

# CADERNO DE BOAS PRÁTICAS

Fascículo II

DESOSPITALIZAÇÃO





*“Difundir o conceito da assistência domiciliar, contribuindo para o fortalecimento do setor, desenvolvendo ações e instrumentos que estabeleçam padrões e critérios mínimos de qualidade, considerando as necessidades de todos os envolvidos no processo: pacientes, prestadores de serviços, operadoras de saúde e profissionais.”*

Esta é a missão do NEAD, entidade nacional representativa das empresas que atuam em Atenção Domiciliar à Saúde, que é fruto de um pensamento empresarial que privilegia a formação e aprimoramento de pessoas, estruturas e instituições, para prover a gestão e a assistência com vistas ao crescimento sustentável e fortalecimento da modalidade.

Fundado em 2003 com o objetivo de garantir o sucesso do empreendedor, a satisfação do financiador e a confiabilidade do consumidor, o Núcleo Nacional das Empresas de Atenção Domiciliar tem vários desafios, mas já acumula muitas conquistas ao longo de seus 14 anos de história.

## Inspirações

Entre os principais desafios da entidade, estão: construir indicadores mais precisos e específicos; capacitação profissional; agilizar processos; discutir e difundir conceitos; aprimorar boas práticas de governança e incrementar as possibilidades de abrangência da Atenção Domiciliar.

Além da apresentação de sugestões e propostas para os principais órgãos reguladores, contribuindo com a implementação de importantes medidas e ações para o setor.

## Avanços

### Entre as conquistas do NEAD, se destacam:

- **Grupo de Estudos** – criado para a troca de informações técnicas, discussão de padrões e critérios mínimos para o atendimento de pacientes em domicílio.
- **Melhores Práticas Assistenciais** – criação e atualização de Tabelas de Indicação, Avaliação e Manutenção de Internação Domiciliar, assim como elaboração de estudos para as de Atendimento Domiciliar.
- **Eventos de Educação Continuada** – com temas específicos e de interesse do setor, contando com renomados e experientes palestrantes, abertos para associados e não associados.
- **Censo da Atenção Domiciliar** – levantamento periódico que representa uma análise sólida do segmento, dimensionando a atividade no país e permitindo demonstrar sua importância e participação no sistema de saúde brasileiro.
- **Publicações** – primeiro Livro Oficial sobre a História do Setor; Cartilha “O Cooperativismo e a Atenção Domiciliar à Saúde”; Caderno de Boas Práticas NEAD, com temas variados divididos em fascículos; Revista NEAD.
- **EAD** – lançamento do ensino à distância, com acesso através do site da entidade.

Prezado leitor,

*Temos uma enorme satisfação de trazer até você o segundo fascículo do Caderno de Boas Práticas NEAD. Trata-se de uma publicação de cunho técnico, voltada para o público envolvido na cadeia de serviços da Atenção Domiciliar – profissionais, empresas, fontes pagadoras. Quando criamos essa publicação, tínhamos como propósito divulgar e difundir os principais aspectos relativos ao tema desenvolvido em cada um dos fascículos. Foi assim no primeiro número, que trouxe uma Atualização no Tratamento de Feridas para Atenção Domiciliar, e é assim na edição atual, que desenvolve o tema Desospitalização.*

*E por que é tão importante discutir o assunto da Desospitalização?*

*É certo que se trata de matéria atual, que ocupa o topo da lista de preocupações de todos aqueles que se interessam pela Saúde Suplementar – quando o controle da despesa assistencial e a eficiência operacional estão na ordem do dia, a gestão dos custos hospitalares ganha maior relevância. É certo também que os méritos da Desospitalização já estão provados, seja por conta do controle da sinistralidade nas operadoras de planos de saúde, seja como ferramenta de gestão do parque de leitos nos hospitais gerais, seja pela possibilidade de garantir uma assistência mais adequada ao paciente de longa permanência, que poderá gozar do convívio dos seus, numa estrutura de cuidados mais afeita às suas necessidades, em casa.*

*Porém, a principal razão de o NEAD estar trazendo à tona este debate recai sobre o fato de que, se a realidade da Desospitalização já se faz presente no dia a dia de operadoras, hospitais e empresas de Atenção Domiciliar, as suas implicações, as restrições e dificuldades relacionadas ao tema ainda representam enorme desafio ao setor. Assim, procuramos explorar, em cada um dos capítulos deste Caderno, um aspecto diferente, mas sempre estritamente objetivo, do assunto. Para isso, buscamos reunir as opiniões de diferentes especialistas do setor, cada um com o seu conhecimento específico, mas todos aportando grande experiência prática à discussão.*

*Ao final, dois capítulos repassam as principais informações sobre o novo Escore de Avaliação de Pacientes do NEAD. O primeiro deles detalha de forma muito didática as etapas do preenchimento do escore, bem como a interpretação de possíveis resultados, e o segundo concilia e apresenta as respostas para as principais questões que temos recebido nos diferentes eventos de divulgação da ferramenta dos quais temos participado.*

*Sabemos que a discussão sobre a Desospitalização na Saúde Suplementar não termina aqui e esperamos poder ter contribuído de forma decisiva para este debate. Mais ainda, esperamos que você aprecie a leitura!*

Este **Caderno de Boas Práticas Fascículo II** faz parte do Projeto de Parceria Educacional NEAD, com produção coordenada pelo Grupo de Estudos da entidade.

**Diretoria NEAD 2015 – 2017**

Luís Cláudio Marrochi – Presidente  
Leonardo Zimmerman – Vice-Presidente  
Sergio Candio – Diretor Secretário  
Ari Bolonhezi – Diretor Tesoureiro

**Grupo de Estudos NEAD**

Cátia Paiva, Flávia Canuto, Grace Braga e Isabel Dias Vitor Alves da Silva.

**Coordenação Editorial**

Leonardo Zimmerman

**Parceiros Educacionais da Edição**

Coloplast  
Expressa Group  
Nestlé Health Science  
VitalAire / Air Liquide Healthare

**Colaboradores da Edição**

Ana Michela Lista Merchan, André Gustavo Salvador Kauffman, Anelise Fonseca, Ari Bolonhezi, Cátia Paiva, Cristiano Gualtieri Comunale, Flávia Canuto, Flávio Luciano Lopes, Grace Braga, Isabel Dias Vitor Alves da Silva, Kátia Vanessa Cantarini, Luciano Rodrigues de Oliveira, Luís Cláudio Rodrigues Marrochi, Miriam Alves Moreira, Rosana Margarete de Freitas Vieira, Vitor Moraes Rocha.

**Produção Executiva, Coordenação Gráfica e Revisão**

Agência Paulista de Comunicação  
[www.agenciapaulista.com.br](http://www.agenciapaulista.com.br)

**Diagramação e Arte**

Adriana L. Sales

.....  
**NEAD – Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar**

Rua Afonso Brás, 900, conjunto 52 | Vila Nova Conceição  
04511-001 – São Paulo – SP – Brasil  
Telefone: 55 11 3045.3008  
[www.neadsaude.org.br](http://www.neadsaude.org.br) | [neadsaude@neadsaude.org.br](mailto:neadsaude@neadsaude.org.br)  
[www.facebook.com/eventosnead](https://www.facebook.com/eventosnead)

# Sumário

## Capítulo 1

Desospitalização: Desafios e Oportunidades .....	07
Necessidades e Restrições: a Visão da Operadora de Planos de Saúde .....	07
Agilidade na Desospitalização e Segurança do Paciente: o Desafio da Empresa de Atenção Domiciliar .....	08

## Capítulo 2

A Desospitalização como uma Iniciativa do Hospital .....	10
--	----

## Capítulo 3

Comunicação Assertiva na Desospitalização .....	13
Melhores Práticas na Solicitação Médica de Atenção Domiciliar .....	13
Reconciliação Medicamentosa e o Processo Seguro de Desospitalização .....	18
Identificação do Cuidador .....	21
Termo de Consentimento .....	24

## Capítulo 4

A Desospitalização do Paciente em Ventilação Mecânica .....	27
---	----

## Capítulo 5

A Desospitalização em Pediatria .....	29
---------------------------------------	----

## Capítulo 6

A Desospitalização em Cuidados Paliativos .....	33
---	----

## Capítulo 7

O Novo Escore NEAD de Avaliação de Pacientes .....	36
Tabela NEAD: da Origem à Atualização – Melhoria Contínua .....	36
O Novo Escore NEAD de Avaliação de Pacientes – Passo a Passo .....	38

## Capítulo 8

O Novo Escore NEAD de Avaliação de Pacientes Dúvidas Frequentes .....	47
--	----



## Desospitalização: Desafios e Oportunidades

### Necessidades e Restrições: a Visão da Operadora de Planos de Saúde

Desospitalizar não é uma opção, mas uma necessidade.

Na verdade, desospitalizar deveria ser um processo natural, afinal, o paciente interna para receber um tratamento prescrito para a solução definitiva, melhora e/ou estabilidade de uma doença. Retorna para sua moradia de origem, curado ou em condição de continuidade de tratamento ambulatorial.

Entretanto, na prática, nem sempre essa regra ocorre com naturalidade. Os fatores são diversos e passam por questões sócio-psico-econômicas do próprio paciente e de seus familiares, que resultam em reter o paciente em uma internação hospitalar, além dos critérios clínicos. Dentre tais questões, destacamos o envelhecimento da população, a ausência do cuidador natural “mulher” que se encontra inserido no mercado de trabalho e a não suficiente renda familiar.

Mediante tal cenário, a desospitalização tornou-se um processo a ser discutido, planejado e implantado em âmbito multissetorial, pois requer profissionalismo e comprometimento do médico assistente, de setores especializados do hospital e operadora de plano de saúde e da prestação de serviço qualificada em Assistência Domiciliar.

A desospitalização segura é resultado de um processo que se inicia na adequada solicitação médica, na qualificada avaliação do paciente, na elaboração do plano terapêutico de cuidados em domicílio baseado em critérios técnicos e, por fim, na clara comunicação com o paciente e família.

O sucesso da desospitalização e a permanência do paciente no domicílio dependem da responsabilidade que deve ser assumida com comprometimento e participação igualitária da tríade: paciente/família, equipe de Assistência Domiciliar e fonte pagadora (Operadora de Plano de Saúde).

**Ana Michela Lista Merchan**

Gestora do Núcleo de Saúde e Prevenção do Grupo Omint

## Agilidade na Desospitalização e Segurança do Paciente: o Desafio da Empresa de Atenção Domiciliar

Os grandes desafios da Atenção Domiciliar não são diferentes dos desafios do setor da Saúde: Sustentabilidade, Qualidade, Coordenação e Cooperação, seja entre profissionais ou entre serviços, enfim, entre todos os tipos de recursos disponíveis.

A Atenção Domiciliar, na Saúde Suplementar, foi concebida considerando-se os conceitos de Gestão, de Qualidade e de Segurança Assistencial. Nesse contexto, os tópicos do primeiro e do segundo parágrafos se misturam e monopolizam a agenda dos profissionais, das empresas e das instituições que atuam e pensam a AD, fazendo parte do dia a dia de qualquer equipe que trabalhe na área.

A missão das empresas prestadoras de AD é compatibilizar e mobilizar os recursos disponíveis às necessidades e expectativas de 3 clientes: o paciente e sua família; a equipe médica assistente e a fonte pagadora. Cada um desses clientes tem uma visão e uma percepção diferentes sobre o que é a Atenção Domiciliar, quais as suas possibilidades e os seus limites. Frequentemente, cada cliente imagina um modelo diferente de AD, segundo sua percepção, expectativa e necessidade, sem qualquer embasamento ou experiência prévia no assunto, o que comumente gera conflitos e demandas equivocadas.

Cabe à empresa prestadora do serviço de Atenção Domiciliar e a sua equipe desatar esse nó, avaliando a pertinência da indicação, a elegibilidade do paciente, a viabilidade da execução do serviço e elaborando um bom Plano de Atenção Domiciliar (PAD), esclarecendo aos “clientes” os objetivos e particularidades do atendimento, as atribuições de cada personagem na execução e evolução do PAD, assim como a quem cabe a responsabilidade e o financiamento de cada ação ou recurso (paciente/família, cuidador, equipe de AD, operadora de saúde, comunidade e sociedade).

No intuito de vencer os desafios impostos pela realidade descrita acima, é necessário ter em mente que a prestação do serviço de Atenção Domiciliar precisa de sistematização e deve seguir um processo lógico, definido pelos seguintes passos:

1. Solicitação do Serviço de AD
2. Avaliação para a AD
3. Elaboração do PAD (Plano de Atenção Domiciliar)
4. Aprovação do PAD
5. Implantação
  - a. Planejamento Logístico

- b. Alocação de recursos
- c. Preparação
  - i. Domicílio
  - ii. Família
  - iii. Cuidador
- d. Transferência do paciente

Para uma correta avaliação e elaboração de um bom PAD, é necessário considerar os seguintes tópicos:

1. Risco Clínico
2. Risco Ambiental
3. Risco Socioeconômico
4. Risco Operacional

Agilidade não é o mesmo que pressa e desconsiderar qualquer item exposto nos dois tópicos acima é incorrer no crescimento dos riscos, na geração de conflitos e no aumento das falhas. A boa execução dos passos citados agiliza o processo e melhora a percepção de valor da Atenção Domiciliar.

A busca pelo aperfeiçoamento de cada passo e da correta orientação do paciente, da família e da equipe, é ponto crucial para o sucesso da prestação do serviço, visando sempre a qualidade, segurança assistencial e a boa gestão.

Nesse sentido, o NEAD vem estreitando relações e parcerias com outras entidades, como a Anahp e a ABRASFID, visando criar e difundir protocolos e instrumentos que facilitem e uniformizem a interpretação e a aplicação dos processos acima descritos.

Esse esforço faz parte da busca pela regulamentação e regramento do setor.

Muito já foi feito, como a padronização de conceitos e nomenclaturas, criação de indicadores e instrumentos de avaliação, divulgação e coleta de dados estatísticos, mas muito mais há para fazer e, para isso, devemos estimular o debate com a participação de toda a cadeia de recursos envolvida na AD: prestadores, hospitais, operadoras de planos de saúde, conselhos profissionais, meio acadêmico e usuários.

O desafio continua grande, mas vale a pena investir na evolução da Atenção Domiciliar.

**Ari Bolonhezi**

Médico, Sócio-Diretor da Home Doctor,  
Presidente do SINESAD e Diretor do NEAD.

## A Desospitalização como uma Iniciativa do Hospital

Os hospitais no mundo estão em busca de oportunidades para melhorar a eficiência.

O peso na elevação dos custos da atenção hospitalar está relacionado com as altas taxas de internação, respaldadas na hegemonia do modelo hospitalocêntrico, e com os gastos decorrentes do uso crescente de alta tecnologia.

Para haver mudanças na qualidade dos serviços prestados, são necessárias novas formas de atuação e novos processos e espaços de trabalho que incluam: hospital-dia, internações domiciliares, cuidados domiciliares, preparação para o autocuidado, tudo isso incorporando os saberes reinantes nas famílias e nas comunidades. Os papéis do novo hospital tendem a limitar-se aos cuidados agudos e intensivos e à atenção ambulatorial de maior densidade tecnológica.

O termo desospitalização significa ser liberado ou dispensar-se de internação hospitalar, passando a receber assistência ambulatorial multidisciplinar e/ou domiciliar, visando a sua reintegração à sociedade. Sendo assim, a desospitalização se torna uma prática para minimizar a internação e pode ser oferecida por meio de um tratamento ambulatorial ou hospital-dia ou, ainda, Atenção Domiciliar.

A Assistência Domiciliar envolve o gerenciamento de um conjunto de ações:

- Educação;
- Prevenção;
- Recuperação;
- Manutenção da Saúde;
- Comunicação Interdisciplinar.

É imprescindível considerar a segurança dos serviços prestados e, principalmente, a forma de gerenciar a realização desse serviço. É preciso conhecer o nível de importância dos procedimentos clínicos ou das atividades de suporte (apoio) a tais procedimentos, independente da condição de findar do tratamento, seja recuperação, promoção, doença crônica ou de fim de vida, tanto de adultos, idosos e crianças. O ambiente poderá ser ambulatório, o domicílio ou ainda instituições de transição.

O processo da alta hospitalar deve ser iniciado o mais breve possível. A internação hospitalar deve ser entendida como transição: > descompensação > melhora > restabelecimento em casa (quando possível). A equipe multidisciplinar deve fornecer constantemente orientações sobre o plano de cuidado durante a internação e deve iniciar o processo de orientação de alta na admissão do paciente. Isso pode ocorrer através do gerenciamento do plano de cuidados, devendo a família, paciente e cuidadores participar ativamente, para que todos estes atores tenham conhecimento sobre o que fazer após deixar o hospital, antes mesmo do processo de alta hospitalar estar finalizado.

Para gestão de pacientes crônicos ou de grande possibilidade de longa permanência, há necessidade de uma equipe multidisciplinar composta por médico hospitalista, enfermeiro e assistente social, que deve contar com suporte de especialistas, como nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, entre outros que podem ser acionados, conforme a necessidade.

O hospital deve contar com sistema de informação, como previsão de alta e relatórios de permanência hospitalar. Cabe à equipe de gestão de pacientes crônicos ou de longa permanência o acompanhamento diário, através de visitas e discussão do plano de cuidados. Essas ações irão subsidiar a desospitalização precoce de forma segura e, nos casos onde não for possível, continuar o acompanhamento, dando suporte às equipes envolvidas na assistência do paciente e seus familiares.

São ações dessa equipe:

- Criar alternativas para tornar possível a desospitalização;
- Classificar o paciente pelo risco de cronicidade;
- Acompanhar a permanência para intervenções;
- Planejar, executar e acompanhar a desospitalização.

Vamos a algumas evidências:

Dados do *Clinical Operation Board* de 2013 evidenciam que hospitais da Austrália, Reino Unido e Inglaterra consideram que mais de 5% dos leitos-dia são clinicamente desnecessários. Segundo a *Advisory Board Company*, grandes centros dos EUA, Europa e Brasil consideram que “planejar a alta no final da permanência, inevitavelmente, causa atrasos. As melhorias anteriores nos processos de internação do paciente não significam nada, se a alta for retardada”.

Para um hospital médio, de 400 leitos, reduzir o tempo de permanência em 01 dia pode ser equivalente a adicionar 65 novos leitos em sua capacidade.

Ainda de acordo com a *Advisory Board Company*, o planejamento antecipado da alta envolve práticas assistenciais, como:

- Garantir a previsão de uma data confiável para a alta;
- Prever as necessidades do paciente, família e do seu destino.

Incorporar a infraestrutura para executar o planejamento para a alta:

- Garantir um preparo proativo para a alta;
- Coordenar o processo de permanência dos pacientes;
- Otimizar as condições pós-agudas, além do hospital, para evitar atrasos.

O Hospital Sírio-Libanês conta com uma equipe de desospitalização composta por médicos, enfermeiro e assistente social. A equipe conta com apoio de um sistema de previsão de alta, com 94% das altas previstas por clínica. Pode contar também com instrumentos preditivos de cronicidade ou risco para internação prolongada, ticket home, que pode ser entregue 24h antes da alta aos familiares, cujo objetivo é ter um checklist pré-alta com informações de necessidades dos pacientes ou familiares, documentações como resumo de alta, receitas, exames, orientações sobre transporte, reabilitação e necessidade de acompanhante ou cuidador.

São atribuições da equipe de desospitalização:

- Monitorar a internação de pacientes clínicos e cirúrgicos com previsão de alta fornecida pela equipe assistencial;
- Acompanhar o serviço de enfermagem e as equipes médicas no tempo previsto de internação;
- Acompanhar os pacientes em internação prolongada;
- Comunicação direta com as operadoras para liberação de *home care*;
- Discussão semanal dos casos de longa permanência;
- Suporte à equipe médica, pacientes e equipe multidisciplinar, no processo de desospitalização;
- Orientar e dar suporte sobre as instituições de transição aos familiares de pacientes com potencial para transferência para esses serviços.

A desospitalização de pacientes de longa permanência gera benefícios ao paciente, proporcionando maior chance de esclarecimento e envolvimento familiar, diminuição

de riscos e maior estímulo à continuidade de tratamentos. Para o hospital, melhora a gestão dos leitos com melhor utilização da capacidade instalada e, para as fontes pagadoras, melhora o controle das despesas assistenciais, otimizando custos.

A Equipe de Desospitalização representa um diferencial na gestão de alta dos pacientes do Hospital Sírio-Libanês.

**Luciano Rodrigues de Oliveira**

Enfermeiro Responsável pelo Serviço de Desospitalização do Hospital Sírio-Libanês

## Capítulo

## 3

# Comunicação Assertiva na Desospitalização

## Melhores Práticas na Solicitação Médica de Atenção Domiciliar

### Introdução

A observação do dia a dia da Atenção Domiciliar (AD) traz consigo inúmeras formas de visualizar o mesmo ponto de referência de vários ângulos, representados pelos diferentes *players* ou *stakeholders*.

Nesse contexto, os médicos (principais *stakeholders*) responsabilizam-se pelo início dos atendimentos diante da demanda clínica do indivíduo adoecido, incapaz ou temporariamente incapacitado. Dessa forma, esse indivíduo receberá atenção terapêutica, que será finalizada ou continuada em domicílio, com ou sem previsão de interrupções ou término, tanto no setor público como no setor suplementar.

Segundo o guia PMBOK – *Project Management Book of Knowledge* (PMI, 2013), o gerenciamento dos *stakeholders* envolve os processos de identificação e classificação de seus interesses e suas possíveis formas de atuação, manifestas ou não, seguidos de um plano para lidar com os aspectos percebidos e documentados ou condensados pela equipe, com monitoramento e controle das ações no desenrolar do projeto, sendo feitos os ajustes e alinhamentos necessários ao plano de gerenciamento.

A “Implantação” de um Plano de Atenção Domiciliar (PAD) é um processo subsequente a um outro, o de “Avaliação”. Nesses dois momentos do PAD, a figura do médico é imprescindível para a entrega de aspectos clínicos, estratégicos terapêuticos e até sociais do relacionamento com aquele indivíduo (familiares e responsáveis), que receberá a atenção da equipe multiprofissional. Requisitos, atribuições, anseios, desejos, expectativas e objetivos terapêuticos deveriam ser compreendidos nesses primeiros contatos entre a equipe do SAD (Serviço de Atenção Domiciliar) e a equipe assistente. As características daquele indivíduo avaliado são, então, definidas para a gestão da segurança do atendimento domiciliar, entregando os dados obtidos prioritariamente com os clientes. Há, nesse contexto, um complexo fluxograma de ações a serem instituídas desde a discussão técnica até o estudo do domicílio.

## Discussão

Começamos nesse momento, a discussão sobre desperdício e gestão da qualidade. Recentemente, o IESS – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar publicou artigo sobre Fraude e Desperdício, informando cifras de R\$ 22,5 bilhões em gastos com contas hospitalares e exames, em 2015 (figura 1.) A otimização dos processos de *discharge* (alta hospitalar) auxiliam nesse desperdício de diárias hospitalares, principalmente.

Eventos adversos são descritos na literatura médica como responsáveis por aumento de mortalidade direta e incremento dos custos. Por que submeter o paciente a um procedimento ou tratamento que poderia ser realizado fora do ambiente hospitalar? Por que aumentar o risco aos eventos adversos? Obviamente, os mesmos também ocorrem em ambulatório e domicílio em proporções estimadas, mas com controle menos rigoroso quando comparados ao ambiente hospitalar, onde os processos são experimentados há mais tempo.

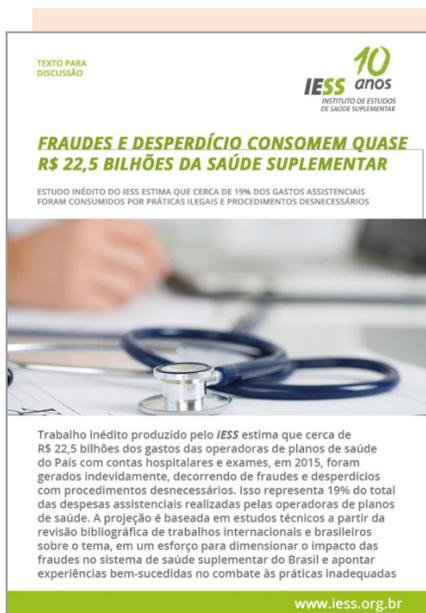


figura 1

O *NHS – National Health Service* (Reino Unido), em 1996, lançou as bases da Governança Clínica que enceta Auditoria Clínica, Educação Continuada, Pesquisa e Desenvolvimento, Saúde baseada em Evidências, Gerenciamento de Riscos e Resultados em Saúde. Desses processos listados, o médico deveria estar inserido em todos eles para que a desospitalização e assistência ao cliente estivesse em harmonia com a conduta de todos os profissionais. Quanto maior a complexidade dos pacientes/clientes, maior a probabilidade de erros nos cuidados e, conseqüentemente, com impactos diversos. A desospitalização, segundo o *Advisory Board*, sofre interferência direta da complexidade e da ausência de comunicação entre os profissionais de Saúde (figura 2.).

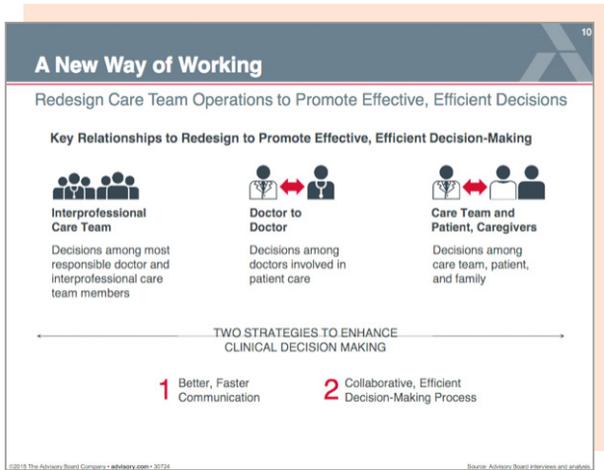


figura 2

O mesmo *Advisory Board* justifica a melhoria do processo de desospitalização em termos administrativos, trazendo benefícios às unidades hospitalares. Na figura 3, demonstra-se a quantidade de leitos disponíveis diante da redução de diárias hospitalares. Faz-se, aqui, referência ao desperdício. No exemplo: a redução de 1 diária por paciente em hospital de 400 leitos traria a adição de mais 65 leitos ao final do mês. Um plano de desospitalização bem administrado garante menos investimentos em infraestrutura.

O NHS traz em seus exemplos hospitais que sofriam pressão por leitos em determinados períodos do dia devido a Salas de Emergências lotadas (figura 4 adaptada - linha tracejada). Instituíram-se programas de desospitalização nos horários que antecederiam ao pico da Sala de Emergência, com melhora na pressão

por leitos (linha contínua). Esse mesmo trabalho do NHS faz referência ao fato de 80% das Saídas Hospitalares serem “Simples” e 20% “Complexas”. Dessa forma, o médico, diante da previsibilidade possível ou do prognóstico instalado, prepararia a alta hospitalar para atingir os melhores desfechos.

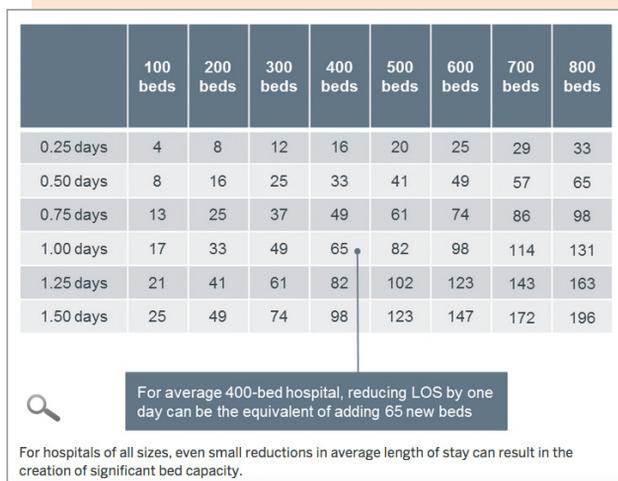


figura 3

“What” – O Planejamento para Alta Hospitalar (*Discharge Planning*) com data e horário ajustados melhora: o tempo de permanência hospitalar, as readmissões e a pressão por leitos hospitalares.

“When” – Quando funcionaria melhor? As internações eletivas devem ter o seu Planejamento de Alta feito antes mesmo da admissão hospitalar, em que o médico relataria ao *staff* do hospital e aos envolvidos todo o planejamento de cuidados continuados.



figura 4

“How” – Como usar o *Discharge Planning* em favor dos *stakeholders* envolvidos naquela hospitalização? Nas Saídas Hospitalares Simples, o médico deverá compor com o *staff* hospitalar os seguintes processos que visam, em última análise, melhorar a comunicação:

- Planejamento da data e hora precocemente - no dia da hospitalização programa-se a possível data de alta.
- Alta médica antes do pico de admissões.
- Alta médica prescrita 7 dias por semana. Em literatura, há relatos de picos de alta às segundas e sextas-feiras. Descreve-se que esvaziar o hospital aos finais de semana também não configura o melhor processo para regular os leitos hospitalares.
- Critérios e processos de desospitalização definidos entre médico e equipe.
- Checklist nas 48 horas prévias à alta prescrita.
- Comunicação apurada entre médico e equipe.

Nas Saídas Hospitalares Complexas, a demanda por maior relacionamento entre médico e equipe multiprofissional torna-se ainda maior, determinando estratégias conjuntas para um desfecho satisfatório.

Enfim, o que se espera da solicitação médica é a mais harmoniosa COMUNICAÇÃO entre todas as partes envolvidas. Depois do indivíduo adoentado, o médico é o *player* mais importante, recaindo sobre ele a maior parte das decisões. A preparação para a tomada de decisão depende de muitos elementos. Esses elementos estão constantemente sob avaliação, sofrendo mudanças de acordo com a liderança. Na transição de cuidados, caberá ao médico, junto à equipe de assistência integral à saúde, a elaboração de relatório que satisfaça a mais fiel relação dos fatos ocorridos em ambiente hospitalar, para que se mantenha a atmosfera de Cuidados Continuados. De certo, pode-se empreender que a Desospitalização é uma ferramenta de Assistência à Saúde e que o médico é um *player* de decisão, cabendo a escolha do paciente certo, na hora certa e para o local certo.

**Luís Cláudio Rodrigues Marrochi**

Médico, Diretor Técnico da Saúde Care, Chefe de Clínica Adjunto da Santa Casa de São Paulo e Presidente do NEAD.

*Referências Bibliográficas:*

- Bildirici, Nesim. Health Management Technology. May2014, Vol. 35 Issue 5, p22-22. 1/3p.*  
<https://www.uhb.nhs.uk/clinical-governance-components.htm>  
<https://www.advisory.com/International/Research/Clinical-Operations-Board/Studies/2016/The-New-Normal>  
[http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20121108093302/http://www.institute.nhs.uk/quality\\_and\\_service\\_improvement\\_tools/quality\\_and\\_service\\_improvement\\_tools/discharge\\_planning.html](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20121108093302/http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/discharge_planning.html)  
<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SMARTDischargeProtocol.aspx>

## Reconciliação Medicamentosa e o Processo Seguro de Desospitalização

O processo de reconciliação medicamentosa teve início quando a JCI (*Joint Commission International*) publicou o *National Patient Safety Goal* (NPSG) 8 que, após revisões, foi implementado em 2011. O objetivo dessa publicação foi fornecer um entendimento sobre como a reconciliação medicamentosa evita erros de medicação e amplia a segurança do paciente.

Define-se Reconciliação Medicamentosa como um procedimento que revisa a terapia medicamentosa do paciente, em cada nível de cuidado. Tem início na admissão, com reavaliações nas transições (internação e transferências de setor), sendo finalizada na alta ou na internação domiciliar. Essa revisão é feita através da análise da relação completa dos medicamentos que o paciente utiliza. Quando possível, essas informações devem ser checadas com o paciente, família ou cuidador, prontuário, médico e com a farmácia clínica (hospitais com certificação de qualidade realizam o processo de reconciliação medicamentosa e o farmacêutico clínico é o responsável pela compilação desses dados). A proposta é evitar discrepâncias entre as prescrições, tais como duplicidade terapêutica, omissão, interações medicamentosas, entre outras. Esse processo tem como princípio realizar o Melhor Histórico de Medicação Possível, conceito traduzido do inglês *Best Possible Medication History* (BPMH), no qual é avaliada não só a relação de medicamentos, mas também a via de administração, posologia e forma farmacêutica, para posterior análise e adequação às necessidades do paciente.

Estudos demonstram que metade dos pacientes admitidos em uma unidade hospitalar possuem discrepâncias medicamentosas<sup>1</sup> e os eventos adversos relacionados a não reconciliação medicamentosa são responsáveis por aproximadamente 30% das readmissões hospitalares<sup>2</sup>, sendo que 20% ocorrem em menos de 30 dias<sup>3</sup>. Os custos envolvidos com o tratamento, o aumento do tempo de internação e as readmissões hospitalares evitáveis passam de 3 bilhões de dólares por ano<sup>4</sup>.

No atendimento domiciliar, a coleta de informações segue os mesmos critérios. Recomenda-se que o primeiro esforço de reconciliação medicamentosa tenha início no hospital e seja finalizado na visita de implantação, sem prejuízo do aproveitamento de outras oportunidades para fazê-lo. De acordo com critérios internacionais, preconiza-se um tempo de 48 horas para a finalização do processo de reconciliação medicamentosa na implantação da Atenção Domiciliar.

**VitalAire:** soluções inovadoras  
para uma transição segura do paciente,  
do hospital ao domicílio.



Com VitalAire, a marca internacional para atendimento domiciliar da Air Liquide, pacientes e cuidadores podem contar com o que há de melhor na área de ventilação mecânica, sono e oxigenoterapia. São produtos e serviços que facilitam a transição do paciente do hospital para a residência e oferecem o tratamento ideal para cada tipo de patologia.

**Expertise** | Mais de 1 milhão de pacientes atendidos por profissionais especializados.

**Proximidade** | Central de atendimento 24 horas para o melhor cuidado do paciente.

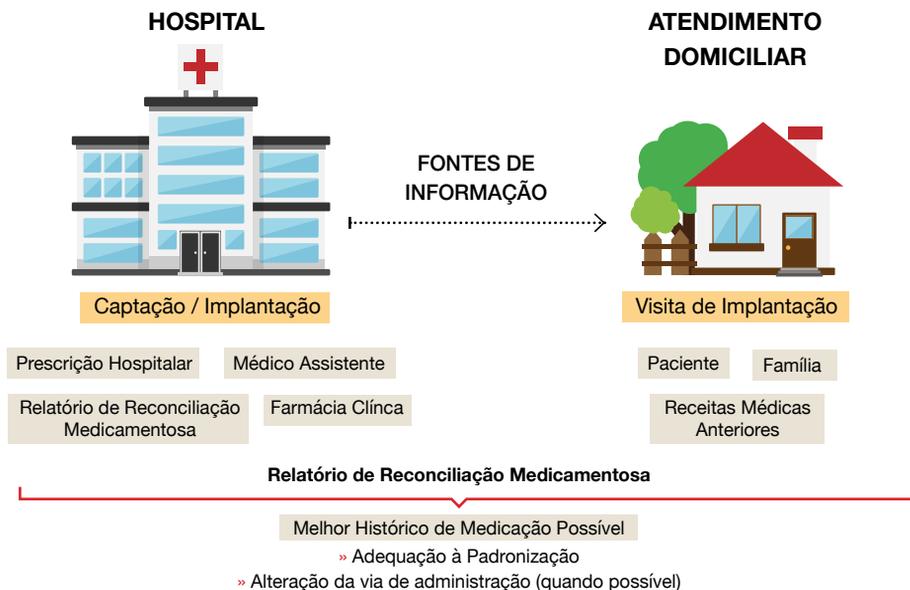
**Personalização** | Serviços específicos para cada etapa do tratamento.

**Segurança** | Produtos e serviços de alta qualidade com foco em segurança.

[www.vitalaire.com.br](http://www.vitalaire.com.br)  
0800 773 0322

**VitalAire**  
Atendimento Domiciliar

**Air Liquide**  
HEALTHCARE



Do ponto de vista Médico, a reconciliação medicamentosa se faz fundamental como alternativa de vigilância e prevenção a possíveis erros de medicações e interações, durante a transição Casa → Internação Hospitalar → Internação Domiciliar.

As múltiplas avaliações de especialidades durante a internação hospitalar facilitam erros e omissões principalmente na prescrição de medicações de uso crônico, seja porque foram suspensas durante a internação hospitalar devido a protocolos de cuidados da instituição, seja por informações não colhidas ou repassadas pelo paciente de medicações em uso prévio à internação hospitalar. A repercussão da não inclusão dessas medicações no momento da alta hospitalar e na implantação da Atenção Domiciliar poderá, indiretamente ou diretamente, incapacitar a objetividade da assistência prestada, gerando casos de urgências e até reinternações hospitalares que eram, do ponto de vista primário, potencialmente evitáveis.

A reconciliação medicamentosa, realizada em conjunto pelas equipes Médica, de Farmácia Clínica e de Enfermagem, consegue cobrir essas arestas da terapêutica perdidas durante essa transição Casa → Hospital → Casa, principalmente durante a avaliação para implantação do paciente no serviço de Atenção Domiciliar.

A reconciliação medicamentosa deverá ser mantida de forma permanente, com fluxos definidos de acordo com a rotina de cada empresa. Após a implantação, na Atenção

Domiciliar, recomenda-se que a reconciliação medicamentosa aconteça a cada alteração de prescrição médica e, caso não haja alteração de itens na prescrição, que ela aconteça mensalmente, onde deverão ser observadas pela equipe multidisciplinar (Médica/Farmácia/Enfermagem) as interações entre medicamentos utilizados, horários de administração, posologia, via de administração e forma farmacêutica.

### **Equipe Home Doctor**

**Vitor Moraes Rocha**, Gestor Operacional Médico;

**Cristiano Gualtieri Comunale**, Supervisor Farmacêutico;

**Flávio Luciano Lopes**, Coordenador Técnico de Internação Domiciliar.

#### *Referências Bibliográficas:*

*Gleason K, Groszek J, Sullivan C, et al. Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. Am J Health Syst Pharm. 2004; 61:1689-95.*

*VossR, Gardner R, Baier R, et al. The care transitions intervention: translating from efficacy to effectiveness. Arch Intern Med. 2011; 171:1232-7.*

*Jencks S. Rehospitalizations among patients in the medicare fee for service program. The New England Journal of Medicine. 2009; 360:1418-1428.*

*Institute of Medicine. Preventing Medication Errors. Washington, DC: The National Academies Press; 2007.*

*Karen Buhler-Wdkerson. 1993. Bringing Care to the People: Lillian Wald's Legacy to Public Health Nursing. American Journal of Public Health.*

*Meunier PJ . Prevention of hip fractures . Am J Med . 1993 ; 95 : 75S – 78S*

*IBGE - Brazilian Institute of Geography and Statistics. CONCLA (National Commission of Ratings) - National Classification of Economic Activity Version 2.0, 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/classificacoes/cnae2.0/cnae2.0.pdf>>. Acessado: 14/06/2016.*

## **Identificação do cuidador**

A ocupação de Cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, sob o código 5162-10 (2000), que define o Cuidador como alguém que cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida.

O Projeto de Lei 284/2011, que visa regulamentar a carreira de Cuidador, considera Cuidador Domiciliar toda e qualquer pessoa capacitada que se dedique a empreender cuidados para com as pessoas portadoras de deficiência, crianças, idosos e outras que inspirem cuidados, em recinto doméstico.

Considera-se como Cuidador efetivo ou pessoa capacitada para essa atividade um adulto com condições físicas e mentais para ser treinado e para responder por seus atos. Não há restrição quanto ao limite de idade, desde que seja respeitado o critério de possuir condições físicas e mentais para exercer o cuidado com o outro.

O Cuidador pode ser um membro da família, profissional ou leigo contratado para realizar os cuidados básicos de vida diária com o paciente, sendo um importante agente na recuperação e manutenção da qualidade de vida.

A função do Cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa em seus cuidados, fazendo por ela somente as atividades que não consiga fazer sozinha. É importante que o Cuidador, a família e a pessoa a ser cuidada façam alguns acordos, de modo a garantir certa independência, tanto a quem cuida como a quem é cuidado. Por isso, o Cuidador e a família devem reconhecer quais as atividades que a pessoa cuidada pode fazer e quais decisões ela pode tomar sem prejudicar os cuidados, incentivando-a a cuidar de si e de suas coisas. Negociar é a chave para uma relação de qualidade entre o Cuidador, a pessoa cuidada e sua família.

Cabe ressaltar que não fazem parte da rotina do Cuidador procedimentos técnicos identificados como responsabilidade de profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área de Enfermagem. O ato de cuidar não caracteriza o Cuidador como um profissional de saúde. Portanto, o Cuidador não deve executar procedimentos técnicos que sejam de competência dos profissionais de saúde, tais como aplicações de injeção no músculo ou na veia, curativos complexos, instalação de soro, colocação de sondas ou outros dispositivos invasivos, entre outros.

Entre as principais atribuições do Cuidador descritas pela CBO estão:

- Auxiliar nas atividades de vida diária;
- Auxiliar ou realizar a higienização pessoal e cuidados com a pele;
- Estimular e auxiliar na alimentação;
- Ajudar na locomoção e atividades físicas, tais como andar, tomar sol e realizar exercícios físicos;
- Estimular atividades de lazer e ocupacionais, conforme a capacidade da pessoa cuidada;
- Realizar mudanças de posição na cama e na cadeira e massagens de conforto;
- Auxiliar ou administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde;

- Estimular a memória e o intelecto de modo geral;
- Promover a comunicação e a socialização;
- Comunicar a equipe de saúde sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada;
- Manter a limpeza e a ordem da casa e do quarto do idoso fragilizado, promovendo ambiente seguro e diminuindo riscos de acidentes;
- Escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada;
- Oferecer atenção afetiva;
- Outras situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde dessa pessoa.

Na Atenção Domiciliar, o Cuidador é o principal elo entre o paciente e a equipe multiprofissional. Cabe à equipe de saúde orientar, capacitar e treinar o Cuidador para realizar os cuidados básicos com o paciente, estar disponível para esclarecer suas dúvidas, reservar um tempo para ouvir, empoderar o Cuidador sobre sua responsabilidade no cuidado e apoiá-lo em todas as suas necessidades e anseios. As orientações e cuidados devem ser individualizados, respeitando a condição clínica e necessidade de cada paciente.

Dessa forma, a presença do Cuidador torna-se um dos critérios de elegibilidade para a Atenção Domiciliar. Na maioria das modalidades de assistência no domicílio, os pacientes permanecem sob os cuidados do Cuidador e/ou família, seguindo as orientações da equipe de saúde. Não ter um Cuidador efetivo identificado inviabiliza as orientações e continuidade dos cuidados. A equipe de saúde estará sempre disponível para orientar, treinar e esclarecer as dúvidas, mas não poderá assumir a execução dos cuidados básicos em período integral.

O critério quanto ao Cuidador efetivo apenas não se aplica em pacientes independentes, que estão em Atenção Domiciliar para procedimentos pontuais, como término de Antibioticoterapia e Curativos. Os pacientes independentes com esse perfil de programa podem ser acompanhados na rede credenciada, mas, frequentemente, são direcionados para a Atenção Domiciliar devido à restrição de serviços que atendam esses procedimentos ambulatorialmente. Nesses casos, ainda que o paciente mantenha sua independência e autonomia, será preciso identificar o familiar responsável, para que o mesmo seja acionado e compartilhe decisões com a equipe de saúde, sempre que necessário.

Cabe à empresa de Atenção Domiciliar, no momento da avaliação, identificar, verificar e alinhar junto à família e Operadora de Saúde sobre os critérios e condições para uma desospitalização segura, devendo considerar contraindicar a Atenção Domiciliar, nos casos em que a ausência do Cuidador for expor o paciente a riscos assistenciais e negligência de cuidados.

**“Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas.”**

(MS – Guia Prático do Cuidador, 2008.)

### **Grupo de Estudos NEAD**

**Cátia Paiva**, Home Doctor;

**Flávia Canuto**, Integral Saúde;

**Grace Braga**, Saúde Care;

**Isabel Dias Vítor Alves da Silva**, ProCare.

#### *Referências Bibliográficas*

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. 7. Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2001. 199p.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Guia Prático do Cuidador*. MS. Brasília, 2008. 64p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº963**. MS. Brasília. 27 de maio de 2013. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde**.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1016**. MS. Brasília. DO 167, 1 de Setembro de 1993.

PORTNOW, James; SAMUELS, Andrew J. **Tratamento Domiciliar**. In: Calkins E, Ford AB, Katz P. *Geriatría Prática*. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 3. Ed. Porto Alegre, RS: Sagra Luzzato, 2001.

*Classificação Brasileira de Ocupações*. Disponível em: <http://www.ocupacoes.com.br/cbo-mte/516210-cuidador-de-idosos>. Acesso em 20 de abril de 2016.

*Projeto de Lei do Senado, Nº284/2011*. Disponível em: <http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materiais/-/matéria/100403>. Acesso em 20 de abril de 2016.

## **Termo de Consentimento**

As palavras voam, a escrita fica (“*verba volant, scripta manent*”). Muito antes deste brocardo jurídico ter se popularizado na famosa carta trocada pelos então chefes do executivo federal brasileiro, eu e milhares (quicá milhões) de estudantes de Direito ouvimos frases desse tipo, nos bancos da graduação. Uma pena que ao menos o conceito contido nela não seja disseminado nas outras faculdades. Formalizar não

significa burocratizar, dificultar ou chatear. A formalização cria regras claras em qualquer relação humana, facilita a compreensão futura da vontade presente e evita chateações de toda sorte. Por essas razões, minha intenção neste desprezioso texto é convencer você, leitor interessado no tema Atenção Domiciliar, da importância de usar um Termo de Consentimento na implantação dos pacientes.

Com esse intento, esclareço que o melhor dispositivo para analisar a relação entre o paciente e a prestadora do serviço de Assistência Domiciliar, ainda que por analogia, é o Código de Defesa do Consumidor (“CDC”), a Lei n.º 8.078 de 1990. Segundo esse ponto de vista, o paciente e seus familiares são encarados como consumidores dos serviços prestados pelas empresas de Atenção Domiciliar, da mesma forma como são de serviços bancários ou de telefonia. A figura do paciente-consumidor é uma realidade há quase três décadas.

O CDC considera direitos básicos do consumidor a proteção da vida, saúde, a segurança contra riscos provocados no fornecimento de produtos ou serviços, assim como a informação adequada e clara, com especificação correta de características e riscos. Esses direitos do consumidor resultam em obrigações das empresas que fornecem o serviço de Atenção Domiciliar.

Por conseguinte, não basta prestar o melhor serviço, é fundamental explicá-lo, fornecer de maneira clara todas as informações possíveis ao paciente-consumidor e documentar tudo isso. Justamente aqui está a importância do Termo de Consentimento em cada implantação ou reimplantação de pacientes na Atenção Domiciliar.

Como meu caro leitor bem sabe, a litigiosidade brasileira vem aumentando a cada ano, também na área da Saúde. Com o incremento da Atenção Domiciliar, já são comuns pedidos indenizatórios de toda sorte contra as empresas que prestam o serviço. Invariavelmente, para a defesa judicial, documentos são estritamente necessários.

O Termo de Consentimento é um anexo/apêndice do Contrato de Prestação de Serviço de Atenção Domiciliar (*home care*), no qual a empresa especifica ao paciente os serviços que serão prestados (escopo), os direitos e as obrigações mútuas assumidas, de um lado pela empresa e, do outro, pelo paciente e/ou familiares. Trata-se de um documento sigiloso, coberto pelo segredo profissional e pelo direito à intimidade, assim como acontece com o prontuário médico.

Para ter validade jurídica, é fundamental que, no Termo de Consentimento, conste a assinatura do paciente ou seu responsável legal. O CDC proíbe o uso de tamanho da

fonte menor que corpo 12. Também é fundamental usar uma redação clara e permitir que o paciente leia o documento antes de assiná-lo. Sempre que houver alguma limitação de direitos do paciente, deve ser dado destaque na redação.

Apesar de legislação alguma impor exigências de conteúdo, é recomendável que o Termo de Consentimento contenha ao menos as seguintes informações prioritárias:

1. Nome e dados pessoais do destinatário do termo. Pode ser o paciente, seu responsável legal ou ambos.
2. Concordância do paciente para se submeter aos serviços de Atenção Domiciliar, com a advertência de que qualquer negativa em receber tais serviços ou o simples descumprimento da conduta médica e/ou nutricional poderá provocar a (re)internação hospitalar.
3. Detalhamento do(s) serviço(s) que será(ão) prestado(s).
4. Meios de contato do paciente e seus familiares com a empresa de Atenção Domiciliar, sendo recomendado existir número(s) de telefone para atendimento 24(vinte e quatro) horas e endereço (físico ou eletrônico) para recebimento de informações, inclusive em caso eventual de reinternação hospitalar.
5. Explicação sobre a função do cuidador, seu treinamento e obrigações.
6. Pormenorização dos recursos cobertos e não cobertos pela Atenção Domiciliar mediante custeio pela operadora do plano de saúde. Não é incomum pacientes e familiares acreditarem que o serviço envolve fornecimento de roupa de cama e alimentação, por exemplo.
7. Limites da atuação da Atenção Domiciliar. É comum paciente e familiares confundirem os serviços profissionais com domésticos. Registrar a diferença e explicitar que, por exemplo, limpeza da casa, troca de roupa de cama ou atender telefone não são serviços de Atenção Domiciliar.
8. Prontuário. Apesar de ser documento de propriedade da empresa, é usual que fique sob a guarda do paciente ou seus familiares. Por isso, é necessário esclarecer que não deve ser rasurado ou extraviado.
9. Insumos e equipamentos. É comum seu depósito e guarda no domicílio, sob a responsabilidade do paciente e/ou familiares. Também é útil registrar observações sobre o descarte dos insumos.
10. Desmame e alta. É sempre útil deixar claro que a Atenção Domiciliar quase sempre é temporária e pode ter sua abrangência e jornada reduzidas.

O ideal é que o Termo de Consentimento seja escrito de maneira multidisciplinar, devendo ao menos passar por um médico, uma enfermeira e um advogado, todos com experiência em Atenção Domiciliar. A redação do documento também poderá ser melhorada com o passar do tempo, sobretudo, diante de situações novas que necessitem ser melhor documentadas.

Feitas todas essas considerações sobre o tema, penso ser fundamental finalizar lembrando que de nada vale um bom termo de consentimento, se ele não for colocado na rotina da empresa de Atenção Domiciliar, devendo ser checada sua assinatura e mantido em arquivo por pelo menos 5 (cinco) anos após o término da prestação do serviço.

Com esse conjunto de medidas e a assessoria de bons advogados, os riscos jurídicos nas empresas de Atenção Domiciliar tendem a reduzir.

**André Gustavo Salvador Kauffman**

Advogado em São Paulo e no Rio de Janeiro, Professor,  
Autor de artigos jurídicos e Sócio do K.A Advogados.

## Capítulo

## 4

### **A Desospitalização do Paciente em Ventilação Mecânica**

A evolução tecnológica trouxe a oportunidade de fornecer a desospitalização segura aos pacientes dependentes de suporte ventilatório.

O mercado atual fornece equipamentos capazes de garantir suporte ventilatório adequado a pacientes adultos e pediátricos, tanto na modalidade volumétrica, quanto na pressórica. São equipamentos portáteis, de alta tecnologia. Nem sempre são os mesmos utilizados no ambiente hospitalar.

Hoje, com a disponibilidade desses recursos, pode-se avaliar a possibilidade de realizar a transferência de um paciente completamente dependente de suporte ventilatório para o convívio familiar, em seu ambiente domiciliar.

O sucesso dessa transferência baseia-se na adequada identificação do paciente e no momento clínico ideal, conforme a avaliação da equipe hospitalar.

Esse perfil de paciente exige um olhar holístico da situação e os tópicos abaixo devem ser criteriosamente avaliados:

- História clínica pregressa e atual;
- Discussão clínica entre as equipes envolvidas;
- Recursos físicos e humanos necessários para o manejo do paciente;
- Identificação de cuidadores e rede de apoio;
- Avaliação do local de implantação, que deve apresentar adequada infraestrutura, com rede elétrica que comporte o uso seguro dos equipamentos necessários, saneamento básico e fácil acesso ao paciente em situações de emergência.

Após essa avaliação, defini-se o Plano de Atenção Domiciliar (PAD) e a indicação de equipamentos.

O processo de transferência do paciente para o domicílio inicia-se após essa definição e aprovação da fonte pagadora e deve seguir os passos abaixo:

- Se houver necessidade de alteração no tipo de suporte ventilatório em uso no hospital, deve-se realizar a adaptação do paciente ao equipamento antes da alta hospitalar, conforme protocolo de cada instituição.
- Seleção criteriosa de equipe multidisciplinar capacitada e treinamento da mesma, se necessário.
- Solicitação prévia e confirmação de instalação de todos os demais equipamentos necessários para o atendimento domiciliar.
- Alinhamento de agendamento do recurso de remoção adequado e disponibilização da equipe para a implantação do paciente no domicílio.
- Orientações e treinamentos ao cuidador quanto à higienização, acondicionamento e manuseio dos equipamentos.

As etapas desse processo devem ser seguidas com extrema atenção, mesmo que isso incorra em aumento no tempo para a implantação, para que os riscos e conflitos sejam minimizados enquanto os recursos e segurança, otimizados.

Pelas características desses pacientes, os anseios e expectativas envolvidos nessa transferência de cuidados são grandes. A manutenção do atendimento dentro de padrões aceitáveis de qualidade e segurança continua sendo um desafio, em função da complexidade clínica e logística envolvidas. Porém, os benefícios para pacientes e seus familiares, bem como fontes pagadoras e hospitais são inegáveis.

**Kátia Vanessa Cantarini**

Coordenadora de Fisioterapia ProCare Saúde;

**Isabel Dias Vitor Alves da Silva**

Supervisora de Equipe Multidisciplinar ProCare Saúde.

## Capítulo

# 5

## A Desospitalização em Pediatria

A assistência hospitalar em pediatria sofreu profundas transformações, nas últimas décadas, decorrentes principalmente do avanço do uso de tecnologias, o que permitiu maior assertividade diagnóstica e amplas possibilidades terapêuticas. Essas transformações trouxeram mudanças na história natural de algumas doenças, como aumento da expectativa de vida de RN pré-termos, revisão do prognóstico de crianças portadoras de Síndromes Genéticas, aumento na sobrevivência de pacientes com Doenças Crônicas etc.

A consequência imediata dessa mudança foi o aumento do tempo de internação hospitalar em pediatria (principalmente em Unidades de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva) e, com isso, a necessidade de novos modelos assistenciais na prática pediátrica. Concomitantemente, a Assistência Domiciliar surgia como excelente alternativa à Gestão de Custos e Leitos para pacientes com internações prolongadas, o que atenderia perfeitamente a essa nova realidade da Pediatria.

Apesar dessa conclusão parecer óbvia, até hoje, a Desospitalização em Pediatria consiste num dos maiores desafios da Gestão em Saúde por fatores que são inerentes à especialidade (ansiedade familiar, envolvimento dos profissionais, escassez de mão de obra especializada), que se potencializam em doenças crônicas graves e que se tornam praticamente intransponíveis, quando associados aos fatores que envolvem



a assistência domiciliar. Cabe a nós analisar cada um dos fatores que diferenciam a internação pediátrica da internação adulta e desenvolver planos de ação que facilitem o processo de desospitalização e permitam a boa evolução desse paciente, fora do ambiente hospitalar.

O sucesso da Desospitalização em Pediatria depende, basicamente, do cuidado que se toma ao preparar essa transição e, nesta questão, cada um dos “personagens” envolvidos deve estar muito bem preparado e dedicar-se integralmente ao caso em questão, analisando todos os aspectos de forma individual.

Geralmente, o processo de desospitalização é desencadeado pelo Hospital ou pela Fonte Pagadora, que identifica a possibilidade de transferência de cuidados e sugere o tipo de recurso a ser utilizado (Atenção Domiciliar, ILP, Rede Referenciada etc.). A partir dessa sugestão, a desospitalização começa a se “materializar” com todos os envolvidos e a integração e alinhamento são fundamentais.

O primeiro passo é entender que o ponto de convergência entre todos os envolvidos é o cuidado com o paciente e que: *“Cuidado em Saúde é o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento... é uma ação integral fruto do ‘entre relações’ de pessoas, ou seja, ação integral com efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo”* (Roseni Pinheiro).

Em se tratando de uma Desospitalização para a Atenção Domiciliar, uma avaliação inicial (Captação) criteriosa, dando atenção a todos os aspectos que envolvem o cuidado domiciliar (clínicos, sociais, ambientais e psicológicos), deverá ser o norteador para as futuras ações.

O primeiro ponto a ser observado deve ser, sempre, a condição clínica do paciente e suas necessidades assistenciais. Já neste ponto, é importante observar que a definição das necessidades assistenciais pode gerar discordância entre os envolvidos, tendo em vista que o ambiente hospitalar exige uma série de procedimentos, protocolos e terapêuticas

que não se aplicam à Atenção Domiciliar. Ou seja, na Pediatria, é ainda mais importante esclarecer que “o paciente não necessita mais de toda a estrutura hospitalar” e que “a Atenção Domiciliar não será exatamente igual ao atendimento recebido no hospital”. Comumente, esse esclarecimento também é necessário junto à equipe médica do hospital, que será um importante parceiro para o sucesso na desospitalização.

Os aspectos sociais e ambientais devem ser analisados, como sempre, de forma criteriosa, mas é o aspecto psicológico que merece uma atenção realmente diferenciada no que tange à Desospitalização em Pediatria.

Em geral, há uma enorme expectativa por parte da família em relação à alta hospitalar da criança, com sentimentos muito contraditórios, que envolvem alegria, medo, euforia, insegurança etc. Cabe aos demais envolvidos (Hospital, Empresa de AD e Operadora de Saúde) prepararem essa família para transformar essa expectativa em algo factível. Uma reunião em que haja uma conversa franca, com a presença dos familiares (e cuidadores), equipe hospitalar e equipe domiciliar, pode facilitar muito todo o processo, mas é fundamental que todo o teor dessa reunião seja previamente discutido entre as equipes e a Operadora de Saúde, para que tudo o que for apresentado à família seja de fato posto em prática.

Por fim, e talvez o maior desafio, temos a escolha dos profissionais para a assistência domiciliar daquela criança. É importantíssimo que essa escolha seja feita baseada na capacidade técnica dos profissionais, mas que se leve em conta os fatores psicológicos específicos do caso, o perfil do paciente e da família, o nível de ansiedade associado ao caso e o prognóstico do paciente.

Quando todos esses cuidados são tomados, a desospitalização ocorre com segurança e há grandes chances de sucesso, entretanto, se não houver a manutenção desses cuidados, da transparência, da comunicação adequada, do olhar criterioso sobre a equipe, de nada terá adiantado todo o trabalho inicial. Mais do que desospitalizar, temos que nos preocupar em “não reospitalizar”.

Apesar de todas as dificuldades, a Desospitalização em Pediatria é muito gratificante, possibilita que as crianças se desenvolvam (apesar de suas patologias) no mesmo ambiente que o restante das famílias, convivendo no dia a dia com todos os estímulos da vida “extra-hospitalar”, é encantador!

**Miriam Alves Moreira**

Médica Pediatra, Superintendente Institucional da Home Doctor.

# Cateterismo intermitente é o padrão ouro

Você sabia que os pacientes com retenção urinária crônica em uso de cateter de demora e em internação domiciliar tem alto risco de apresentar:

- Infecção do trato urinário (ITU)<sup>1,2</sup>
- Infecção renal<sup>3,4</sup>
- Pedras no rim e bexiga<sup>3</sup>
- Complicações do trato urinário superior<sup>5,6</sup>

A maior parte das infecções do trato urinário (ITU) estão associadas a cateteres urinários.<sup>7,8</sup>

Um melhor manejo do trato urinário resulta em redução dos índices de mortalidade e morbidade.

É importante conhecer as opções mais recentes de tratamentos da bexiga, que podem substituir soluções tradicionais ou habituais e prevenir complicações.

O melhor cuidado requer educação de todos os envolvidos,

profissionais de saúde, cuidadores, familiares e paciente, além da escolha do tipo de cateter, técnica e frequência do cateterismo corretos.

Hoje o cateterismo intermitente e o uso de cateteres com revestimento hidrofílico representam o **padrão ouro** no tratamento da disfunção neurogênica do trato urinário inferior (DNTUI), comprovado em guidelines internacionais e nacionais como: Medidas de Prevenção relacionadas à Assistência à Saúde, (ANVISA)<sup>9</sup> e Associação Médica Brasileira (AMB)<sup>10</sup> que recomendam os Cateteres Hidrofílicos pois apresentam benefícios em termos de segurança (redução de bacteriúria e hematúria) e qualidade de vida para pacientes com retenção urinária crônica que necessitam de cateterização intermitente e as Recomendações da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU)<sup>11</sup> 2016 que apontam os cateteres hidrofílicos como escolha para reduzir as complicações associadas ao cateterismo intermitente.

## O cateterismo intermitente reduz o risco de infecção no trato urinário quando comparado com os cateteres permanentes

O cateterismo intermitente esvazia regularmente e completamente a bexiga, levando a uma pressão persistentemente baixa, volumes mínimos de urina residual e um risco reduzido de refluxo de urina, consequentemente, minimizando complicações renais e de bexiga.

O cateterismo menos frequente também pode levar a maiores volumes de armazenagem na bexiga e risco aumentado de infecção.<sup>12, 13, 14, 15</sup>

**Comparado com os cateteres permanentes, o cateterismo intermitente reduz praticamente pela metade a ocorrência de complicações do trato urinário (53,5% e 27,2%, respectivamente)<sup>16</sup> (Figura 1).**

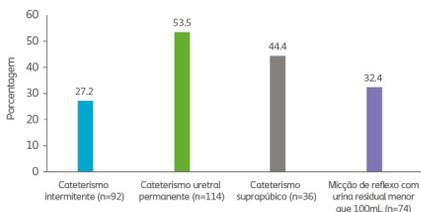


Figura 1. Risco geral de complicações do trato urinário em 316 pacientes com lesão da medula espinhal

## SpeediCath®

SpeediCath® foi especialmente desenvolvido pela Coloplast para o uso por pessoas que possuem disfunção miccional e necessitam realizar o **cateterismo intermitente ou de alívio**. SpeediCath® é um cateter de poliuretano com revestimento hidrofílico, estéril e pronto para uso. Embalado individualmente em solução salina estéril, que mantém a lubrificação hidroativada, não sendo necessário preparar o cateter

antes do uso. SpeediCath® é 100% livre de látex e PVC, possui diferentes calibres e tamanhos para atender às necessidades individuais. Seus orifícios de drenagem são radiais, polidos e lubrificados, minimizando o risco de fricção entre a superfície do cateter e a mucosa uretral durante a inserção e retirada do cateter, prevenindo lesão da mucosa uretral e consequentes complicações uretrais e infecções.”



## Coloplast Ativa

Coloplast Ativa é o único programa de assistência aos pacientes que necessitam realizar o cateterismo intermitente, fornecendo suporte educacional e a informação certa na hora certa para tornar suas vidas mais fáceis.

A Coloplast também oferece suporte aos profissionais de saúde, através de Educação e treinamentos para que todos possam manter-se atualizados em relação às novas opções e tecnologias em tratamentos e guidelines.

Coloplast®  
Ativa



Programa de assistência ao paciente que necessita realizar o cateterismo intermitente. Para mais informações ligue para

**0800 285 8687**



**Coloplast**

[www.coloplast.com.br](http://www.coloplast.com.br)  
[www.facebook.com/br/coloplast](https://www.facebook.com/br/coloplast)

A logo da Coloplast é uma marca registrada da Coloplast A/S. © 2017-02 Todos os direitos reservados. Coloplast A/S, 8050 Hørsholm, Dinamarca.

REFERÊNCIAS: 1. De Ruz et al: Epidemiology and risk factors for urinary tract infection in patients with spinal cord injury. Urology, 2000; 164(Oct):1285-1289. 2. Johannesson et al: Intermittent versus indwelling catheters for older patients with hip fractures. J Clin Nurs. 2002;11(5):651-656. 3. Chai et al: Compliance and complications of clean intermittent catheterization in the spinal cord injured patient. Paraplegia. 1995;33(3):161-163. 4. Turi et al: Proportion of complications in patients practicing clean intermittent self-catheterization(CISC) vs indwelling catheter. J Pak Med Assoc. 2006;56(9):401-404. 5. Weld et al: Effect of bladder management on urological complications in spinal cord injured patients. J Urol 2000;163:768-772. 6. Klotz et al: The value of urodynamics and bladder management in predicting upper urinary tract complications in male spinal cord injury patients. Paraplegia 1992; 30(6):437-441. 7. Saint S et al: Preventing hospital-acquired urinary tract infection in the United States: a national study. Clinical Infectious Disease 2008;46(2):243-250. 8. WHO/CDC/SCSR/EPH/2002. Prevention of hospital-acquired infections. A Practical guide. 2nd edition. 9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ Anvisa. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, 1ª edição - 2013. 10. Associação Médica Brasileira, Diretrizes Urológicas AMB, 1ª edição, São Paulo - 2014. 11. Recomendações SBU, Cateterismo Vesical Intermitente, 2016. 12. Pannik J, Blok B, Castroblaz D, et al:EAU Guidelines on neurogenic lower urinary tract dysfunction, 2013 Available at: [http://oroweb.org/wp-content/uploads/2013\\_09/EAU-guidelines-on-neurogenic-lower-urinary-tract-dysfunction-2013.pdf](http://oroweb.org/wp-content/uploads/2013_09/EAU-guidelines-on-neurogenic-lower-urinary-tract-dysfunction-2013.pdf) (Accessed 13 April). 13. Windaale J: Complications of intermittent catheterization: their prevention and treatment. Spinal Cord 2002;40(10):536-41. 14. Bakke A, Wolset SE Risk factors for bacteriuria and clinical urinary tract infection in patients treated with clean intermittent catheterization J Urol 1993;149(3):527-31. 15. Bakke A, Digraanes A, Hoisater PA Physical predictors of infection in patients treated with clean intermittent catheterization: a prospective 7 year study. Br J Urol 1997;79(1):8590. 16.Weld JG, Dmochowski RR Effect of bladder management on urological complications in spinal cord injured patients J Urol 000;163(3):768-72.

## A Desospitalização em Cuidados Paliativos

### A Abordagem dos Cuidados Paliativos e os Cuidados de Transição

Os Cuidados Paliativos, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, são definidos como um conjunto de ações direcionadas a pacientes e suas famílias, diante de uma doença que ameace a vida<sup>1</sup>. São compostos por intervenções assistenciais nas quatro dimensões de um ser humano: física, social, psíquica e espiritual, e fazem parte do modelo de Cuidados de Transição.

De acordo com Allen e cols<sup>2</sup>, o Cuidado de Transição (CT) é um termo amplo para as intervenções na área da Saúde que promovam a transferência segura para os diferentes níveis de cuidado e/ou de lugares onde as ações de cuidado serão realizadas.

Diante de um perfil populacional elegível à abordagem dos Cuidados Paliativos (CP), como os pacientes oncológicos, os portadores das síndromes demenciais, os cardiopatas sem perspectiva de transplante e os renais crônicos dialíticos, a proposta do Cuidado de Transição (CT) é perfeitamente viável. Contudo, é importante salientar que, diante da possibilidade de alta hospitalar para esse perfil de pacientes, a abordagem paliativa, que não necessariamente é de fim de vida no domicílio, deve estar inserida ainda no hospital.

A justificativa é simples!

Ao receber o diagnóstico de uma doença incurável e vivenciar uma ameaça real de limitações e da própria vida, essa nova condição promove uma crise, inclusive existencial, no paciente, contribuindo para que ele e os membros de sua família possam resistir, tanto ao CT como ao CP, por diferentes motivos. Um deles é a própria assimilação do diagnóstico ou suspensão de um determinado tratamento. É importante que a equipe de saúde compreenda que, nesse momento, poderá surgir uma confusão de sentimentos que se expressam nos estados psicológicos de um ser humano e que foram descritos de forma pioneira por Kluber-Ross. Esse reconhecimento facilitará qualquer uma das abordagens, se os profissionais de saúde estiverem atentos e focarem no acolhimento e nas orientações<sup>3, 4</sup>.



Na abordagem do CT com os Cuidados Paliativos, é importante que o paciente já saiba de seu diagnóstico e, se possível, do prognóstico, para que o plano de cuidados elaborado no hospital, mas executado em domicílio, seja pactuado com o próprio paciente e garanta que seus direitos e seus desejos sejam respeitados, incluindo sua família.

Outro aspecto a ser ressaltado é que, em paralelo, para determinados núcleos familiares, a própria perspectiva de alta pode ser considerada uma notícia difícil, exigindo que a equipe de saúde que os acompanha possua habilidades na comunicação para transmitir e realizar o CT e lograr a alta. De acordo com Baile e cols, a má notícia (ou dar uma notícia difícil) é qualquer informação adversa que afeta a visão de futuro do doente e de seus familiares<sup>5</sup>. Fonseca & Geovanini descreveram que comunicar más notícias tem sido considerada uma das tarefas mais difíceis da prática de saúde e dentre os fatores que podem justificar essa dificuldade destacam: a falta de treinamento na técnica de comunicação; o medo do profissional de enfrentar as reações emocionais do paciente e a carência na graduação de qualquer área da saúde desse tipo de treinamento<sup>6</sup>.

Os cuidados paliativos hoje são uma realidade no Brasil sob vários aspectos, dentre eles, o respaldo dado pelo Conselho Federal de Medicina que, desde 2006, publica resoluções que os cita: como a 1806/2006; o Código de Ética Médica de 2010 e a 2156/2016. Esta última recomenda as unidades de cuidados paliativos, ao invés das unidades de terapia intensiva, para a admissão de pacientes portadores de doenças incuráveis, que apresentam situações de saúde irreversíveis, cuja adoção de medidas extraordinárias mantenedoras da vida, mas de forma artificial, possam contribuir para um prolongamento de vida com sofrimento para o paciente e a família<sup>7</sup>.

Ao pensar a interseção entre o CT com os Cuidados Paliativos (CP) deve-se ter em mente que, na abordagem do paciente e sua família sobre a proposta do modelo de atendimento domiciliar como destino, é fundamental esclarecer que o modelo

hospitalar é diferente do modelo domiciliar e não a extensão do outro. Há uma crença no senso comum, reforçada pelo conceito descrito pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 11, de 2006, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária<sup>8</sup>, de que o atendimento domiciliar é um hospital em casa, algo bem distante da realidade. A logística da internação domiciliar é completamente diferente da hospitalar. Dentre as diferenças, podem ser citadas aquelas em que tange o tempo de disponibilidade de readequação da dispensação de medicações, o fornecimento de materiais e insumos, a realização de exames complementares, como laboratório de análises clínicas e métodos de imagem e, por fim, há que considerar que o quarto participante desse cenário, a Operadora de Saúde, na maioria das vezes, tem que ser acionada para estar ciente e/ou autorizar determinadas mudanças de planos.

Assim, mesmo diante da exigência de um olhar minucioso, a janela de oportunidade na interseção entre CT e CP é clara. A contribuição está além da assistencial já que pode se refletir nos indicadores de qualidade, como a readmissão hospitalar, a satisfação familiar e no gerenciamento de recursos. O óbito em domicílio para portadores de doenças incuráveis em fase avançada, por exemplo, pode ser um indicador a ser perseguido inclusive pelo CT, quando no momento da alta hospitalar esse desfecho é combinado com a família e comunicado à equipe do cuidado domiciliar.

### **Anelise Fonseca.**

Médica, Coordenadora do Núcleo de Cuidados Paliativos da ProCare Serviços de Saúde.

#### *Referências Bibliográficas:*

1. Organização Mundial de Saúde - site
2. Allen et al. *Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. BMC Health Services Research* 2014, 14:346
3. Borges MM; Santos R Jr. *Comunicação em Cuidados Paliativos. Revista Brasileira de Educação Médica.* 38 (2): 275 – 282 ; 2014
4. Klubber-Ross E. *Sobre a morte ou morrer. Ed Sextante.*
5. Baile WF, buckman R, Lenzia R, Globera G, Bealea EA. *Spikes-A Six-step protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. Oncologist.* 2000.
6. Fonseca A; Geovanini F. *Cuidados Paliativos na Formação do Profissional da Área de Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica.* 37 (1): 120-125; 2013
7. Conselho Federal de Medicina. Site
8. Resolução 11/2006 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Site

## O Novo Escore NEAD de Avaliação de Pacientes

### Tabela NEAD: da Origem à Atualização – Melhoria Contínua

A Atenção Domiciliar (AD), no Brasil, ganhou força por volta de 1994, com a entrada de empresas privadas nesse segmento. O objetivo desse serviço era atender uma demanda crescente de pacientes portadores de doenças crônicas, estimular a desospitalização, mitigar riscos provenientes de internações hospitalares prolongadas e controlar os custos junto às fontes pagadoras.

À medida que as empresas foram se organizando, houve a necessidade de se estabelecer critérios de elegibilidade que auxiliassem as decisões das equipes clínicas. Dessa forma, estabeleceram-se os seguintes critérios de indicação :

- Estabilidade clínica;
- Treinamento de paciente e cuidador frente a novas condições e limitações provisórias ou permanentes;
- Término de medicamentos injetáveis;
- Realização de curativos complexos;
- Necessidade de aparelhos para suporte de vida;
- Monitoramento de pacientes portadores de doenças crônicas, incluindo aqui o autocuidado;
- Processos infecciosos prolongados ou recidivantes;
- Cuidados Paliativos.

Os critérios gerais auxiliavam no mapeamento de pacientes, porém, havia uma inquietação em relação à correta indicação dos programas de atendimento. Por volta do ano 2000, uma das empresas pioneiras do setor iniciou um trabalho – do qual tive o prazer de participar – de elaboração de um instrumento que classificasse os pacientes e fizesse uma indicação aos diferentes programas de atendimento.

Nasciam, assim, as Tabelas de Avaliação e Manutenção para Assistência Domiciliar, que passaram a ser utilizadas, adequando-se a cada caso, individualizando o cuidado,

auxiliando na provisão e gestão dos recursos necessários para cada nova implantação. A base para avaliação eram as horas de enfermagem necessárias em cada caso. Com isso, o paciente era classificado em internação ou atendimento.

A utilização de horas de enfermagem como referência primária era e ainda é muito importante para a Atenção Domiciliar. Do ponto de vista assistencial, o número de horas de enfermagem é determinado pelo número de procedimentos técnicos realizados exclusivamente por uma equipe de enfermagem, seguindo determinações do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), e que não devem ser transferidos a cuidadores leigos. Já na vertente financeira, as horas de enfermagem influenciam diretamente o valor cobrado pelos serviços às fontes pagadoras. Essa mão de obra representa importante impacto no custo dos serviços de *home care*, pela característica de trabalharmos com equipes individuais, para cada paciente, portanto, sem possibilidade de diluição entre o total de pacientes atendidos por uma empresa.

A tabela passou a ser reconhecida pelas fontes pagadoras, tornando-se referência para o mercado. Com a criação do NEAD, em 2004, foi sugerido que a tabela pudesse ser compartilhada entre as empresas afiliadas, como um instrumento padrão. Na época, foi criado também o Grupo de Estudos de Enfermagem do NEAD, formado por enfermeiras das empresas associadas, com o objetivo de elaborar padrões mínimos de atendimento, promover eventos junto às fontes pagadoras para divulgar a cultura do *home care* e estimular o *benchmarking* entre os *players* do setor. Foi desse grupo que partiu a ideia de fazer um levantamento sistematizado para validar as Tabelas de Avaliação e Manutenção.

Durante seis meses, quatro empresas associadas uniram esforços junto as suas equipes, utilizando de forma sistemática as duas tabelas e tabulando os dados, com a intenção de validar se os resultados, de fato, correspondiam às necessidades dos pacientes atendidos.

O resultado desse estudo foi apresentado no **VII Simpósio Brasileiro de Atenção Domiciliar - 2006** e, como reconhecimento, recebeu o primeiro lugar na categoria relato de experiência, consolidando a ferramenta como essencial na determinação dos programas de atendimento.

Após dez anos, a ferramenta passou por revisão e a forma como foi feita pela equipe atual do Grupo de Estudos do NEAD, com competência e seriedade, garantiu credibilidade à tabela e apoio necessário a um novo momento da AD, em que desafios

antigos se acumulam aos atuais: risco de liminares, agilidade na desospitalização e necessidade de desmames, provando assim a eficácia do modelo assistencial.

É importante mantermos o foco na padronização de processos. O futuro está aí e cabe a nós, amantes da Atenção Domiciliar, trabalharmos com disciplina para o fortalecimento do setor.

### **Rosana Margarete de Freitas Vieira**

Enfermeira formada pela Escola de Enfermagem da USP,

Gerente Administrativa Cemedcare – Amil – SP.

#### *Referências Bibliográficas:*

*Ref. Entendendo a assistência domiciliar - publicação privada Home Doctor - 2003.*

*2 Dal Ben, Luiza – Dimensionamento de pessoal de enfermagem em assistência domiciliar: percepção de gerentes e enfermeiras - São Paulo -2005 - Tese de Doutorado - EEUSP.*

## **O Novo Escore NEAD de Avaliação de Pacientes – Passo a Passo**

### **Grupo 1 - Elegibilidade**

Apresenta os principais critérios a serem avaliados antes de se iniciar a Atenção Domiciliar:

- a) Cuidador em período integral:** É necessário identificar um cuidador efetivo. Esse cuidador deverá apresentar condições de assumir os cuidados básicos com o paciente e de receber treinamento/orientações da equipe de saúde. Deverá permanecer acompanhando o paciente no domicílio em período integral. Na sua ausência, outro cuidador ou familiar responsável deverá permanecer com o paciente. Esse critério quanto ao cuidador efetivo apenas não se aplica em pacientes independentes, que estão em Atenção Domiciliar para procedimentos pontuais, como término de Antibioticoterapia e Curativos. Os pacientes independentes com esse perfil de programa podem ser acompanhados na rede credenciada, mas frequentemente são direcionadas para a Atenção Domiciliar devido restrição de serviços que atendam esses procedimentos ambulatorialmente. Nesses casos, apesar da independência e autonomia do paciente, será preciso identificar o familiar responsável.
- b) Domicílio livre de risco:** É necessário avaliar se o domicílio apresenta uma estrutura básica que minimize os riscos e garanta uma maior segurança à

assistência. É preciso avaliar e questionar a família/paciente principalmente sobre aspectos do domicílio, como rede elétrica, saneamento básico, facilidade de acesso da equipe de saúde e do serviço móvel de urgência ao domicílio. Nos casos de Internação Domiciliar, deve-se considerar uma avaliação presencial da residência. Nos casos de Atendimento Domiciliar, esses dados podem ser coletados através de uma entrevista/questionário realizado com o familiar responsável, no momento da avaliação e através do mapeamento visual remoto da região, por meio de aplicativos web.

**c) Impedimento para se deslocar até a rede credenciada:** É necessário verificar se existem condições clínicas que restrinjam o deslocamento do paciente fora do domicílio. Pacientes independentes ou dependentes parciais, que conseguem acessar a rede credenciada, poderão ser acompanhados nesses serviços. A Atenção Domiciliar é uma modalidade de assistência que prioriza o atendimento a pacientes com restrição ao deslocamento. Cabe ressaltar, que alguns pacientes independentes são acompanhados em Atenção Domiciliar por não terem serviços ambulatoriais disponíveis para determinadas modalidades de assistência, conforme mencionado no item a.

Caso uma das questões acima não esteja adequada, a empresa de Atenção Domiciliar deverá avaliar a possibilidade de contraindicar a assistência no domicílio. O objetivo desse Grupo 1 no Escore NEAD é alinhar critérios básicos de elegibilidade que garantam maior segurança à assistência.

Recomendamos que os demais Grupos do Escore sejam preenchidos mesmo que a Atenção Domiciliar seja contraindicada pelos critérios do Grupo 1.

## **Grupo 2 - Critérios para Indicação Imediata de Internação Domiciliar**

Este grupo trata dos principais critérios técnicos que levam a uma indicação imediata de Internação Domiciliar, baseados na necessidade de realização de procedimentos técnicos, levando em consideração a análise de dimensionamento de mão de obra no Atendimento Domiciliar e a logística envolvida em todo o processo.

O propósito dos critérios do Grupo 2 é garantir que o Planejamento de Atenção Domiciliar seja objetivo, com indicações diretas para os casos com 12 ou 24 horas. Essas programações contemplam viabilidade de atendimento e segurança do paciente.

**Alimentação Parenteral:** Entende-se por Nutrição Parenteral (NPP) a administração de nutrientes como glicose e proteínas, além de água, eletrólitos, sais minerais e vitaminas, através da via endovenosa, seja por meio da via periférica ou central, permitindo assim a manutenção da homeostase, já que as calorias e os aminoácidos necessários são supridos. A NPP pode ser utilizada como terapia exclusiva ou de apoio, dependendo da capacidade fisiológica de cada paciente. Esse tipo de tratamento pode ser realizado no domicílio, porém, exige atenção e acompanhamento técnico no período de utilização da terapia, pela necessidade de controle de infusão da solução, acompanhamento de sinais vitais, necessidade de intervenções, podendo ser com outras soluções injetáveis e manipulação adequada do cateter, prevenindo infecções. Dessa forma, segue a indicação de manutenção de horas de enfermagem pelo período de utilização da terapia.

**Aspiração de Traqueostomia/Vias Aéreas Inferiores:** A indicação de horas de enfermagem, de acordo com a frequência da aspiração de traqueostomia e vias aéreas inferiores, se deve tanto a razões logísticas quanto assistenciais. O número de aspiração é um fator importante no momento do Planejamento, pois a quantidade de aspirações traqueais ou de vias aéreas inferiores está ligada a uma maior necessidade de intervenções técnicas, com maior risco de instabilidade clínica, sendo necessária presença do profissional de enfermagem, seja por 12 ou 24 horas. Esse tipo de procedimento não é passível de programação quanto a horário, sendo, portanto, inviável a manutenção de um paciente nessas condições em programa de menor complexidade.

Esses procedimentos são mais complexos tecnicamente, apresentando maiores riscos durante a execução e, por essa razão, mais difícil de serem realizados pelo cuidador.

A experiência acumulada pelas empresas de Atenção Domiciliar demonstra que, no momento da avaliação inicial do paciente, não é possível aferir a capacidade do cuidador para cuidados mais complexos (como é o caso). Portanto, o procedimento de aspiração de traqueostomia e vias aéreas inferiores deve ser preferencialmente realizado por profissional de saúde capacitado.

**Ventilação Mecânica Contínua Invasiva ou Não:** A ventilação mecânica (VM) ou, como seria mais adequado chamarmos, o suporte ventilatório, consiste em um método de suporte para o tratamento de pacientes com insuficiência

respiratória aguda ou crônica agudizada. Atualmente, classifica-se o suporte ventilatório em dois grandes grupos:

- Ventilação mecânica invasiva;
- Ventilação não invasiva.

Nas duas situações, a ventilação artificial é conseguida com a aplicação de pressão positiva nas vias aéreas. A diferença entre elas fica na forma de liberação de pressão: enquanto na ventilação invasiva utiliza-se uma prótese introduzida na via aérea, isso é, um tubo oro ou nasotraqueal (menos comum) ou uma cânula de traqueostomia, na ventilação não invasiva, utiliza-se uma máscara como interface entre o paciente e o ventilador artificial.

Com isso, classificamos o paciente de acordo com a quantidade de horas de uso desse equipamento, pois as condições clínicas de um paciente em Ventilação Mecânica colaboram para o maior risco de instabilidade clínica, com necessidade de cuidados de enfermagem contínuos, como mobilização adequada, controle de sinais vitais, higiene adequada de vias aéreas superiores ou traqueostomias, manipulação de dispositivos, controle de secreção e cuidados relacionados à prevenção de infecções respiratórias. A necessidade de intervenções imediatas para pacientes em Ventilação Mecânica também é um critério para a indicação de horas de enfermagem.

**Medicação Parenteral ou Hipodermóclise:** As terapias medicamentosas por via parenteral são procedimentos que devem ser realizados por profissional de enfermagem. Portanto, a rotina do Atendimento Domiciliar prevê a modalidade de atendimento pontual, onde é possível o envio de técnico de enfermagem até 4x/dia para administração dessas drogas. Para os pacientes com necessidades de aplicações superiores a quatro vezes ao dia, se faz necessária a permanência de profissional na residência, devido à logística operacional dos profissionais e adequação de horários desses procedimentos. Neste ponto, levamos em consideração situações de segurança do paciente, família e disponibilidade de recursos.

O preenchimento do restante da tabela é obrigatório, mesmo que o paciente seja classificado através dos critérios do Grupo 2, servindo de apoio para esta indicação, podendo o Grupo 3, inclusive, sugerir um programa de maior complexidade do que o previsto no Grupo 2. Por isso, a necessidade de preenchimento da tabela completa.

# EXPRESSA

## DISTRIBUINDO SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

A EXPRESSA É UMA EMPRESA DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS COM 32 ANOS DE ATUAÇÃO E PRESENÇA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL. NOSSA MISSÃO É PROMOVER O ACESSO AOS MELHORES PRODUTOS E PRÁTICAS NAS ÁREAS DA SAÚDE.



### ABRANGÊNCIA, AGILIDADE E SEGURANÇA

- 11 unidades de negócio • Equipe rotineiramente treinada e certificada.



### DESENVOLVIMENTO DE MERCADO

- Equipe comercial em todos os estados brasileiros • Divisões especializadas



### RESPONSABILIDADE NA CONDUÇÃO DOS NEGÓCIOS

- Compliance ativo e alinhado com o Código de Conduta Interfarma • Práticas de Governança Corporativa
- Balanço auditado pela PwC .



**expressa**<sup>®</sup>  
G R O U P

[www.expressa.com](http://www.expressa.com)



### Grupo 3 – Critérios de Apoio para Indicação de Planejamento de Atenção Domiciliar

Este grupo reúne critérios de apoio para indicação do PAD. Esses critérios estão relacionados ao grau de dependência, risco para complicações, morbidade e procedimentos técnicos. A pontuação atribuída a cada item seguiu o seguinte critério:

- I. Zero = nenhuma dependência, baixo risco de complicações e morbidades e sem necessidade de procedimentos técnicos.
- II. 1 Ponto = dependência parcial, risco moderado de complicações e morbidades, necessidades de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intramuscular ou subcutânea.
- III. 2 ou 3 Pontos = dependência total, risco elevado de complicações ou morbidades, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intravenosa ou hipodermóclise.

**Estado Nutricional:** É o equilíbrio entre a ingestão e necessidade de nutrientes que podem ser influenciados por diversos fatores: doenças, fatores econômicos, comportamento alimentar, fatores emocionais e padrão cultural. A avaliação do estado nutricional visa identificar os pacientes em risco nutricional, promover suporte nutricional adequado e monitorar sua evolução. Baseado na avaliação nutricional, os pacientes podem ser agrupados de acordo com seu risco nutricional e necessidade de intervenções, sendo então divididos como:

- Eutrófico;
- Sobrepeso/Emagrecido;
- Obeso/Desnutrido.

**Alimentação ou Medicações por via Enteral:** Utilizada para indivíduos que mantêm o trato gastrointestinal íntegro, com capacidade de absorção de nutrientes preservada, podendo ser por:

- Via Oral – sem auxílio, para aqueles pacientes sem dependência, ou Assistida, quando requer auxílio;
- Gastrostomia ou Jejunostomia – são vias que requerem cuidados específicos, porém, são facilmente adaptáveis às rotinas do cuidador;
- Nasogástrica ou Nasoentérica – são as vias de maior atenção pelo risco envolvido na sua utilização, como deslocamentos ou broncoaspiração. Por isso, esta via recebeu maior peso dentro dos critérios de Alimentação ou Medicações por Via Enteral.

**KATZ (Se pediatria pontuar 2):** O Escore ou Escala de Katz é uma ferramenta cuja utilização é amplamente difundida nos diversos segmentos da Atenção à Saúde. Seu objetivo é mensurar a independência do indivíduo para realizar atividades da vida diária. Em termos de estrutura, compõe-se de uma série de seis diferentes tarefas (i. banhar-se, ii. vestir-se, iii. ir ao banheiro, iv. transferência, v. continência e vi. alimentação), para as quais se classifica o paciente através da escolha que melhor descreve a sua autonomia.

Assim, para cada uma das atividades, o paciente pode pontuar um ponto (maior independência) ou zero ponto (maior dependência).

Ao final, somam-se os pontos obtidos na avaliação e chega-se a um diagnóstico sobre a capacidade funcional do paciente, conforme segue: independente (5 ou 6 pontos), parcialmente dependente (3 ou 4 pontos) ou totalmente dependente (zero, 1 ou 2 pontos).

Em tempo: por uma questão de praticidade e entendo que a experiência corrobora essa opção, considera-se, para fins da avaliação da habilidade para a realização de atividades que permitam ao indivíduo cuidar de si próprio e viver independentemente, que os pacientes da faixa etária pediátrica pontuem como se totalmente dependentes fossem.

**Internações no último ano:** No âmbito da Atenção Domiciliar, é escassa a base de evidências na literatura médica que demonstre o valor preditivo do número de internações hospitalares ocorridas como fator de risco de agravo à saúde do paciente. Ainda assim, a prática do atendimento a pacientes com histórico de repetidos episódios de hospitalização demonstra que se trata de um segmento que requer atenção especial e, normalmente, cuidados mais intensivos, ao menos nas primeiras semanas de implantação no Programa de Atenção Domiciliar.

**Aspirações de Vias Aéreas Superiores:** A aspiração é a aplicação de sucção ao trato respiratório do paciente para ajudá-lo a remover secreções líquidas ou espessas das vias aéreas superiores e inferiores, quando ele não tem condições de removê-las sozinho. A aspiração das vias aéreas superiores pode envolver o nariz, boca e orofaringe. Esse tipo de aspiração pode ser realizado por um cuidador habilitado, porém, é importante lembrar que pacientes mais instáveis clinicamente deverão precisar de um maior número de aspirações. Além do que, o risco associado às intervenções sobre a via aérea implica em necessidade técnica de cuidados.

São exemplos de riscos do procedimento:

- Infecção respiratória, tanto das vias aéreas superiores, quanto relacionada à broncoaspiração;
- Traumatismos de tecidos por sucção excessiva da camada de revestimento do trato respiratório;
- Hipoxemia, devido à remoção de ar com secreções durante a aspiração;
- A remoção de oxigenoterapia durante a execução da aspiração;
- Broncoespasmo, estimulação vagal, que causam diminuição da frequência cardíaca e possíveis arritmias;
- Ansiedade e desconforto.

**Lesões:** A lesão é qualquer interrupção na integridade da pele, que afeta sua continuidade. Pode ser de diferentes etiologias e classificadas de formas distintas. As lesões mais prevalentes na Atenção Domiciliar são as Lesões por Pressão. Dessa forma, os curativos simples e curativos complexos deverão ser categorizados, seguindo as características da classificação dessa etiologia, onde é levada em consideração a profundidade e exposição de tecidos.

- CURATIVO SIMPLES: Exposição de epiderme (Categoria I) e exposição de derme (Categoria II)
- CURATIVO COMPLEXO: Exposição tecido subcutâneo (Categoria III) e exposição de tecido ósseo, muscular e tendão (Categoria IV).

Outro ponto a ser considerado na pontuação de complexidade desse item é o número de lesões, podendo ser uma lesão única ou múltiplas lesões.

A complexidade e o número de lesões foram associados para definição da pontuação no Grupo 3.

**Medicações:** As Medicações no Grupo 3 são agrupadas conforme sua via de administração. A via de administração é o caminho pelo qual uma droga é colocada em contato com o organismo. As principais são a via enteral e a via parenteral. A via enteral refere-se à via oral, gástrica, sublingual, bucal, retal e duodenal. A via parenteral refere-se às vias endovenosas, intramuscular, intradérmica, subcutânea, intratecal, intra-arterial, intraperitoneal, intrapleural, intravesical, intrarticular, intraóssea e intracardíaca.

**Via Enteral (Pontuação 0)** = É a via mais comum de administração de medicação. Na Atenção Domiciliar, refere-se principalmente à administração pela via oral ou através dos dispositivos de SNG, SNE, Gastrostomia ou Jejunostomia.

**Intramuscular ou Subcutânea (Pontuação 1)** = A via intramuscular é a administração de medicação diretamente no tecido muscular. A via subcutânea contida nessa pontuação refere-se a medicações subcutâneas de autoaplicação, como insulinas e alguns anticoagulantes.

**Intravenosa ou Hipodermóclise até 4 vezes ao dia (Pontuação 2)** = A via intravenosa é a administração de medicações e/ou soluções diretamente na corrente sanguínea, através de um acesso venoso superficial ou profundo. A hipodermóclise é um acesso subcutâneo utilizado como via alternativa à intravenosa, para infusões de medicações e/ou soluções de forma contínua ou intermitente. É uma via utilizada habitualmente em pacientes de Cuidados Paliativos e em idosos frágeis, com dificuldade ou restrição a outras vias de administração.

Lembramos que as medicações intravenosas com aplicação maior que 4x/dia estão contempladas no Grupo 2.

**Exercícios Ventilatórios:** Os exercícios ventilatórios tratam da utilização de equipamentos ventilatórios para realizar manobras respiratórias em áreas pulmonares que não estão expandindo adequadamente. O objetivo dos exercícios é melhorar a expansão pulmonar, complacência, ventilação, oxigenação e aumentar volumes e capacidades. Esses exercícios acontecem de forma intermitente, sendo sua utilização quanto à frequência (número de vezes/dia) e tempo de uso do equipamento determinada pela equipe de saúde.

**Uso de Oxigenioterapia:** A oxigenioterapia refere-se à administração de oxigênio suplementar, fornecido através de equipamentos, como o concentrador e o cilindro de oxigênio. Tem como objetivo aumentar ou manter a saturação de oxigênio. Algumas patologias e condições clínicas agudas causam uma queda na saturação de oxigênio, fazendo com que o paciente necessite de oxigênio suplementar de forma intermitente ou contínua. A maior dependência de O<sub>2</sub> demonstra uma maior complexidade clínica.

**Nível de Consciência:** O nível de consciência é a capacidade do indivíduo de reconhecer a si mesmo e de interagir com o meio que o cerca. Algumas patologias interferem no nível de consciência do indivíduo, como as demências, traumas, infecções e de origem metabólicas. O nível de consciência é um fator que influencia na capacidade funcional do paciente. Pode ser agrupado em Alerta, Confuso/Desorientado ou Comatoso.

*Referências Bibliográficas:*

*<https://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/967/nutricao-parenteral>  
J. bras. pneumol. vol.33 suppl. 2 São Paulo July 2007  
MAHAN, K.;ESCOTT-STUMPS,2002*

## O Novo Escore NEAD de Avaliação de Pacientes – Dúvidas Frequentes

**Você implanta o serviço conforme a solicitação médica ou conforme a avaliação da operadora e real necessidade do paciente? Consegue contestar a solicitação médica?**

*A tabela NEAD foi revisada justamente para embasar a indicação técnica para o Atendimento Domiciliar, dando maiores subsídios para discussão técnica, com o médico assistente, operadora e até mesmo com o paciente, de forma que o avaliador consiga planejar um plano de atendimento domiciliar adequado às necessidades do paciente.*

*Para a implantação do paciente, se faz necessário que todas as partes envolvidas estejam alinhadas e de acordo com o Planejamento do Atendimento Domiciliar, tendo a premissa que um Médico Assistente solicita.*

.....

**Na Atenção Domiciliar, quais são as atribuições do familiar responsável, cuidador e do auxiliar ou técnico de enfermagem?**

**Familiar Responsável:** *O familiar responsável é um membro da família que assume a corresponsabilidade pela assistência prestada no domicílio. Ele deverá responder pelo paciente e será comunicado sobre qualquer alteração no plano de atenção domiciliar, desmame ou alta. Poderá assumir também a função de cuidador, absorvendo todas as suas atribuições.*

**Cuidador:** *Pode ser um familiar ou pessoa contratada, capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana. Precisa ser um adulto que se responsabilize e responda pelos cuidados, não há limite de idade, mas há exigência de que esse indivíduo mantenha condições físicas e mentais para realizar os cuidados e receber orientações da equipe de saúde. As principais atividades desempenhadas por essa pessoa são auxílio no banho, movimentação, alimentação, cuidados de higiene, vestir-se e ir ao banheiro. O cuidador pode apenas apoiar o paciente, nos casos de pacientes independentes ou dependentes parciais, ou assumir os cuidados, nos casos de pacientes com dependência total.*

**Auxiliar/Técnico de Enfermagem:** *Profissional de nível técnico contratado pela família ou fornecido pela empresa de Atenção Domiciliar. Cabe a ele executar*

*procedimentos técnicos, tais como administrar medicações por vias parenterais, manipular aparelhos ventiladores mecânicos, aferir dados vitais, realizar curativos complexos, entre outros procedimentos. Realizar ou apoiar nas atividades de vida diária são cuidados que podem e devem ser realizados pelo cuidador.*

---

### **Família não aceita e não identifica cuidador. Como proceder?**

*A presença do cuidador é fundamental na Atenção Domiciliar. Essa pessoa será treinada pela equipe de saúde para assumir os cuidados, à medida que o paciente apresente melhora e/ou estabilidade clínica. A ausência do cuidador implica em não haver um indivíduo que possa ser treinado e isso inviabiliza um cuidado adequado ao paciente, bem como o planejamento de transição. Além disso, o paciente não pode permanecer sozinho no domicílio. Em situações de intercorrência, é necessário que tenha um cuidador para acionar o serviço de urgência. A ausência desse indivíduo fragiliza e torna a assistência domiciliar insegura e, diante de um risco assistencial, cabe à empresa de Atenção Domiciliar avaliar esse cenário e decidir sobre contraindicar a Atenção Domiciliar nesse caso.*

---

### **Nos casos em que houver um cuidador treinado para procedimentos como aspiração de traqueostomia, também persiste a indicação de Internação Domiciliar 12h ou 24h?**

*No momento da avaliação, onde o Escore NEAD é aplicado, dificilmente teremos conhecimento e segurança quanto à capacitação do cuidador. Isso nos leva a uma indicação de PAD contemplando que um cuidador deverá ser treinado. Caso a empresa de Atenção Domiciliar esteja avaliando um paciente que já era assistido por ela ou um caso novo, onde possua a informação da capacitação do cuidador e se sinta segura com essa informação, poderá sinalizar à Operadora que, apesar da indicação através do Escore NEAD, conseguirá assumir o paciente com segurança através de outro PAD.*

---

### **O índice de Katz, mesmo quando indica dependência total de terceiros, remete à necessidade de um cuidador em período integral e não de cuidado técnico algum. Na nova tabela recebe até 3 pontos, podendo ser um viés no resultado. Qual a justificativa técnica para inclusão desse parâmetro?**

*Revelar o Grau de Dependência diante de outros aspectos clínicos presentes na tabela recorre ao momento de se avaliar a Performance (Status) Clínica. A soma dos itens do Grupo 2, que demonstra Internação Domiciliar, é alta, sendo*

*que sempre haverá necessidade de pontuação alta em todos os itens para a indicação. O viés poderá ser descartado à medida que os dados estatísticos suportam a decisão. A escolha pelo índice de Katz baseou-se na praticidade de aplicação, ampla experiência da literatura (53 anos) e cobertura de pontuação para adultos e idosos.*

.....

**A nova tabela de avaliação de pacientes considera as particularidades relativas ao atendimento da população pediátrica?**

*Sim, os critérios considerados na estrutura da tabela foram pensados de forma a permitir a estimativa das necessidades de pacientes de todas as idades, inclusive os pediátricos. Além disso, durante a fase de testes de validação estatística, a população amostral refletiu a variação de faixas etárias (de lactentes jovens a ultra idosos) normal de uma empresa de Atenção Domiciliar.*

.....

**O atributo “se pediatria pontuar 2”- Gostaria de entender essa inclusão e a pontuação. Faz diferença para pacientes na idade de 18 acima, que não estão na “pediatria”?**

*A decisão para utilização desta pontuação na Pediatria baseou-se na interpretação de assegurar que os pacientes pediátricos que são, na maioria, dependentes sejam expostos a uma situação de necessidade de cuidador ou técnico. A tabela pretende ter cobertura generalizada nas avaliações, o que não invalida os casos especiais.*

.....

**Vocês pensam em contemplar pacientes em Cuidados Paliativos no Escore NEAD?**

*O Escore NEAD pode ser aplicado em todas as avaliações de pacientes com perfil para Atenção Domiciliar. Apesar de não termos pontuação para todos os sintomas mais comuns em pacientes de Cuidados Paliativos, as indicações de horas de enfermagem serão pontuadas, à medida que o paciente evolua para uma via alternativa de administração de medicação e/ou hidratação. Uma das principais vias de acesso nesses pacientes, a Hipodermóclise, está contemplada no Grupo 2 e no Grupo 3 do escore. Antes da indicação de horas de enfermagem, esses pacientes pontuarão com a indicação de Outros Programas, podendo ser um deles o Programa de Cuidados Paliativos. Muitas empresas do segmento de Atenção Domiciliar trabalham hoje com essa abordagem, sendo o domicílio um local importante para proporcionar conforto, controle de sintomas, cuidados e dignidade a pacientes em fase final de vida.*

### **A tabela pode ser utilizada pela Equipe de Desospitalização do próprio hospital?**

*Sim, pode. Os critérios que a ferramenta utiliza são todos muito simples e objetivos, o que garante a usabilidade da tabela por diferentes públicos, entre os interessados no processo de desospitalização, quais sejam, entre outros: empresas de atenção domiciliar, médicos auditores, equipe assistente, operadoras de planos de saúde e núcleos de desospitalização de hospitais gerais.*

---

### **Como estabelecer de forma sistemática que o domicílio do paciente é livre de risco, conforme preconiza o instrumento?**

*A avaliação de riscos do domicílio deve ser feita em todas as ocasiões. Naturalmente, o esforço envolvido nessa avaliação deverá variar conforme a complexidade do paciente. Assim, por exemplo, um paciente que seja desospitalizado segundo um PAD mais simples, como um término de antibioticoterapia, poderá ser questionado quanto às características de risco de sua residência (acesso, características físicas, rede elétrica etc.), sem a necessidade de avaliação presencial do domicílio. Outro paciente, cuja complexidade assistencial seja maior (por exemplo, um que demande ventilação mecânica nas 24 horas), deverá ter sua casa avaliada pessoalmente por um profissional capacitado da empresa de Atenção Domiciliar (preferencialmente um Enfermeiro ou Assistente Social).*

---

### **Houve alguma alteração na tabela de manutenção? Quando reaplicar o escore atual (periodicidade)?**

*A tabela de manutenção torna-se extinta à medida que a nova tabela ocupa o lugar de Planejamento do PAD. Com a avaliação do status do PAD deverá ser utilizada a mesma tabela que se propõe a validar o PAD oferecido ao paciente a qualquer momento. O título traz este significado quando descreve ser uma Tabela de Planejamento do PAD. A utilização da tabela fica a critério de cada operadora de saúde ou prestador, poderá ser realizada a qualquer momento, não exigindo um período fixo para reavaliação.*



# Agora ficou mais **fácil** **comprar** os produtos **Nestlé Health Science.**



## NUTRIÇÃO até **VOCE**

Nutrição e bem-estar  
para o cuidado domiciliar.



NUTRIÇÃO ENTERAL • SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS • NUTRIÇÃO INFANTIL • GERENCIAMENTO DE PESO



Todo portfólio  
Nestlé Health Science



Descontos e  
Promoções



Entrega  
Facilitada



Atendimento  
Nacional



Ambiente  
100% seguro

Acesse:

[www.nutricaoatevoce.com.br](http://www.nutricaoatevoce.com.br)

Para mais informações, acesse:

[www.nestlehealthscience.com.br](http://www.nestlehealthscience.com.br)

Serviço de Atendimento ao Profissional de Saúde 0800-7702461 - SMS 25770

Para solucionar dúvidas, entre em contato com seu Representante



Nestlé Health Science

NHS5500317



Núcleo Nacional das Empresas de Serviços  
de Atenção Domiciliar  
[neadsaude.org.br](http://neadsaude.org.br)