1g IM 12/12h 10 dias
CY	20/04/09	Diurese concentrada com odor fétido, hipertermia	Avaliação clínica	Não realizado urocultura	Ceftriaxona 1g IM 12/12h 10 dias
CSPM	09/03/09	Diurese concentrada com odor fétido, dor em baixo ventre, hipertermia	Avaliação clínica	Não realizado urocultura	Norfloxacino 400mg 1cp VO 12/12h por 07 dias
DAFN	01/12/08	Diurese concentrada com odor fétido, hipertermia	Urocultura	<i>Klebsiella ozaenae</i>	Ciprofloxacino 250mg 1cp VO 12/12h por 7 dias
DAFN	25/05/09	Diurese concentrada com odor fétido, hipertermia	Urina I: Leucocitúria (14mil/ml) + hematuria (7mil/ml)	Urocultura negativa	Ceftriaxona 1g IM 12/12h por 7 dias
DM	24/04/09	Diurese concentrada com odor fétido, hipertermia, piúria	Urocultura	<i>Escherichia coli</i>	Nitrofurantoína 100mg 01cp 8/8h por 10 dias
DM	28/05/09	Diurese concentrada com odor fétido, hipertermia, piúria	Urocultura	<i>Escherichia coli</i> – caráter multi-R	Piperacilina/ Tazobactam 4,5g EV 8/8h por 10 dias
DSO	16/04/09	Diurese concentrada com odor fétido, hipertermia	Urocultura	<i>Escherichia coli</i> – caráter multi-R	Ertapenem sódico 1g EV 1x/dia por 07 dias
EG	09/01/09	Diurese concentrada com odor fétido, hipertermia, dor em baixo ventre	Urocultura	<i>Staphylococcus</i> – <i>Coagulase negativa</i>	Trimetoprima/ Sulfametoxazol 800+160mg 1cp VO 8/8h por 10 dias
EBC	02/04/09	Diurese concentrada com odor fétido, hipertermia, dor em baixo ventre	Urina I: Leucocitúria (50mil/ml) sintomática	Urocultura negativa	Norfloxacino 400mg 1cp VO 12/12h por 7 dias
FB	10/01/09	Diurese concentrada com odor fétido, hipertermia, piúria	Urina I: Leucocitúria (450mil/ml) + hematuria (180mil/ml)	Urocultura em andamento	Irrigação vesical com SF 0,9% + Ciprofloxacino 500mg 01cp 12/12h por 07 dias
FB	13/01/09	Diurese concentrada com odor fétido, hipertermia, piúria	Urina I: Leucocitúria (450mil/ml) + hematuria (180mil/ml)	<i>Klebsiella sp</i> (resistente à ciprofloxacino)	Cefepime 1g IM 12/12h por 10 dias

Paciente	Data	Sintomatologia	Diagnóstico	Agente Etiológico	Tratamento Instituído
FCV	20/02/08	Diurese concentrada com odor fétido, hipertermia	Urocultura	<i>Escherichia coli</i>	Norfloxacino 400mg 1cp VO 12/12h por 7 dias
GHA	03/01/09	Diurese concentrada com odor fétido, hipertermia	Urocultura	<i>Escherichia coli</i>	Ciprofloxacino 250mg 1cp VO 12/12h por 14 dias
GHA	30/01/09	Diurese concentrada com odor fétido, hipertermia	Urocultura	<i>Escherichia coli</i>	Ceftriaxona 1g EV 12/12h 10 dias
GAM	06/05/09	Diurese concentrada com odor fétido	Urocultura	<i>Escherichia coli</i>	Tetraciclina 500mg 2cp VO 12/12h por 10 dias
GCVA	15/12/08	Diurese concentrada com odor fétido, hipertermia	Avaliação clínica	Não realizado urocultura	Azitromicina 500mg 1cp VO 1x/dia por 7 dias
GCVA	26/01/09	Diurese concentrada com odor fétido, hipertermia	Urina I: Leucocitúria (245mil/ml) + hematúria (24mil/ml)	Urocultura pendente	Amoxicilina + Acido Clavulânico 875mg 12/12h por 7 dias
GCL	23/12/08	Diurese concentrada com odor fétido, hipertermia, bacteremia	Urocultura	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> – carater multi-R	Ciprofloxacino 400mg EV 12/12h por 14 dias
GCL	30/12/08	Diurese concentrada com odor fétido, hipertermia, bacteremia	Urocultura	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> – carater multi-R (não respondeu ao Ciprofloxacino)	Ceftriaxona 1g EV 12/12h 21 dias
GCL	31/03/09	Diurese concentrada com odor fétido, hipertermia, bacteremia	Urocultura	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> – carater multi-R	Ceftazidima 2g EV 8/8h por 60 dias
GCL	26/05/09	Diurese concentrada com odor fétido, hipertermia, bacteremia	Urocultura	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> – carater multi-R	Ciprofloxacino 400mg EV 12/12h por 60 dias
GN	26/02/09	Diurese concentrada com odor fétido	Urocultura	<i>Klebsiella sp</i>	Amoxicilina + Acido Clavulânico 875mg 12/12h por 7 dias
GN	28/02/09	Diurese concentrada com odor fétido	Urocultura	(médico particular alterou a conduta)	Vibramicina 100mg 01cp 12/12h por 10 dias
GMP	30/04/09	Diurese concentrada com odor fétido	Urocultura	<i>Proteus sp</i>	Amoxicilina 500mg 01cp VO 8/8h por 07 dias

Paciente	Data	Sintomatologia	Diagnóstico	Agente Etiológico	Tratamento Instituído
IGR	25/03/09	Diurese concentrada com odor fétido, hipertermia	Avaliação clínica	Não realizado urocultura	Norfloxacino 400mg 1cp VO 12/12h por 7 dias
IGR	13/05/09	Diurese concentrada com odor fétido	Urocultura	<i>Enterobacter sp</i>	Ciprofloxacino 500mg 1cp VO 12/12h por 14 dias
JCV	01/05/09	Diurese concentrada com odor fétido, piúria	Urocultura	<i>Klebsiella sp</i>	Ciprofloxacino 500mg 1cp VO 12/12h por 07 dias
JCV	15/05/09	Diurese concentrada com odor fétido, piúria	Urocultura	(não respondeu ao tratamento com ciprofloxacino)	Norfloxacino 400mg 1cp VO 12/12h por 10 dias
JPNN	20/05/09	Diurese concentrada com odor fétido, dor em baixo ventre	Urocultura	<i>Escherichia coli</i>	Gentamicina 80mg IM 12/12h por 14 dias
JA	01/04/09	Diurese concentrada com odor fétido, dor em baixo ventre	Urocultura	<i>Citrobacter freundii</i>	Norfloxacino 400mg 1cp VO 12/12h por 10 dias
JA	26/03/09	Diurese concentrada com odor fétido, dor em baixo ventre	Urocultura	<i>Citrobacter freundii</i>	Cefalexina 500mg 1cp VO 8/8h por 07 dias
KCCM	05/12/08	Diurese concentrada com odor fétido, hipertermia	Urocultura	<i>Proteus mirabilis</i>	Norfloxacino 400mg 1cp VO 12/12h por 10 dias
LM	09/04/09	Diurese concentrada com odor fétido, piúria	Urocultura	<i>Escherichia coli</i>	Norfloxacino 400mg 1cp VO 12/12h por 7 dias
LPH	24/04/09	Diurese concentrada com odor fétido	Urocultura	<i>Proteus mirabilis</i> – carater multi-R	Imipenem 500mg EV 8/8h por 10 dias
LP	25/03/09	Diurese concentrada com odor fétido, piúria	Urocultura	<i>Escherichia coli</i>	Axetil-Cefuroxima 250mg/5ml 10ml VO 12/12h por 10 dias
MJS	17/02/09	Diurese concentrada com odor fétido, piúria	Urocultura	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Ertapenem sódico 1g IM 1x/dia por 14 dias
MJS	12/05/09	Diurese concentrada com odor fétido, piúria	Urocultura	<i>Escherichia coli</i>	Trimetoprima/ Sulfametoxazol 800+160mg 1cp VO 8/8h por 10 dias
MAB	20/04/09	Diurese concentrada com odor fétido	Urocultura	<i>Escherichia coli</i>	Ciprofloxacino 500mg 1cp VO 12/12h por 7 dias
MCMM	20/04/09	Diurese concentrada com odor fétido	Urocultura	<i>Escherichia coli</i> – carater multi-R	Tamiram 500mg 01cp VO 1x/dia por 14dias

Paciente	Data	Sintomatologia	Diagnóstico	Agente Etiológico	Tratamento Instituído
MEST	27/05/09	Diurese concentrada com odor fétido	Avaliação clínica	Urocultura não realizada	Sem resposta ao uso de ciprofloxacino; Ertapenem sódico 1g EV 1x/dia por 10 dias
MJGA	23/12/08	Diurese concentrada com odor fétido	Urocultura	<i>Escherichia coli</i>	Trimetoprima/ Sulfametoxazol 800+160mg 1cp VO 8/8h por 7 dias
MJGA	23/03/09	Diurese concentrada com odor fétido	Urocultura	<i>Escherichia coli</i>	Trimetoprima/ Sulfametoxazol 800+160mg 1cp VO 8/8h por 7 dias
MJS	28/02/09	Diurese concentrada com odor fétido	Avaliação clínica	Urocultura não realizada	Ciprofloxacino 500mg 1cp VO 12/12h por 7 dias
MJS	27/04/09	Diurese concentrada com odor fétido	Urocultura	<i>Escherichia coli</i> – caráter multi-R	Ertapenem sódico 1g IM 1x/dia por 10 dias
MLR	29/12/08	Diurese concentrada com odor fétido, dor em baixo ventre	Avaliação clínica	Urocultura não realizada	Norfloxacino 400mg 1cp VO 12/12h por 7 dias
MSFM	04/12/08	Diurese concentrada com odor fétido, dor em baixo ventre, piúria	Avaliação clínica	Urocultura não realizada (paciente colonizada por <i>Pseudomonas aeruginosa</i> – caráter multi-R)	Ertapenem sódico 1g IM 1x/dia por 14 dias
MSFM	12/01/09	Diurese concentrada com odor fétido, dor em baixo ventre, piúria	Urocultura	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> – caráter multi-R	Ceftazidima 1g IM 8/8h por 14 dias
MSFM	09/03/09	Diurese concentrada com odor fétido, dor em baixo ventre, piúria	Urocultura	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> – caráter multi-R	Imipenem 1g EV 12/12h por 10 dias
MSFM	04/05/09	Diurese concentrada com odor fétido, dor em baixo ventre, piúria macroscópica	Urocultura	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> – caráter multi-R	Claritromicina 500mg 1cp VO 12/12h por 10 dias
MYSR	06/05/09	Diurese concentrada com odor fétido	Urocultura	<i>Escherichia coli</i>	Ciprofloxacino 500mg 1cp VO 12/12h por 07 dias
NRLB	13/12/08	Diurese concentrada com odor fétido	Urocultura	<i>Pseudomonas sp</i>	Norfloxacino 400mg 1cp VO 12/12h por 10 dias
NRLB	14/02/09	Diurese concentrada com odor fétido	Urocultura	<i>Escherichia coli</i>	Trimetoprima/ Sulfametoxazol 800+160mg 1cp VO 8/8h por 7 dias

Paciente	Data	Sintomatologia	Diagnóstico	Agente Etiológico	Tratamento Instituído
NN	10/12/08	Diurese concentrada com odor fétido, hipertermia	Avaliação clínica	Urocultura não realizada	Norfloxacino 400mg 1cp VO 12/12h por 10 dias
NN	26/12/08	Diurese concentrada com odor fétido, hipertermia	Urocultura	<i>Escherichia coli</i>	Ampicilina + Sulbactam 375mg 01cp VO 8/8h por 07 dias
NN	30/12/09	Diurese concentrada com odor fétido, hipertermia	Urocultura	<i>Escherichia coli</i> (não responde ao uso da Ampicilina + Sulbactam)	Trimetoprima/ Sulfametoxazol 800+160mg 1cp VO 8/8h por 7 dias
NN	29/04/09	Diurese concentrada com odor fétido, dor em baixo ventre	Urocultura	<i>Klebsiella sp</i>	Norfloxacino 400mg 1cp VO 12/12h por 14 dias
NP	30/01/09	Diurese concentrada com odor fétido, hipertermia	Urocultura	<i>Proteus mirabilis</i>	Levofloxacino 500mg 1cp VO 1x/dia por 10 dias
NP	13/05/09	Diurese concentrada com odor fétido	Urocultura	<i>Proteus mirabilis</i>	Ceftriaxona 2g IM 1x/dia por 7 dias
OCF	29/04/09	Diurese concentrada com odor fétido, hipertermia	Avaliação clínica	Urocultura não realizada	Ciprofloxacino 500mg 1cp VO 12/12h por 10 dias
OA	14/02/09	Diurese concentrada com odor fétido, dor em baixo ventre	Urocultura	<i>Escherichia coli</i>	Ciprofloxacino 500mg 1cp VO 12/12h por 10 dias
PC	17/02/09	Diurese concentrada com odor fétido, dor em baixo ventre	Urocultura	<i>Escherichia coli</i> – carater multi-R	Ertapenem sódico 1g IM 1x/dia por 10 dias
WM	15/04/09	Diurese concentrada com odor fétido	Urocultura	<i>Escherichia coli</i> – carater multi-R	Imipenem 500mg EV 8/8h por 10dias
SSA	09/05/09	Diurese concentrada com odor fétido, hipertermia	Urocultura	<i>Escherichia coli</i>	Ciprofloxacino 500mg 1cp VO 12/12h por 10 dias

REDUÇÃO DE CUSTOS DE PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA ATRAVÉS DE PROTOCOLOS DE HIGIENE BUCAL



MONIRA SAMAAAN KALLÁS

Graduada em Odontologia pela Universidade Paulista (UNIP). Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva pela FUNDECT/Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP). Mestrado em Odontologia Social pela Faculdade de Odontologia da USP. Cirurgiã Dentista do Serviço de Odontologia do Grupo MAIS.

Contato: monira@usp.br



VICTOR ROGÉRIO

Graduado em Odontologia pela Universidade Mogi das Cruzes (UMC). Especialização em Reabilitação Estética pelo Instituto Liberte. Mestrando na Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Dentista responsável pelo Serviço de Odontologia do Grupo MAIS.

Contato: victor@odontologiaesaude.com.br



JOYCE SOARES GOMES

Técnica em Saúde Bucal. Técnica em Higiene Dental do Hospital Premier /Grupo MAIS.

Contato: joycesgomes@gmail.com

A razão mais freqüente para a internação em uma unidade de terapia intensiva (UTI) é a necessidade de ventilação mecânica.^{6,11} De acordo com dados do NNIS – sistema nacional de vigilância de infecção hospitalar norte americano, metade dos custos de gastos médicos e cirúrgicos em UTI são de pacientes que exigem ventilação mecânica¹².

A pneumonia associada à ventilação mecânica (VAP) ocorre em uma taxa de 7,5 por 1000 ventilados/ dia em UTI clínica e 13,6 por 1000 em UTI cirúrgica. A VAP resulta em excesso de morbidade, prolonga o tempo de permanência na UTI, e pode aumentar a taxa de mortalidade^{1,2,4}.

Um estudo realizado em 2003 determinou os custos da ventilação associada à pneumonia baseados nos custos hospitalares após o ajuste de potenciais vieses. Durante um ano acompanharam todos os pacientes admitidos em um hospital e as ocorrências de pneumonia associada à ventilação mecânica.

Os custos hospitalares foram definidos usando o banco de dados da contabilidade dos custos hospitalares ¹¹.

Pacientes que precisaram de mais de 24 horas de ventilação mecânica e nenhuma intervenção foram incluídos na amostra. As ocorrências medidas foram: ventilação associada à pneumonia, taxa de mortalidade dentro do hospital, tempos totais na unidade de terapia intensiva (UTI) e permanência no hospital, além de custo hospitalar total por paciente.

A ventilação associada à pneumonia ocorreu em 127 dos 819 pacientes (15,5%). Comparados com os pacientes não infectados, os pacientes com ventilação associada à pneumonia tiveram uma maior fisiologia aguda e avaliação de doença crônica na admissão, e estavam mais suscetíveis a requerer múltiplas intubações, hemodiálises, traqueotomias, cateteres venosos centrais, e corticóides. Pacientes com ventilação associada à pneumonia estavam mais suscetíveis a bacteremia durante a estadia na UTI (36 [28%] vs. 22 [3%]).

Concluíram que pacientes com pneumonia associada a ventilação tiveram um tempo maior de UTI, permanência hospitalar, com aumento do custo bruto do hospital e taxa de mortalidade comparados com os não infectados. Após o ajuste para várias doenças subjacentes, o custo atribuído da ventilação associada à pneumonia foi de \$11.897.

Bacteremias de bastonetes Gram-negativos são uma das causas dessa pneumonia. Estas bactérias podem chegar ao trato respiratório através da microaspiração da secreção colonizada por elas presente na cavidade bucal e faringe do paciente. A proliferação destes patógenos ocorre pela falta de uma higiene bucal adequada ao paciente crítico e por outras alterações provocadas por infecções na boca ^{5, 7, 8, 9}.

Em 2009 foram avaliados os efeitos de um protocolo de saúde bucal de baixo custo nas taxas de pneumonia associada à ventilação em uma unidade de terapia intensiva através de um estudo observacional de pré e pós intervenção ¹⁰. Durante 1 ano acompanharam 24 leitos de UTI de cirurgia/trauma/queimaduras em um hospital universitário. As intervenções foram um protocolo assistido de prevenção de crescimento de placa bacteriana através da higienização dos dentes dos pacientes com escova de dentes e pasta de monofluorofosfato de sódio a 0.7%, enxágüe com água da torneira e subsequente aplicação de solução química de gluconato de clorexidina a 0.12%.

As higienizações foram realizadas a cada 12 horas. Durante o período de pré-intervenção (1 ano), houve 24 infecções em 4606 dias de ventilações. A instituição do protocolo de cuidados orais trouxe uma diminuição estatisticamente significativa da ocorrência de infecções (10 infecções em 4158 dias de ventilação).

O custo total do protocolo de cuidados orais foi de US\$2187.49. O decréscimo de 14 casos de pneumonia associada à ventilação diminuiu os custos de US\$140 000 a US\$560 000 (custo por pneumonia associada à ventilação: US\$10 000 a US\$40 000. houve uma redução de pneumonia associada

à ventilação com mudança do perfil de microorganismos gram-negativos ou gram-positivos.

O valor dos cuidados com a saúde bucal na prevenção da pneumonia foi também demonstrado por um estudo longitudinal de dois anos em pacientes idosos, deficientes físicos ou mentais internados em asilos. O grupo-controle escovava os próprios dentes uma vez ao dia ou esporadicamente, mas sem receber cuidados de um profissional de saúde bucal. Enquanto os pacientes do grupo experimental tinham seus dentes escovados por um enfermeiro após cada refeição e, semanalmente, recebiam cuidados de um dentista para remoção do biofilme e cálculo dental.

Ao comparar os dois grupos, observou-se que o grupo experimental apresentou menor incidência de pneumonia (11% versus 19%) e menor taxa de mortalidade relacionada à pneumonia (8% versus 16%).

É preciso ressaltar ainda que o atendimento odontológico na UTI envolve gastos irrelevantes, pois são procedimentos simples e baratos e que proporcionam grandes benefícios. Atualmente, muitos hospitais usam diversos recursos para combater o grande volume de bactérias na orofaringe, uma das principais causas das infecções respiratórias hospitalares, como a administração e aplicação tópica de antibióticos, fisioterapia respiratória, oxigênio-terapia e outras medidas preventivas. Mas, estes métodos, além de mais caros que a prática da higiene bucal, são mais prejudiciais ao paciente, pois aumentam o risco de resistência dos microorganismos, no caso dos medicamentos^{7, 12..}

Por colaborar na prevenção de infecções hospitalares, principalmente as respiratórias, e contribuir para a preservação da saúde e recuperação do paciente, os procedimentos de higiene bucal são benéficos não somente aos internados, mas também ao próprio hospital, que tem seus custos reduzidos.

Dificuldades na melhora do quadro clínico e conseqüente piora no prognóstico prolongam a estada do paciente na UTI e diminui a possibilidade de vagas, aumentando os gastos hospitalares.

Referências

1. Fagon JY, Chastre J, Hance AJ, et al: Nosocomial pneumonia in ventilated patients: A cohort study evaluating attributable mortality and hospital stay. *American Journal of Medicine*. 1993; 94:281-88.
2. Kollef MH, Sharpless L, Vlasnik J, et al: The impact of nosocomial infections on patient outcomes following cardiac surgery. *Chest*. 1997; 112:666-75.
3. Kollef MH. Epidemiology and risk factors for nosocomial pneumonia: emphasis on Prevention. *Clinical Chest Medicine*. 1999;20:653-70.
4. Kollef MH: Ventilator-associated pneumonia. A multivariate analysis. *JAMA* 1993; 270:1965-70.
5. Morais, T.M.N., Silva, A., Avi Alro. Tratamento periodontal em pacientes de UTI In: 24 CIOSP 1ed. São Paulo : Artes Médicas, 2006;2:687-700.
6. National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) system report, data summary from January 1992-April 2000, issued June 2000. *American Journal of Infection Control* 2000; 28:429-48.

7. Russell SL, Boylan RJ, Kaslik RS, Scannapieco FA, Katz RV. Respiratory pathogen colonization of the dental plaque of institutionalized elders. *Spec Care Dentist* 1999;19(3):128-34.
8. Scannapieco FA, Rossa Júnior C. Doenças periodontais versus doenças respiratórias. In: Brunetti MC. *Perio-dontia médica*. São Paulo: SENAC; 2004:391-409.
9. Scannapieco FA. Relação entre doença periodontal e doenças respiratórias. In: Rose LE, Genco RJ, Mealy BL, Cohen DW. *Medicina Periodontal*. São Paulo: Santos. 2002:83-97.
10. Sona CS, Zack JE, Schallom ME, McSweeney M, McMullen K, Thomas J, Coopersmith CM, Boyle WA, Buchman TG, Mazuski JE, Schuerer DJJ. The Impact of a Simple, Low-cost Oral Care Protocol on Ventilator-associated Pneumonia Rates in a Surgical Intensive Care Unit. *Journal of Intensive Care Medicine*. 2009, 24(1): 54-62
11. Warren DK, Shukla SJ, Olsen MA, Kollef MH, Hollenbeak CS, Cox MJ, Cohen MM, Fraser VJ. Outcome and attributable cost of ventilator-associated pneumonia among intensive care unit patients in a suburban medical center. *Critical Care Med* 2003; 31(5):1312-17.
12. Yoneyama T, Yoshida M, Ohru T, Mukaiyama H, Okamoto H, Hoshiya K et al. Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(3):584-5.

