

Prata da Casa

escritas do cotidiano

de uma equipe que cuida



SÃO PAULO
Internações Domiciliares

O botão desaparece na flor que desabrocha, como se ela o negasse; da mesma forma, o fruto coloca-se em lugar dela como se a existência da flor fosse falsa. Essas formas não apenas diferem, mas rejeitam-se como incompatíveis. Porém não só não se contradizem, como uma é tão necessária quanto a outra, e significa a vida do todo.

Hegel

Expediente

Supervisão: Samir Salman, Diretor Superintendente do Grupo MAIS.

Organização: David Braga Junior, Coordenador Geral do Grupo MAIS e responsável pela implementação do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Desenvolvimento Profissional.

Coordenação editorial e edição: Ana Luisa Zaniboni Gomes (OBORÉ Projetos Especiais)

Arte, diagramação e produção gráfica: Carlos Guena (Formato Artes Gráficas)

Fotos: Guto Veloso

Suporte editorial: Márcio Sampaio Mendes e Guto Veloso

Tiragem: 1.000 exemplares

São Paulo, agosto de 2008

São Paulo Internações Domiciliares

Av. Jurubatuba, 174/178 – Brooklin Novo

04583-100 – São Paulo – SP

telefone: (11) 5538-4460

www.spinternacoes.com.br

Sumário

- 7 **Abertos para balanço**
- 9 **Nota sobre a edição**
- 11 **1. A atuação fonoaudiológica na assistência domiciliar: a introdução da alimentação via oral pode reduzir o custo da dieta enteral e de profissional especializado para administração da dieta**
Andrea Francisco Brito
- 15 **2. Indicador de desempenho de cooperativas: qualidade na assistência domiciliar**
Everly Rosária de Souza e Henrique Pacagnan
- 21 **3. O papel do enfermeiro visitador na qualidade do atendimento na assistência domiciliar**
Deborah Keiko Shimabukuro
- 23 **4. Importância de uma boa inclusão para redução de requisições complementares e custos operacionais**
Patrícia Alves Cerqueira e Patrícia Ferraz Rosa
- 27 **5. Ampliar qualidade de atendimento através do monitoramento ativo**
Patrícia Fernandes dos Santos e Taciane Araújo Catib
- 31 **6. Home office como alternativa no gerenciamento de custos - e melhoria da qualidade – na assistência domiciliar**
Marcio Sampaio Mendes
- 35 **7. As contribuições do olhar da psicologia sobre o tratamento: o papel das relações paciente, família e equipe no contexto domiciliar**
Debora Genezini Costa, Glória Teixeira Nicolosi, Marcela Alice Bianco e Marcella Machado Matos Brasileiro
- 41 **8. O tratamento da dor psíquica como recurso facilitador na manutenção da desospitalização de pacientes**
Debora Genezini Costa, Glória Teixeira Nicolosi, Marcela Alice Bianco e Marcella Machado Matos Brasileiro

- 47 **9. A arteterapia no atendimento domiciliar: um recurso colaborador da melhora na qualidade de vida de pacientes e cuidadores**
Debora Genezini Costa, Glória Teixeira Nicolosi, Marcela Alice Bianco e Marcella Machado Matos Brasileiro
- 51 **10. Telenfermagem como ferramenta para gerenciamento das consultas de enfermagem na assistência domiciliar**
Jacqueline Oliveira de Araujo e Marcio Sampaio Mendes
- 53 **11. Assistência domiciliar em terapia ocupacional e redução do índice de internações: um estudo de caso**
Camila Ribeiro Rocha, Maria Tereza Salles Furtado e Marília Bense Othero
- 59 **12. Tecnologia assistiva na assistência domiciliar: relato de experiência com o uso do mouse ocular**
Angélica Juns, Camila Ribeiro Rocha, Maria Tereza Salles Furtado e Marília Bense Othero
- 67 **13. Terapia ocupacional no atendimento domiciliar em pacientes com seqüelas neurológicas de AVC**
Camila Ribeiro Rocha, Maria Tereza Salles Furtado e Marília Bense Othero
- 71 **14. Dizer sim à vida apesar de tudo: um resgate do sentido da vida em idosos do home care**
Debora Genezini Costa, Glória Teixeira Nicolosi, Marcela Alice Bianco e Marcella Machado Matos Brasileiro
- 75 **15. A odontologia e o atendimento domiciliar**
Victor Rogério
- 77 **16. O enfermeiro como agente educacional para redução de glosas e otimização de recursos em assistência domiciliar**
Vanessa Maria Ramos Fischer
- 85 **17. Profilaxia de infecção cruzada na assistência domiciliar, através da lavagem das mãos, como estratégia de melhoria da qualidade do serviço e como fator racionador de custos**
Samuel Gomes Camizão e Walkíria Teruel
- 87 **18. Auditoria e qualidade: uma parceria que dá certo**
Viviane Cristina Rozelli
- 91 **19. Implantação do PDCA na visita de enfermagem visando qualidade e redução de custos extras**
Taciane Araújo Catib

Abertos para balanço

No dia 4 de julho deste ano, dirigentes administrativos e técnicos do grupo que agrega as empresas São Paulo Internações Domiciliares e Premier Residence Hospital estiveram reunidos em um workshop com o objetivo de elaborar seu processo de planejamento estratégico.

Através de uma discussão bastante enriquecedora, foram construídos e pactuados conceitos gerais de estratégia para implementar uma organização que, além de agregar as duas empresas já consolidadas, pudesse incorporar novas empresas e novas atividades dentro um Modelo de Atenção Integral à Saúde: MAIS.

Assim, sob o signo da ousadia e da clara intenção de crescer e frutificar, esta nova organização foi denominada, naturalmente, de MAIS – prefixo que agora passa acompanhar o nome das empresas ou atividades abraçadas pelo grupo.

A Missão, Visão, Valores e Diretrizes do Grupo MAIS foram então elaboradas e as novas prioridades foram estabelecidas. De olho no futuro mas calcado no conhecimento acumulado de mais de uma década de atuação no campo da saúde, foram consolidadas e fundamentadas as bases para uma atuação segura e competente no mercado de prestação de serviços, dentro de conceitos técnicos e administrativos, onde atenção integral às necessidades dos pacientes, dos seus familiares e cuidadores é protegida pela competência técnica das equipes.

Aspectos fundamentais desta operação - tais como logística, custo, racionalização e otimização das ações - foram objetos de análise profunda, assim como também o foram as atividades ligadas à formação - capacitação regular e permanente, estímulo ao estudo, à pesquisa e à divulgação dos resultados do trabalho e da experiência prática dos profissionais – fator importante para obter resultados positivos neste tipo de atividade integrada e integral.

Portanto, da intenção nasce aqui o gesto: temos a grande satisfação de apresentar resenhas editadas de dezenove artigos técnicos cuidadosamente elaborados por profissionais de nossa equipe e que, por iniciativa própria, empenharam-se para qualificar e ampliar sua participação no Sibrad 2008.

Suas temáticas referem-se à apresentação e análise de práticas cotidianas vivenciadas em nível gerencial, administrativo, das equipes multidisciplinares, dos pacientes e

seus familiares e são o resultado da política que vem sendo implementada pela São Paulo Internações Domiciliares e agora incorporada pelo Grupo MAIS. Esta publicação, portanto, tem por objetivo principal estimular, reconhecer e agradecer o esforço pessoal de cada profissional que se expõe através de seus relatos – agora, públicos.

Selamos, assim, o compromisso com a formação técnica, científica e – por que não dizer – cidadã de nossa equipe colaboradora, estimulando, incentivando e recompensando toda e qualquer iniciativa ligada à produção, popularização e difusão do conhecimento, difusão de boas práticas, elaboração de material didático, desenvolvimento de técnicas e tecnologias que agreguem valor à ainda incipiente atividade de atendimento domiciliar no Brasil.

A São Paulo Internações Domiciliares reafirma o orgulho que nutre por sua equipe atuante e não medirá esforços para manter viva a participação dos seus membros na consolidação dos conhecimentos acumulados na operação diária do Home Care.

São Paulo, agosto de 2008
A Diretoria

Nota sobre a edição

Esta coletânea foi especialmente produzida por sugestão e iniciativa da Diretoria do Grupo MAIS como forma de prestigiar, incentivar e qualificar a participação de sua equipe técnica no IX Simpósio Brasileiro de Assistência Domiciliar - SIBRAD, realizado em São Paulo entre os dias 27 e 29 de agosto de 2008.

Este evento pioneiro e inovador elegeu como tema central de sua 9ª edição “Repensando a Assistência Domiciliar no Brasil. Quais são as estratégias para melhorar a qualidade e racionalizar custos?” Com isso, provocou e despertou a participação ativa de instituições, gestores, empresas e profissionais que desenvolvem papéis de destaque no âmbito da Assistência Domiciliar nos setores público e privado de saúde do Brasil.

Por iniciativa própria, um grupo formado por estagiários, funcionários técnicos e colaboradores do Premier Residence Hospital e da São Paulo Internações Domiciliares – empresas agora integradas ao Grupo MAIS – não só se inscreveu para participar da programação científica do evento como também produziu artigos para apresentação em pôsteres nas categorias de trabalho científico e relato de experiência.

A postura ativa da equipe conquistou a direção do Grupo que, recém-saída de uma imersão em planejamento estratégico, adotara a questão da formação – aliada à geração e difusão de conhecimento – como um dos eixos estruturantes da Missão, Visão e Valores da nova organização, com o horizonte de ser, em futuro próximo, um centro de referência em pesquisa e desenvolvimento de profissionais.

Assim estimulada, optou por assumir e viabilizar a edição desta coletânea de dezenove trabalhos, de escritas variadas e distintos matizes, que resgatam e retratam partes de um cotidiano conceitual, teórico, técnico e simbólico e, ao mesmo tempo, definem o lugar de fala, o lugar de ação de todos e de cada um que integra o Grupo MAIS.

Importante esclarecer que todos os artigos que compõem esta publicação foram originalmente produzidos pelos respectivos autores para fins de divulgação em evento científico e, portanto, exarados a partir de critérios específicos quanto ao formato, seqüência temática de abordagem, tamanho, método de referência bibliográfica ou mesmo hierarquização de autor e co-autor para os casos de apresentação oral, painéis ou pôsteres.

Na montagem desta coletânea, foi adotado o critério alfabético para a indicação dos autores dos textos produzidos de forma coletiva. Os artigos foram adaptados a partir de critérios de simplificação, de formato e escrita, a fim de facilitar a fluidez e a compreensão de leitores não acostumados com termos técnicos da área da saúde e com a rigidez de uma linguagem especializada. Portanto, um dos desafios que pautou esta decisão editorial foi como traduzir o discurso formal da ciência para o cotidiano através de uma linguagem simples e acessível à maioria da população e sem prejuízo de conteúdo.

A equipe responsável pela organização e produção deste material agradece a todos que tornaram possível esta coletânea, e parabeniza os autores por essa bela conquista.

David Braga Junior
Organizador

A atuação fonoaudiológica na assistência domiciliar: a introdução da alimentação via oral pode reduzir o custo da dieta enteral e de profissional especializado para administração da dieta

Andrea Francisco Brito

Fonoaudióloga com Especialização em Voz e Aperfeiçoamento em Terapia Fonoaudiológica Clínica e Hospitalar pela Real Benemérita Associação Portuguesa de Beneficência. É assistente do Departamento de Fonoaudiologia Clínica da Real e Benemérita Associação Portuguesa de Beneficência – Clínica Ivan F. Barbosa e Coordenadora do Serviço de Fonoaudiologia do Hospital Premier Residence e da São Paulo Internações Domiciliares.

■ INTRODUÇÃO

O atendimento domiciliar é o nome dado à visita ou procedimento, isolado ou periódico, realizado no domicílio do paciente por profissional habilitado na área de saúde. Trata-se de uma alternativa ao atendimento ambulatorial de pacientes que não necessitam de hospitalização. O objetivo da implantação de serviços de Fonoaudiologia no atendimento domiciliar é atender pacientes com seqüelas de comunicação e das funções neurovegetativas nas mais variadas interfaces.

Estudos epidemiológicos brasileiros revelam que o Acidente Vascular Encefálico (AVE), responsável por seqüelas motoras, de fala, linguagem e deglutição, é considerado a primeira causa de óbito no Brasil e a quinta causa de óbito nos países em desenvolvimento.

Os distúrbios da deglutição são bastante freqüentes na população geriátrica. Doenças que podem ocasionar disfagia, como o próprio AVE ou as doenças neurovegetativas, são mais prevalentes nessa faixa etária. Disfagia é qualquer dificuldade de deglutição decorrente do processo agudo ou progressivo que interfere no transporte do bolo da boca ao estômago. A deglutição pode ser prejudicada devido a processos mecânicos que dificultam a passagem do bolo, falta de secreção salivar, fraqueza das estruturas musculares responsáveis pela propulsão do bolo ou disfunção da rede neuronal que coordena e controla a deglutição. Pode ser classificada como neurogênica, mecânica, decorrente da idade, psicogênica ou induzida por drogas.

■ CARACTERIZAÇÃO DA ATIVIDADE DESENVOLVIDA

Este artigo descreve a atuação fonoaudiológica em domicílio, cujos objetivos são a reabilitação da disfagia, a introdução da dieta por via oral com segurança para mini-

mizar os riscos de broncoaspiração e, conseqüentemente, a redução do número de internações hospitalares.

O fonoaudiólogo é o profissional habilitado para avaliar a deglutição, detectar a presença de bronco aspiração, classificar o grau de comprometimento, diagnosticar a disfagia e determinar a necessidade ou não de fonoterapia. O fonoaudiólogo visitador realiza as sessões de terapia fonoaudiológica seguindo a indicação clínica.

Conforme a evolução do paciente, tão logo se inicia a dieta por via oral há a redução da alimentação por via alternativa e as sessões de terapia fonoaudiológica são reduzidas gradativamente. A alta hospitalar é dada assim que o paciente apresentar condições de manter dieta por via oral com segurança. Entretanto, nos casos em que tais procedimentos não são bem sucedidos, conseguimos manter a hidratação, a alimentação e a medicação por via alternativa e também uma oferta mínima, via oral.

■ POPULAÇÃO ALVO

– FCDH, sexo feminino, 67 anos.

Diagnóstico: AVCI + BCP + ITU + Desnutrição + DPOC.

Alimentação: SNE

Terapia fonoaudiológica de Julho/07 a Março/08.

Iniciou fonoterapia com duas sessões semanais e com evolução satisfatória. Introdução da dieta por via oral e complementação por via alternativa SNE. Realizou exame complementar (vídeo deglutograma) e, dado o resultado negativo para bronco aspiração, foi aumentada a oferta via oral e reduzidas as sessões de fonoterapia para uma vez por semana. Posteriormente, retirada a SNE e introdução de 100% da dieta por via oral, com alta fonoaudiológica.

– ASDS, Sexo masculino, 63 anos.

Diagnóstico: AVCI + HAS + BCP + Anemia + IRA.

Alimentação: Gastrostomia.

Acompanhamento fonoaudiológico de Setembro/07 a Março/08.

Iniciou fonoterapia uma vez por semana, com excelente evolução. Introduzida a dieta por via oral e complementação por via alternativa (gastrostomia). Realizou exame complementar (videodeglutograma), que não evidenciou alterações à oferta alimentar via oral. Gradativamente, houve o aumento da oferta via oral, redução das sessões de fonoterapia de semanal para quinzenal. Posteriormente, retirada a gastrostomia e evolução para alta fonoaudiológica.

■ IMPACTO DA ATIVIDADE JUNTO À POPULAÇÃO

Nos dois casos descritos, com a evolução da terapia fonoaudiológica e com a realização do exame complementar (videodeglutograma), pode-se observar redução de custos de alimentação enteral e enfermagem especializada para manuseio da dieta por via alternativa.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

A deglutição é definida como um processo sinérgico composto por fases intrinsecamente relacionadas, sequenciais e harmônicas. É necessária a integridade de vários sistemas neuronais: vias aferentes, integração dos estímulos do SNC e vias eferentes, resposta motora, integridade das estruturas envolvidas e comando voluntário para uma deglutição segura. Isto depende da complexa ação neuromuscular (sensibilidade, paladar, propriocepção, mobilidade, tônus e tensão), além da intenção de se alimentar.

A reabilitação por período pré-determinado é motivo de discussão na área da Fonoaudiologia, cuja história carrega o estereótipo do atendimento ao lesado cerebral “eterno”. Lembramos que reabilitar pacientes neurológicos não significa alcançar a cura, mas sim a independência, dando ao paciente a possibilidade de novamente experimentar o prazer da oferta via oral, mesmo que seja mínima.

O tempo pré-determinado para evolução satisfatória em relação aos aspectos fonoaudiológicos não é uma questão simples de ser respondida, já que citamos dois casos com um período de evolução que variou de sete a nove meses de fonoterapia, excelente evolução e alta fonoaudiológica, com reabilitação completa da alimentação via oral.

■ REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERTOLUCCI, P.; ROMERO, SB. Doença de Alzheimer. In: CHIAPPETTA, ALDML.,Org. **Doenças neuromusculares parkinson e alzheimer**. São José dos Campos : Pulso, 2003. p. 55-67.

FEIJO, AV.; RIEDER, CRDM. Distúrbios da deglutição em idosos. In: JACOBI, JDS; LEVY, DS; SILVA, LMCD., Org. **Disfagia - avaliação e tratamento**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p. 225-232.

FILHO, EDM.; GOMES, GF.; FURKIM, AM. **Manual de cuidados do paciente com disfagia**. São Paulo: Lovise, 2000. 127.

FILHO, EDM.; PISSANI, JC.; CARNEIRO, J; GOMES, G. **Disfagia abordagem multidisciplinar**. 2 ed. São Paulo: Frontis, 1999. 296.

FURIA, C. Abordagem Interdisciplinar da disfagia orofaríngea. In: Rios, IJA., Org., **Fonoaudiologia hospitalar**. São José dos Campos: Pulso, 2003. p. 31– 44.

MOURAO, LF. Disfagia orofaríngea pós acidente vascular encefálico. In: FERREIRA, LP; BEFI-LOPES, D.; LIMONGE, SCOL., Org. **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004. p. 354–369.

OLIVEIRA, MCB. Atendimento hospitalar ao disfágico. In: OLIVEIRA, STD., Org. **Fonoaudiologia hospitalar**. São Paulo: Lovise, 2003 p. 117-122.

Indicador de desempenho de cooperativas: qualidade na assistência domiciliar

Everly Rosária de Souza

Técnica em Enfermagem, Graduanda em Enfermagem, responsável pelo Departamento de Escala da São Paulo Internações Domiciliares

Henrique Pacagnan

Bacharel em Enfermagem pela USP, Subgerente de Enfermagem da São Paulo Internações Domiciliares

■ INTRODUÇÃO

Home Care é uma modalidade *sui-generis* de oferta de serviços de saúde. Provê cuidados, tratamentos, produtos, equipamentos, serviços especializados e específicos para cada paciente, num ambiente extra-institucional de saúde – normalmente (mas não somente) nas residências dos pacientes.

Em Home Care, a condição clínica ou de enfermidade do paciente torna-se parte de um plano de tratamento global integrado, cuja finalidade é a ação preventiva, curativa, reabilitadora e/ou paliativa especializada. Poucos serviços de saúde têm estas características.

A singularidade desses serviços fundamenta-se no método de operação. A metodologia integrada envolve todos os fatores que contribuem para a saúde física, social, espiritual e psicológica do paciente e do cuidador. O Home Care explora todos esses fatores e utiliza uma metodologia adequada de questionamento, avaliação, planejamento, implementação, acompanhamento e finalização de um conjunto de ações diretamente relacionadas e com metas bem estabelecidas por uma equipe multidisciplinar.

Neste ambiente, é requerido o uso de indicadores mais precisos que direcionem as estratégias e o desempenho dos negócios. São necessários indicadores que vão além dos financeiros para direcionar as mudanças, mostrar a posição competitiva, aprimorar os processos e prever o futuro. Uma grande variedade de novos indicadores está sendo coletada e usada em todos os níveis.

A medição do desempenho organizacional é essencial no Home Care. Para que a medição do desempenho seja executada, muitas vezes o suporte tecnológico de um sistema de informação é vital tanto pela quantidade de informação envolvida, quanto pela agilidade e confiabilidade, entre outros fatores.

■ CARACTERIZAÇÃO

Este instrumento de medição de desempenho avalia o trabalho das cooperativas e de seus cooperados, estimulando a programação antecipada das atividades, reconhecendo e recompensando a cooperativa que atinge suas metas e identificando as que não conseguem cumprir as atividades previamente estipuladas. Permite inclusive o direcionamento de uma orientação específica à cooperativa, com enfoque no auxílio necessário. A avaliação é feita considerando dez critérios estabelecidos para uma boa condução clínica e operacional das atividades do Tomador, direcionando os profissionais e as instituições à melhoria de suas atividades. São eles:

1. Atualização Cadastral

Compreende a escolha mensal e aleatória de dez profissionais visando confirmação, por telefone, de dados cadastrais (de acordo com o registro no sistema IW).

2. Profissionais em Stand-by

Refere-se à capacidade da Cooperativa de disponibilizar, para cada região da cidade de São Paulo, profissionais para atendimento de pacientes deste Tomador. Tal disponibilidade é confirmada através de contato telefônico com o cooperado.

3. Inclusões

Analisa a capacidade da Cooperativa de atender as solicitações de escalas feitas pelo Tomador.

4. Complexidade Paciente x Profissional Escalado: competências técnicas

Aponta escalas nas quais os profissionais enviados não tenham competência profissional para atender a demanda do paciente. O profissional escalado deve ter conhecimento / experiência na complexidade do paciente. Tal avaliação é feita pelo enfermeiro.

5. Treinamentos/palestras/cursos: ciência dos profissionais

Mede a participação dos profissionais cooperados, que prestam serviços para SPID, em cursos de reciclagem. São notificados ao tomador através de listagem constando treinamento/palestra/cursos, que deverá ser entregue ao Tomador até dia 28 de cada mês.

6. Reclamações

Refere-se às reclamações dos pacientes, familiares e auxiliares de enfermagem relacionadas à cooperativa.

7. Fechamento da Produtividade

Compreende a análise de aspectos pertinentes ao fechamento da produtividade. Os fechamentos são entregues até dia 10 de cada mês, cumprindo o prazo pré-estabe-

lecido pelo Tomador. Somente serão pontuados os fechamentos 100% corretos, sem pedidos posteriores de repasse de diferenças que não foram cobrados.

8. Escalador / Gestor

Compreende a análise de quatro aspectos pertinentes ao suporte do Escalador e/ou Gestor ao Tomador:

- 8.1. Retornos/Respostas às solicitações;
- 8.2. Disponibilidade da escaladora na cooperativa, das 7h às 19h, de segunda a sexta-feira;
- 8.3. Utilização do Sistema IW Care;
 - 8.3.1. Comunicação via notes, que devem ser claros e objetivos;
 - 8.3.2. Campo Equipe: preenchimento dos profissionais em “Escala de Enfermagem Domiciliar”, com horário correto de prestação de serviços, no momento em que for escalado o profissional (para novas inclusões e/ou fechamento de escalas em aberto) e no último dia útil do mês, escala do mês seguinte atualizada;
- 8.4. Reorientações (feed-back) de profissionais, a pedido do Tomador.

9. Apresentação ao Tomador

Compreende a apresentação de novos cooperados ao Tomador, para conhecimento de rotinas e protocolos da instituição.

10. Escalas Abertas

Aponta faltas não comunicadas com antecedência de 6 horas, folgas não preenchidas e o comparecimento de dois auxiliares no mesmo plantão/procedimento.

O desempenho das cooperativas é avaliado pela soma dos indicadores, numa pontuação máxima de 100 pontos. Pontuações iguais ou inferiores a 40 pontos para o mesmo indicador, por mais de 3 meses - consecutivos ou não, em um período de 12 meses - desencadeará um processo de substituição da cooperativa. A que obtiver o melhor desempenho será beneficiada com a escala de novos pacientes, conforme o quadro abaixo:

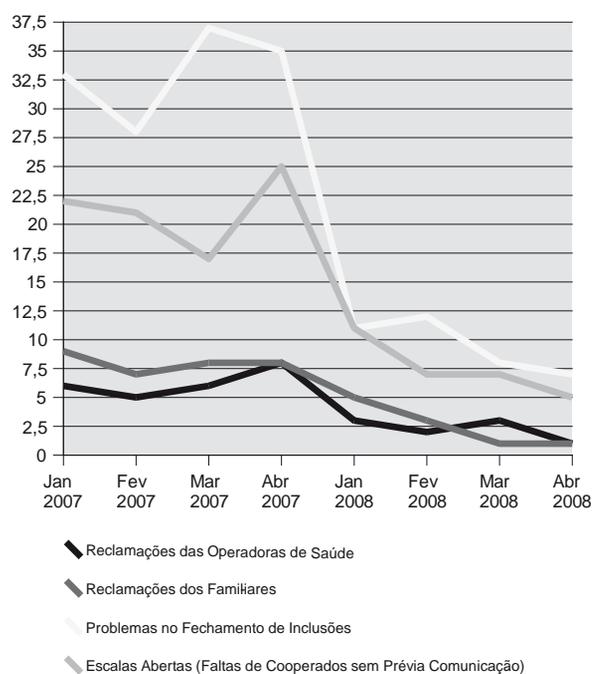
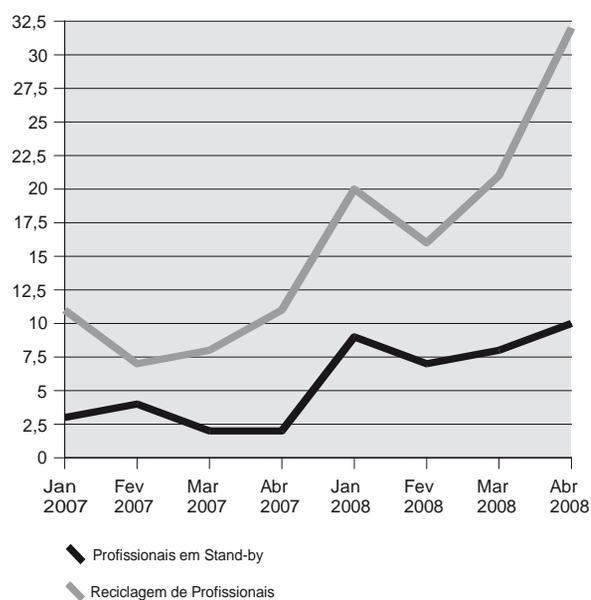
Pontuação	Bônus
1º Lugar	3 escalas
2º Lugar	1 escala
3º Lugar	0,5 escala

■ IMPACTO DA ATIVIDADE À POPULAÇÃO ALVO

A partir desta medição é possível mensurar as deficiências das cooperativas nos fechamentos das escalas e também no atendimento aos pacientes, corrigindo eventuais falhas e alcançando um nível de qualidade excelente, conforme levantamento abaixo:

Descrição	2007				2008			
	JAN	FEV	MAR	ABR	JAN	FEV	MAR	ABR
Reclamações das Operadoras de Saúde	6	5	6	8	3	2	3	1
Reclamações dos Familiares	9	7	8	8	5	3	1	1
Problemas no Fechamento de Inclusões	33	28	37	35	11	12	8	7
Escalas Abertas (Faltas de Cooperados sem Prévia Comunicação)	22	21	17	25	11	7	7	5

Profissionais em Stand-by	3	4	2	2	9	7	8	10
Reciclagem de Profissionais	11	7	8	11	20	16	21	32



A análise comparativa dos dados do período de Janeiro a Abril de 2007 e de Janeiro a Abril de 2008 constata a diminuição do número de reclamações e a satisfação dos serviços prestados às operadoras de saúde e aos familiares dos pacientes. Neste levantamento também foi observado um aumento significativo de pacientes, onde o indicador de desempenho das cooperativas teve uma considerável contribuição tendo em vista que a qualidade dos serviços prestados indicou melhoria de mais de 90%.

■ **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A mensuração do desempenho das cooperativas colaboradoras da São Paulo Interações Domiciliares trouxe, dentre muitas vantagens, qualidade no fechamento das escalas, no atendimento dos auxiliares aos pacientes e confiabilidade das seguradoras de saúde, resultando, assim, na captação de novos pacientes.

■ **CONSULTAS BIBLIOGRÁFICAS:**

Biblioteca Digital da São Paulo Interações Domiciliares.

Chiavenato, Idalberto: Gerenciando Pessoas, 1992.

Gomes, Ivan Lourenço: Home Care Cuidados Domiciliares - Protocolos para a Prática Clínica, 2007.

O papel do enfermeiro visitador na qualidade do atendimento na assistência domiciliar

Deborah Keiko Shimabukuro

Enfermeira visitadora da São Paulo
Internações Domiciliares.

O conceito de Home Care é bem amplo, assim como o são os serviços médicos, de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, terapia ocupacional e outros prestados aos pacientes em sua residência.

Tanto no setor privado como no setor público, o atendimento de Home Care é cada vez maior em nosso país. Essa modalidade de serviço contribui tanto para a diminuição de internações hospitalares e do atendimento ambulatorial quanto para a redução dos custos com o tratamento. Além disso, ajuda o paciente a se reintegrar ao ambiente familiar e de apoio, proporciona uma assistência humanizada por meio de uma maior aproximação da equipe inter-profissional com a família e estimula uma maior participação do paciente e de seus familiares no tratamento proposto.

É importante esclarecer familiares e pacientes que apresentam quadro clínico estável, dependentes ou não de ventilação mecânica, que o atendimento de Home Care pode ser feito com relativa simplicidade por uma equipe inter-profissional. Nela, o enfermeiro visitador tem papel fundamental.

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

O enfermeiro visitador tem como função realizar a visita de inclusão, que é a primeira visita a ser realizada na residência. Quando em ventilação mecânica ou em casos especiais, o enfermeiro precisa estar na residência antes mesmo que o paciente para organizar o ambiente, os materiais e garantir que ele receba um suporte adequado ao seu tratamento.

O visitador é responsável pela assistência ao paciente, ou seja, orientação dos auxiliares de enfermagem, organização do ambiente, conservação de equipamentos, postura, vestimenta adequada e controle de materiais e medicamentos na residência.

É ele que esclarece as dúvidas do cuidador responsável pelo paciente e, com isso, ajuda a manter o bom relacionamento entre paciente e cuidador - o que é de suma importância no atendimento do Home Care, pois é através da confiança do paciente e do cuidador ou familiar que conseguimos garantir um atendimento qualificado.

A prática tem demonstrado que a manutenção e envolvimento do profissional da enfermagem na assistência domiciliar aumentou consideravelmente o nível de entendimento dos clientes quanto ao conceito do Home Care.

Importância de uma boa inclusão para redução de requisições complementares e custos operacionais

Patricia Alves Cerqueira

Graduanda de Enfermagem pela Uniban.

Patrícia Ferraz Rosa

Bacharel em Enfermagem e Pós-graduanda em Centro Cirúrgico pela Uninove.

O crescimento do atendimento domiciliar no Brasil é recente, datado da última década do século XX. A difusão dessa modalidade de prestação de serviços, tanto no setor público quanto no privado, integra a pauta de discussões das políticas de saúde devido aos altos custos das internações hospitalares.

Diante da tendência de rápido crescimento do número de idosos no nosso país, justifica-se discutir a necessidade e importância do setor de Home-Care como estratégia de desospitalização precoce, ou melhor, a alta planejada com a finalidade de redução de custos para operadoras de saúde.

O Home-Care ou Assistência Domiciliar surgiu para atender pacientes com doenças crônicas em internações de longa duração a fim de assegurar sua recuperação em ambiente domiciliar, após a alta hospitalar. Sendo assim, a avaliação inicial do paciente é de suma importância para decidir se ele realmente dispõe de condições clínicas para esse tipo de tratamento.

A avaliação também tem o propósito de esclarecer dúvidas do paciente e seus familiares quanto às vantagens de um atendimento domiciliar, à cobertura, pelo convênio, dos materiais, medicamentos e principalmente equipamentos necessários ao atendimento e identificar o principal cuidador para que as informações sobre a evolução do tratamento sejam repassadas à família de forma clara e objetiva.

Nesse sentido, a boa inclusão compreende desde o bom atendimento prestado ao cliente, o treinamento dos auxiliares de enfermagem, a orientação dos cuidadores quanto aos cuidados e responsabilidades ofertados, até o esclarecimento sobre a importância da aparência e postura da equipe.

Para tanto, é importante que o profissional tenha flexibilidade, criatividade para aplicar habilidades e conhecimentos de uma forma única para cada paciente, capacidade de avaliar os amplos e vários aspectos de uma situação e de comunicá-los de forma clara, verbalmente e por escrito, aos outros membros da equipe. É importante também que o profissional tenha capacidade de avaliar, estabelecer limites e sentir-se

Gráfico 1 – Requisições Extras por Região

Evolução dos extras solicitados por região, entre janeiro de 2007 e maio de 2008.

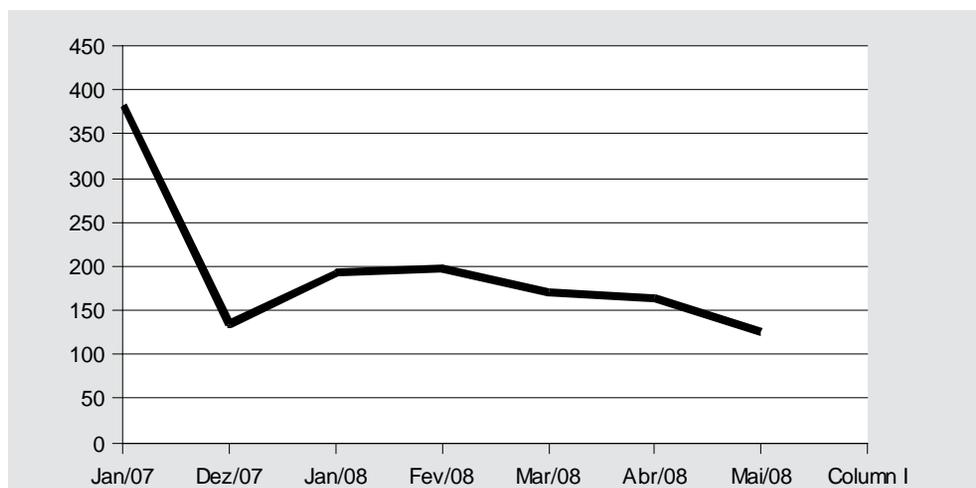
RESUMO	Jan/07	Dez/07	Jan/08	Fev/08	Mar/08	Abr/08	Mai/08
ABCD	22	11	12	9	10	19	6
CENTRO	32	28	28	19	12	8	7
LESTE	76	38	52	36	33	35	23
LITORAL SUL	5	1	1	0	2	5	0
NORTE	76	9	14	34	20	25	23
OESTE	45	6	9	6	16	11	13
SUL	125	41	76	92	76	60	53
CAMPINAS	2	0	0	1	1	0	0
Total Geral	383	134	192	197	170	163	125

Fonte: Banco de Dados da São Paulo Internações Domiciliares

à vontade no ambiente em que ele é um “visitante”.

Uma boa inclusão também se justifica pela otimização dos recursos relacionados às solicitações de materiais e medicamentos para o tratamento domiciliar. Um recente levantamento realizado junto ao Banco de Dados da São Paulo Internações Domiciliares, em nível estadual, analisou a evolução quantitativa das requisições extras solicitadas entre os meses de janeiro de 2007 e maio de 2008 (**Gráficos 1 e 2**). As informações foram analisadas por região e por justificativas (**Gráfico 3**), assim classificadas:

Gráfico 2 – Evolução comparativa dos extras solicitados



Fonte: Banco de Dados da São Paulo Internações Domiciliares

Gráfico 3 – Justificativa das requisições extras solicitadas por região, entre janeiro de 2007 e maio de 2008.

Motivos	Dez/07	Jan/08	Fev/08	Mar/08	Abr/08	Mai/08
1 – Intercorrência Clínica	62	100	116	104	96	69
2 – Complementação dispensação	51	64	55	47	46	39
3 – Complementação Levado Enf/Méd	4	3	5	4	4	1
4 – Reposição Maleta	8	10	5	6	5	8
5 – Exames Laboratoriais	0	5	5	3	6	1
6 – Intercorrência Adm	9	10	11	6	6	7
Total:	134	192	197	170	163	125

Fonte: Banco de Dados da São Paulo Internações Domiciliares

1. Intercorrências e/ou mudança de conduta (novas prescrições ou alterações na conduta)
2. Complemento da dispensação (aumento de consumo ou uso inadequado de materiais)
3. Material levado pelos visitantes (entregas que são levadas em visita dos profissionais)
4. Reposição de maleta (material utilizado de sua maleta pelos visitantes em Intercorrências)
5. Coleta de exames (coletas realizadas pelo Home-Care)
6. Troca de produto ou Intercorrências administrativa (material de uma marca específica ou material solicitado extraordinariamente)

O levantamento apontou uma considerável queda do índice de materiais solicitados fora do período de reposição. Das 383 requisições extras apresentadas em janeiro de 2007, passou-se para 125 solicitações de materiais fora de período em maio de 2008, o que significa uma redução de 67%. Portanto, com a unificação da equipe de atendimento, orientação adequada dos profissionais e acompanhamento dos enfermeiros nas solicitações de materiais e medicamentos, ganhamos qualidade e agilidade no processo, com efetiva redução de custos operacionais.

Ampliar qualidade de atendimento através do monitoramento ativo

Patricia Fernandes dos Santos

Técnica de Enfermagem na São Paulo Internações Domiciliares

Taciane Araújo Catib

Bacharel em Enfermagem e visitadora da São Paulo Internações Domiciliares

Atualmente, o monitoramento ativo é uma atividade extremamente importante para Home Care. Trata-se de um processo rotineiro de acúmulo de informações obtidas a partir do registro regular das atividades realizadas no domicílio do paciente através de ligações diárias. Visa a checagem das atividades, dificuldades, solicitações e dúvidas que possam existir quanto ao tratamento proposto. Através do monitoramento ativo tem-se chegado a ótimos resultados quanto a um atendimento de qualidade.

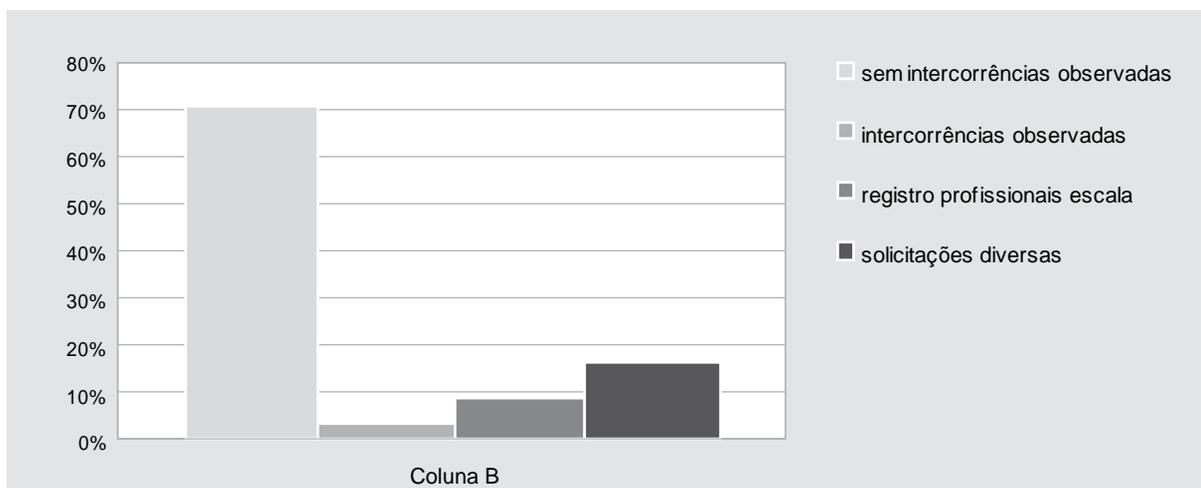
É função do profissional, a cada situação, identificar problemas, solucioná-los e/ou direcioná-los ao setor responsável, garantindo, com isso, que todas as atividades propostas em plano terapêutico sejam realizadas e que todo e qualquer problema identificado seja resolvido.

Dessa maneira, o monitoramento ativo é uma ferramenta diretamente relacionada à boa qualidade da assistência e humanização do atendimento, garantindo a realização dos procedimentos e reduzindo o número de hospitalizações com a identificação precoce de sinais e sintomas de uma possível intercorrência.

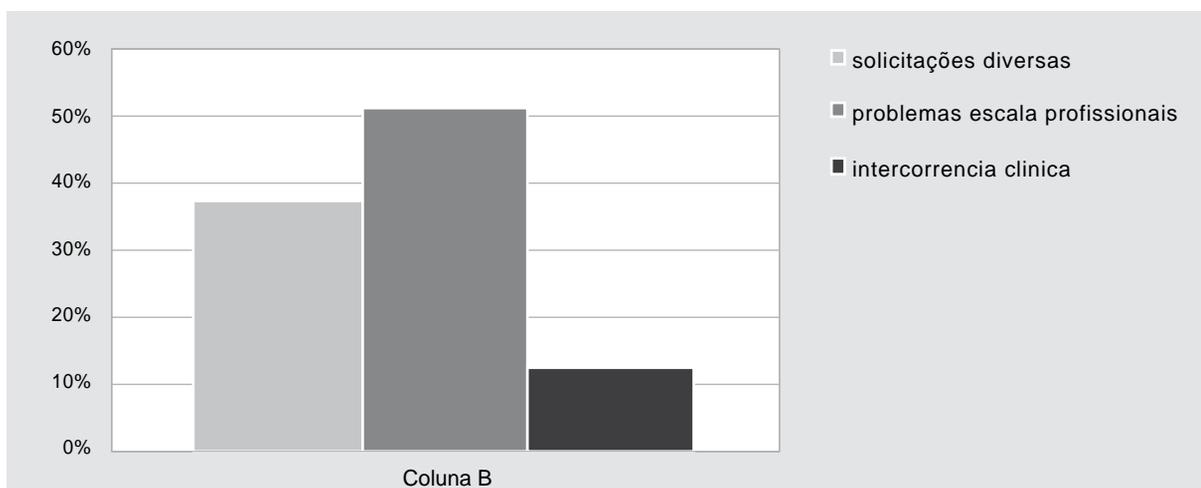
Frente a isso, a finalidade deste artigo é avaliar a eficiência com que a *São Paulo Internações Domiciliares* tem desenvolvido o monitoramento ativo como forma de ampliar a qualidade de seu atendimento domiciliar.

O monitoramento ativo é realizado pela equipe técnica de enfermagem, de segunda a segunda, em horário comercial. Caso seja registrada alguma intercorrência nesse período, o monitoramento se estende ao plantão noturno. O profissional responsável por essa atividade está orientado a verificar a estabilidade do paciente, o controle de sinais vitais, as intercorrências no período, as solicitações de equipamento, materiais e medicamentos e o desempenho do profissional de enfermagem.

Todas as informações coletadas são registradas em um campo específico do prontuário eletrônico do paciente denominado “Ocorrências”, onde também são registradas as chamadas recebidas. Diante das diferentes situações que possam

Gráfico 1: Registro da demanda telefônica pró-ativa no período de sete dias

Fonte: Biblioteca Digital da São Paulo Interações Domiciliares

Gráfico 2: Registro da demanda telefônica recebida no período de sete dias

Fonte: Biblioteca Digital da São Paulo Interações Domiciliares

ocorrer durante o monitoramento, o profissional está apto a fornecer orientações necessárias e/ou notificar o setor responsável para as devidas providências. Em caso de intercorrências clínicas, por exemplo, as ligações são imediatamente direcionadas para o enfermeiro clínico, que deve dar resolução imediata do caso.

Ao realizar levantamento em prontuários eletrônicos de pacientes incluídos em

atendimento domiciliar por período pré-determinado para antibioticoterapia e monitorados diariamente, foi constatado que, num período de sete dias, 100% da demanda telefônica foi pró-ativa. Em 71% das chamadas pró-ativas não foram verificadas intercorrências clínicas, fato ocorrido em apenas 4% das ligações. Os registros dos profissionais da escala totalizaram 9% das chamadas e as solicitações diversas contabilizaram 15% das ligações (Gráfico 1). Por sua vez, do total das ligações recebidas, 37% foram solicitações diversas, 51% referiram-se a queixas relacionadas à escala e 12% foram motivadas por intercorrência clínica (Gráfico 2).

Com o monitoramento ativo, o quadro da grande maioria dos pacientes em tratamento domiciliar tem se mantido estável, as intercorrências são interceptadas antes de uma possível complicação, com direcionamento imediato ao enfermeiro clínico. Por sua vez, as solicitações diversas têm sido captadas precocemente durante os contatos e as queixas relacionadas à escala têm sido solucionadas antes de serem formalizadas.

Dessa maneira, concluímos que o monitoramento ativo é uma ferramenta importante para a prestação de um serviço qualificado, dentro dos padrões de qualidade a que a empresa se propõe, e tem resultado em efetividade no atendimento realizado.

Enfatizamos, sobretudo, que o número hospitalizações nesse grupo de pacientes é mínimo - o que reforça uma das características mais importantes do atendimento domiciliar: trata-se de um serviço desonerador do sistema de saúde, que preza pelo atendimento de qualidade visando sua humanização

Home Office como alternativa no gerenciamento de custos e na melhoria da qualidade da assistência domiciliar

Marcio Sampaio Mendes

Bacharel em Enfermagem pela Universidade de São Paulo e
Coordenador da São Paulo Internações Domiciliares

Dentre as profundas modificações experimentadas na sociedade moderna e, em especial, as que se produzem no mundo do trabalho, observamos movimentos em direção a formas de trabalho flexível, entre as quais se insere o home office - do inglês, escritório em casa - que caracteriza-se pela descentralização física do trabalho.

Tomando o conceito de Katzenbach, até equipes presenciais instaladas no mesmo local de trabalho passam por muitos momentos nos quais trabalham como equipes virtuais, interagindo e colaborando por meio da tecnologia, o teletrabalho.

A conceituação que mais se aplica ao teletrabalho é a utilizada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), que define como a forma de trabalho efetuada em lugar distante do escritório central e/ou do centro de produção, que permita a separação física e que implique o uso de uma nova tecnologia facilitadora da comunicação.

Não obstante a estas mudanças, o Home Care - que pode ser definido por um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizados na casa do paciente - surge como um segmento da saúde com grande potencial para implantação desta modalidade de escritório, uma vez que, assim como muitas outras empresas, sofre com os recorrentes problemas dos grandes centros urbanos: alto custo com locação e manutenção de escritórios; congestionamento e, conseqüentemente, dificuldade para deslocar-se entre os domicílios dos pacientes, estresse nos ambientes de trabalho e baixa produtividade dos profissionais.

Foi elaborado um projeto de criação de um escritório residencial para o Enfermeiro Case Management, cujo projeto piloto está previsto para ser implantado na São Paulo Internações Domiciliares em setembro de 2008, disponibilizando os recursos necessários para que o profissional desenvolva suas atividades no home office, com avaliação diária através de indicadores de desempenho previamente definidos.

Atualmente, muitas de suas atividades já são remotas, via telefone, rádio, prontuário eletrônico acessado via internet. A requisição complementar, por exemplo,

já é solicitada pelo Enfermeiro Visitador (profissional responsável pela realização das visitas domiciliares) via prontuário eletrônico do notebook com acesso a internet wireless de forma on-line durante a realização da consulta, de qualquer lugar do Brasil onde a conexão a internet pode ser estabelecida.

Dessa forma, a demanda é atendida imediatamente, seja uma avaliação de um caso junto à equipe multiprofissional, seja requisição de materiais e /ou medicamentos. Neste último caso, a sua logística é imediatamente iniciada, ainda com o profissional na residência.

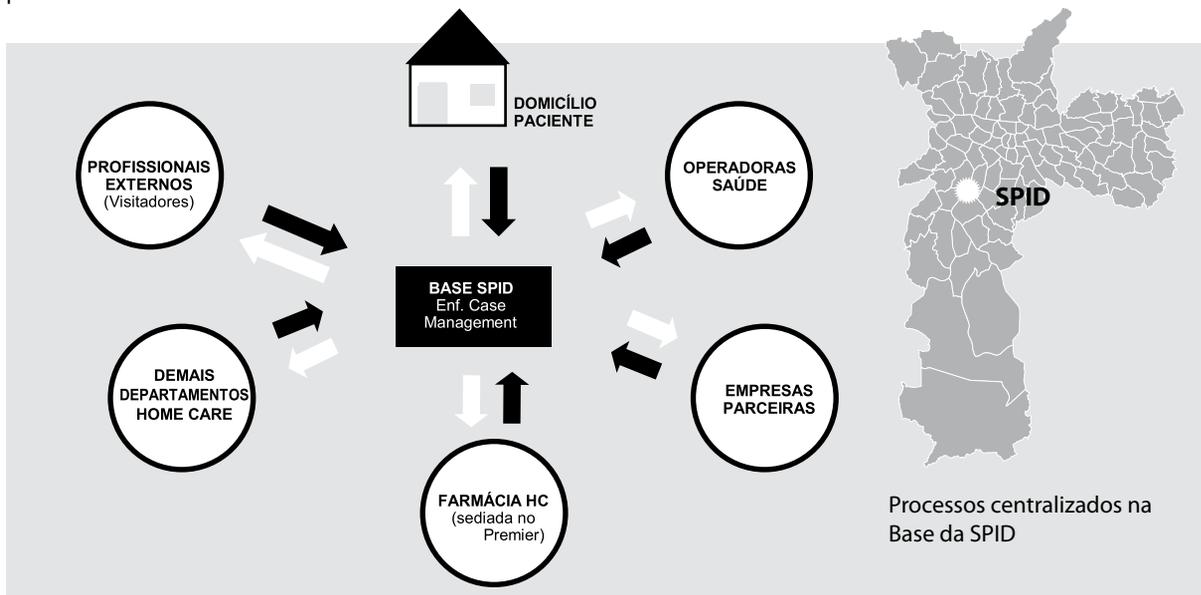
Com um investimento inicial de aproximadamente R\$ 3.080,00 é possível montar o home office e mantê-lo ao custo médio mensal de R\$ 440,00. Estima-se que a implantação do Enfermeiro Case Management, considerando a reestruturação do seu local de trabalho - a descentralização da matriz da SPID e a realocação em pontos de atendimentos (home office) por regiões do município de São Paulo – trará as seguintes vantagens quantitativas e qualitativas:

- Redução de custos com escritório (estima-se uma economia anual superior a R\$ 50.000,00);
- Otimização no atendimento das intercorrências pelo fato do home office estar localizado na região domiciliar do paciente, evitando que o profissional perca tempo em congestionamentos da circulação automóvel;
- Aumento da produtividade do profissional a partir da melhoria de sua qualidade de vida no trabalho, diminuição do seu estresse, economia de tempo gasto em deslocamento, economia com transporte, diminuição de gastos com alimentação; ou seja, a melhoria na qualidade de vida do profissional ocorrerá naturalmente;
- Personalização do atendimento, promovendo assim a fidelização do cliente paciente;
- Melhor gerenciamento do trabalho dos Enfermeiros Visitadores – uma vez que são gerenciados a distância a partir do prontuário eletrônico e a digitação on-line dos relatórios;
- Viabilização dos recursos comunitários regionais para inclusão social e melhoria da qualidade de vida (dependendo da demanda) dos pacientes; divulgação e/ou criação de eventos na comunidade: sempre respeitando as limitações, histórias e rede do paciente, extinguindo as campanhas genéricas sem efeitos;
- O Enfermeiro Case poderá interagir com os profissionais visitantes pessoalmente com maior frequência (reuniões, campanhas motivacionais, etc) devido à facilidade de estarem próximos, na mesma região;
- Economia de empregados e encargos sociais, vantagens fiscais (ex. dispensa do IR) e reforço a profissionalização de serviços;
- Oferecimento de melhores produtos e serviços às operadoras de saúde com menores custos.

Embora ainda existam questões metodológicas e operacionais a serem aprimoradas, os benefícios tangíveis obtidos com a adoção do home office - tanto para a

Figura 1 - Fluxograma de atendimento atual:

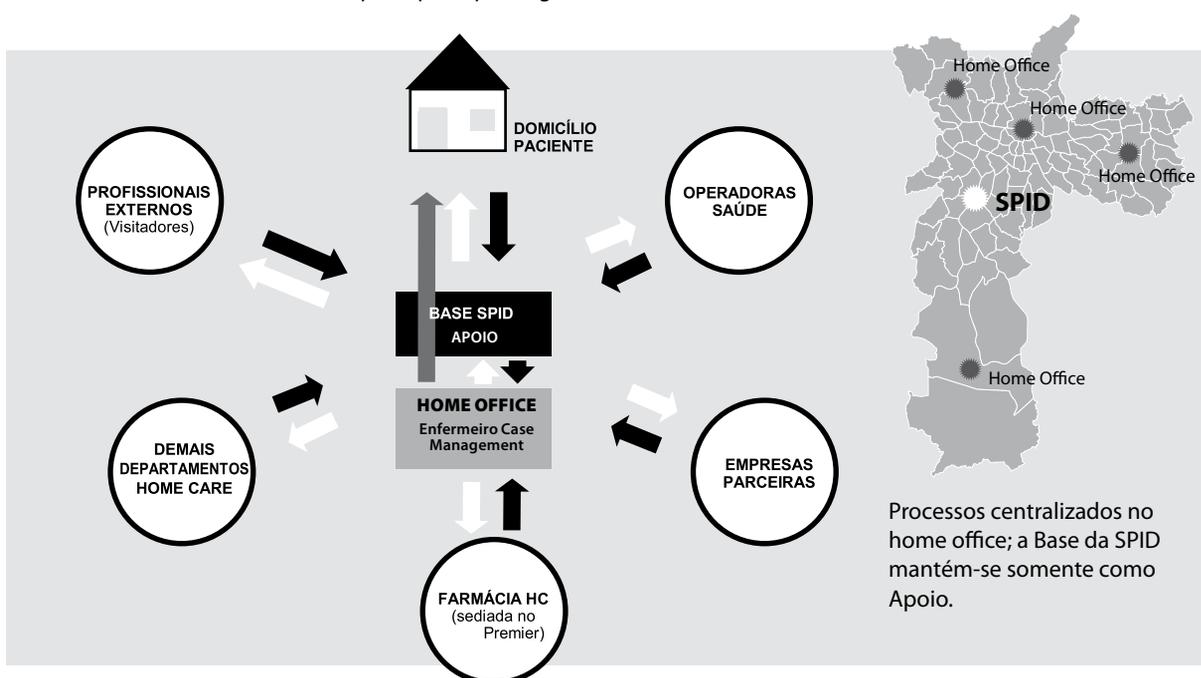
processos centralizados na Base da SPID.



Após a implantação do home office, os processos continuarão a ser centralizados no Enfermeiro Case Management, todavia, do escritório domiciliar, não da Base da SPID.

Figura 2- Fluxograma de atendimento proposto:

processos centralizados no home office. A Base da SPID mantém-se somente como apoio aos escritórios home office distribuídos pelas principais regiões de São Paulo:



empresa quanto para o profissional - são incontestáveis, sobretudo para redução nos custos operacionais, além de torná-los regionalizados e mais compactos. Portanto, o home office deve ser considerado uma alternativa do modelo atual do home care nacional capaz de reduzir custos, principalmente nos grandes centros urbanos.

O profissional terá maior ganho de qualidade de vida a partir da disponibilização de tempo para investimento pessoal, familiar e lazer. Entretanto, o lado desfavorável é a perda do contato com os colegas, do convívio social, bem como da troca de vivências e experiências profissionais, momento em que o processo de aprendizagem é facilitado. Para dirimir esse problema, a São Paulo Interações Domiciliares manterá seus cursos e palestras para a reciclagem dos profissionais, a exemplo do que já ocorre hoje, no primeiro sábado de cada mês, com carga de 6 horas de atividades.

As contribuições do olhar da psicologia sobre o tratamento: o papel das relações paciente, família e equipe no contexto domiciliar

Debora Genezini Costa

Psicóloga, Especialista em Psicologia Hospitalar, Psico-Oncologista, Psicóloga coordenadora do Serviço de Psicologia do Hospital Premier e da Assistência Domiciliar da São Paulo Internações Domiciliares.

Glória Teixeira Nicolosi

Psicóloga, Especialista em Psicologia Hospitalar, Mestranda em Gerontologia, Psicóloga do Serviço de Psicologia da Assistência Domiciliar da São Paulo Internações Domiciliares.

Marcela Alice Bianco

Psicóloga, Especialista em Atendimento Multiprofissional Geriátrico e Gerontológico, Psicóloga do Serviço de Psicologia da Assistência Domiciliar da São Paulo Internações Domiciliares.

Marcella Machado Matos Brasileiro

Psicóloga, Especialista em Psicologia Hospitalar, Mestranda em Gerontologia, Psicóloga do Hospital Premier e do Serviço de Psicologia da Assistência Domiciliar da São Paulo Internações Domiciliares.

■ INTRODUÇÃO

Muitos estudos têm apontado a importância da relação estabelecida entre a tríade paciente, família e equipe como meio essencial e complementar aos recursos técnicos e tecnológicos usados no tratamento e como contribuinte para a qualidade da assistência em saúde.

O conhecimento e uso favorável do papel dos aspectos subjetivos da relação profissional - paciente - família para a eficácia terapêutica ou em contrapartida, para o surgimento de dificuldades no tratamento, é ferramenta fundamental do profissional de saúde para o sucesso nas intervenções. No contexto domiciliar, tal fato torna-se preponderante, uma vez que as relações se aprofundam e, muitas vezes, se estendem por longos períodos.

Quando doente, o indivíduo sofre mudanças em inúmeros aspectos de sua vida, os quais requerem adaptação e resignificação. Assim, para que se restabeleça ou consiga conviver com suas limitações, o indivíduo poderá passar por mudanças internas e externas, necessitando, muitas vezes, de ajuda profissional para se reorganizar.

A maneira como cada pessoa reage a uma doença depende de múltiplos fatores: características de personalidade, história de vida, crenças pessoais, estado emocional, organização de capacidades defensivas, interpretação que faz do que lhe está acontecendo, forma como vivencia a doença e a situação de internação, capacidade

de tolerar frustrações, vantagens e desvantagem advindas da posição de doente, auto-estima, grau de dependência, autonomia, projetos de vida, apoio que possa receber e aceitar e as relações que estabelece - consigo mesmo, com seus familiares/cuidador e com a equipe. Além disso, deve-se considerar a cultura em que o indivíduo está inserido, a qual determina certa representação da doença.

O aparecimento de uma doença faz com que muitos pacientes enfrentem a perda de um corpo saudável e ativo. Para muito deles, o mau funcionamento orgânico leva à perda da autonomia e da capacidade de agir com independência. A pessoa doente, devido ao tratamento, passa a ser obrigada a receber ajuda de sua rede de suporte social (familiares e amigos), a manter-se ligada a uma instituição de saúde (*Home Care*, por exemplo) e, muitas vezes, a lidar com restrições alimentares, sociais, econômicas, de lazer e profissionais.

Neste contexto, o paciente também sofre influência dos sistemas em que está incluído. Assim, todas as atitudes e comportamentos do paciente irão repercutir nas relações estabelecidas com os familiares e com a equipe de saúde que dele cuida.

A dinâmica familiar e os acontecimentos familiares podem desempenhar papel fundamental na etiologia, evolução e tratamento da enfermidade de um de seus membros. A doença pode perturbar o funcionamento familiar antes equilibrado, exigindo transformações nos papéis familiares e leis que regulavam seu funcionamento. Assim, o adoecimento de um membro envolve toda a dinâmica familiar, sendo neste grupo que o doente, muitas vezes, irá encontrar as condições necessárias para enfrentar sua nova condição e buscar o restabelecimento de seu estado de saúde. Nesse sentido, podemos compreender a família tanto como contexto-problema ou como recurso terapêutico na relação do doente com seu sofrimento.

Nem todas as famílias possuem forças estruturais capazes de oferecer continência e apoiar o enfermo, respondendo positivamente a essa nova contingência. Principalmente aquelas que possuem uma história negativa de relacionamento, com relações afetivas deterioradas anteriores ao adoecimento do familiar. Nesses casos, acabam por eclodir reações não cooperativas e acirramento de dificuldades relacionais, com dificuldades na resolução dos conflitos e problemas.

O impacto da doença sobre os familiares e o estresse associado ao longo tempo de cuidados oferecidos podem ocasionar riscos de doenças físicas, diminuição da atenção, aumento da irritabilidade, sentimentos de abandono, menos valia, culpa e raiva e comprometimento na capacidade de decisão. Tais reações podem afetar a compreensão sobre as políticas, rotinas e procedimentos, orientações realizadas pela instituição de saúde e pode interferir em tomadas de decisões e comportamentos dos familiares, prejudicando, muitas vezes, a eficácia terapêutica, o tratamento e a reabilitação do paciente.

As formas de reação do núcleo familiar frente à doença dependerão da estrutura do sistema familiar. Deste modo, se o sistema for flexível e aberto à família terá mais capacidade para se adaptar ao novo contexto por meio de algumas modificações. Quando as famílias possuem uma estrutura rígida e fechada, o novo cenário

deflagrado pela doença será percebido como uma ameaça ao equilíbrio familiar, acarretando em situações como rejeição do doente ou utilização da doença como parte integrante e necessária para a manutenção do sistema. No que concerne à rejeição do enfermo, a mesma pode ocorrer tanto de forma direta ou por mecanismos de defesa como a formação reativa, exemplificada pela solicitude excessiva, superproteção do doente ou ansiedade exagerada de um membro da família frente a um acontecimento. Nessas situações, a necessidade da família em expressar sua agressividade e temor, devido à fragilidade do próprio sistema familiar, pode desencadear relações insatisfatórias entre os familiares e equipe de saúde, que pode ser eleita como bode expiatório. No que diz respeito ao uso da doença pelo sistema familiar, ocorre uma incorporação da enfermidade no meio familiar, em torno da qual a família se reorganiza, passando a depender da doença para manter o novo equilíbrio, tornando-se um fator patológico. Tal tipo de organização é mais comum no caso de doenças crônicas, uma vez que elas possuem caráter permanente e podem provocar deficiências duradouras.

Nem sempre se relacionar com todos estes aspectos subjetivos existentes no cuidado ao paciente é tarefa fácil para o profissional de saúde. O contato com a doença e com a morte faz do trabalho da equipe uma tarefa altamente ansiogênica, modulando, muitas vezes, respostas defensivas por parte da equipe e influenciando o tratamento do doente.

A relação profissional-paciente e família envolve uma série de fenômenos psicodinâmicos que descrevem as atitudes e reações de ambos no decorrer dessa interação. Tais fenômenos poderão ocorrer em diferentes graus de intensidade e profundidade e dependem de aspectos como patologias envolvidas, tipo e valor atribuído ao atendimento oferecido e grau de importância dado à relação e suas interfaces. Nas doenças de longa duração ou de cura incerta ou improvável, que envolvem cuidados constantes e por um longo período e, com isso, o estabelecimento de uma relação interpessoal mais duradoura, a ação dos fenômenos psicodinâmicos passa a ser fundamental.

Desta forma, o profissional não consegue experimentar uma atitude totalmente neutra e isenta de sentimentos profissionais em relação aos seus pacientes e familiares. Sendo assim, o relacionamento será permeado por uma mistura de reações afetivas em relação ao doente, reações afetivas à imagem exteriorizada pelo profissional sobre o paciente ideal (“bom paciente” ou “mau paciente”, de acordo com suas imagens preestabelecidas) e fatores contingentes ao próprio profissional.

A compreensão da atuação e da repercussão psíquicas presentes na relação paciente-família e equipe em domicílio pode ser de grande valia para a melhora do atendimento oferecido aos pacientes assistidos e a seus familiares.

A conscientização da influência desses fatores também pode mediar as intervenções da equipe e contribuir para a estruturação de estratégias de intervenção, objetivando a diminuição de possíveis conseqüências indesejáveis trazidas por uma relação insatisfatória entre paciente, seus familiares e equipe interdisciplinar. Neste sentido, a Psicologia, dentro de um serviço de home care, possui papel fundamental na identificação, análise e compreensão das relações estabelecidas, atuando como

intermediadora no sentido de orientar a equipe e promover mudanças que favoreçam o tratamento, apoio e reabilitação do paciente.

■ CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO/ ATIVIDADE

A São Paulo Internações Domiciliares está atuando há cerca de onze anos no mercado da assistência domiciliar e atualmente configura-se como uma empresa de *home care* que traz uma proposta diferenciada pela visão holística que apresenta de seus pacientes, levando em consideração seus aspectos físicos, psíquicos, sociais, funcionais e espirituais.

Para acolher todas as demandas advindas do processo de adoecimento, conta com uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, estomoterapeuta, nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e psicólogos. É um serviço privado, no qual a maior parte da população atendida advém da parceria com operadoras de saúde e hospitais. A Psicologia faz parte desta equipe há um ano.

O atendimento psicológico aos pacientes atendidos pelo serviço de *home care* é realizado com base nos encaminhamentos realizados pela equipe interdisciplinar que, após detecção de possível demanda, encaminha os pacientes para avaliação psicológica. Os encaminhamentos seguem os perfis e critérios relacionados abaixo:

Pacientes com doença oncológica em progressão que necessitem de auxílio para aceitação da doença e para enfrentamento e elaboração da não possibilidade de cura e das seqüenciais perdas sofridas;

Pacientes com patologias crônico-degenerativas (ou apenas crônicas) que vivenciam muitas perdas físicas, sociais, emocionais e funcionais, exigindo reestruturação de papéis familiares e aceitação (elaboração) da doença e tratamento;

Familiares e pacientes com uso de mecanismos de defesa psíquicos exacerbados que prejudicam a elaboração da doença, a aderência ao tratamento e relação com equipe como, por exemplo, negação, revolta, depressão, ansiedade;

Familiares e cuidadores com nível acentuado de estresse e risco para Síndrome de *Burnout*.

O atendimento é realizado no domicílio do paciente, com avaliação de aspectos psicossociais subseqüentes ao processo de adoecer do paciente e de seus familiares.

Tanto com o paciente como com sua família, a avaliação psicológica visa: a) avaliação da relação estabelecida com a doença, das reações psíquicas e comportamentais diante desta e os recursos de enfrentamento utilizados; b) avaliação do nível de conhecimento e compreensão da doença e tratamento, assim como de sua aderência e da relação com a equipe; c) avaliação do estado emocional geral; d) avaliação da dinâmica familiar; e) coleta da história de vida pessoal e familiar.

Os atendimentos têm como objetivo minimizar o sofrimento do paciente e seus familiares e investir em qualidade de vida, procurando auxiliá-los a lidar com o impacto do diagnóstico; conviver com os sintomas e tratamento; elaborar perdas (luto antecipatório); estimular recursos de enfrentamento (estratégias de *coping*) e

favorecer a adaptação às mudanças ocorridas. A orientação da equipe e discussão dos casos também faz parte deste processo.

■ **IMPACTO DA ATIVIDADE/ SERVIÇO**

Nota-se que, no contexto domiciliar, a qualidade do vínculo estabelecido entre o paciente, sua família e os profissionais de saúde, e os aspectos subjetivos que constituem as relações (como sentimentos mobilizados e percepções construídas por meio do contato direto com a realidade do paciente e sua família) destacam-se como fatores determinantes nas condutas estabelecidas pelos profissionais e podem interferir de forma significativa nos planos e estratégias de intervenção, influenciando a qualidade do atendimento.

Em caso de famílias que possuem uma organização e estrutura que abarca as necessidades do paciente, com história positiva dos vínculos afetivos e disponibilidade para o cuidado, os vínculos estabelecidos com os profissionais de saúde tendem a uma maior qualidade e servem de propulsores para o tratamento, com forte identificação e empatia do profissional.

Em contrapartida, quando a realidade imposta no contexto domiciliar traz a fragilidade do sistema familiar, com uma rede de suporte social inadequada, relacionamentos conflituosos e características de personalidade de difícil manejo, os profissionais tendem a uma identificação negativa que pode interferir na qualidade do suporte oferecido.

Cabe ressaltar que tais atitudes e reações estão baseadas em fenômenos psicodinâmicos universais e inconscientes, fazendo parte de todas as relações humanas.

A equipe, diante de suas mobilizações frente ao paciente e seus familiares, pode reagir por meio de mecanismos defensivos, entre eles o deslocamento das tensões presentes na equipe para o pessoal auxiliar, pacientes ou familiares; atitudes de onipotência, que podem levar a uma exacerbação da dependência e regressão do paciente e dificuldades de comunicação entre os membros da equipe, auxiliares e doentes; emprego abusivo de medicamentos e procedimentos invasivos e atitudes de afastamento.

No contexto domiciliar, cabe ao psicólogo, que é profissional da saúde especializado no campo das relações interpessoais, ser um observador qualificado e porta-voz dos desejos e necessidades emocionais do paciente e da família, auxiliando na compreensão da equipe sobre a psicodinâmica das relações existentes, auxiliando na quebra de padrões comportamentais negativos de relacionamento e que podem prejudicar a eficácia terapêutica.

■ **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por meio de um olhar diferenciado do contexto domiciliar, o psicólogo contribui para a maximização dos vínculos afetivos estabelecidos entre paciente-família e equipe. A detecção dos focos de conflito e aspectos psicodinâmicos que envolvem a relação entre esta unidade de cuidado e posteriores orientações de como lidar com o

paciente pode auxiliar na diminuição de desencontros de informações entre a equipe, o paciente e seus familiares. Tais aspectos têm como objetivo de aliviar o nível de estresse dos profissionais e favorecer expectativas mais realistas quanto ao tratamento do paciente.

Por meio da escuta empática, do acolhimento do sofrimento e de uma visão neutra em relação à história e contexto familiar, o psicólogo abre espaço para vivências positivas e identificação de capacidades preservadas no paciente, auxiliando na melhora da auto-estima e valorização da família, oportunizando promoção de saúde para paciente e sua família, além de proporcionar novos caminhos e direcionamentos para o trabalho da equipe de saúde.

Muitas vezes, a mudança de posicionamento do profissional em um contexto pouco favorável ao cuidado do paciente pode estabelecer uma nova configuração no ambiente domiciliar e na forma como as relações estão estruturadas, produzindo uma reorganização interna e externa do paciente e dos membros de sua família - o que repercute numa mudança positiva do padrão de comportamento que, por sua vez, se torna mais promissor para a busca e manutenção de uma maior qualidade de vida de todos os envolvidos.

■ BIBLIOGRAFIA

BOTEGA, N. J. (org) Prática Psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CATALDO NETO, A., TORRES, B. A. R., KONZEN, C., PACHECO, F. S. O médico e a família do paciente. Revista Médica PUCRS, v. 12, n. 2: 141-147, 2002.

DUARTE, Y. A. O. & DIOGO, M. J. D'E. Atendimento Domiciliar: Um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.

LAHAM, C.F. Peculiaridades do atendimento psicológico em domicílio e o trabalho em equipe. Psicologia Hospitalar, São Paulo, v.2, n.2, 2004.

NASCIMENTO JÚNIOR, P.G., GUIMARÃES, T.M.M. A relação médico-paciente e seus aspectos psicodinâmicos. Bioética, v.11, n.1, 2003.

NOGUEIRA, M.C.F. Relação profissional-paciente: Subsídios para profissionais de saúde. Psychiatry on-line Brazil, n. 2, 1997. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/cezira.htm>

SANTOS, C.T. & SEBASTIANI, R.W. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. Em: E a psicologia entrou no hospital... São Paulo: Pioneira, 1996.

O tratamento da dor psíquica dentro do conceito de dor total como recurso facilitador na manutenção da desospitalização

Debora Genezini Costa

Psicóloga, Especialista em Psicologia Hospitalar, Psico-Oncologista, Psicóloga coordenadora do Serviço de Psicologia do Hospital Premier e da Assistência Domiciliar da São Paulo Internações Domiciliares.

Glória Teixeira Nicolosi

Psicóloga, Especialista em Psicologia Hospitalar, Mestranda em Gerontologia, Psicóloga do Serviço de Psicologia da Assistência Domiciliar da São Paulo Internações Domiciliares.

Marcela Alice Bianco

Psicóloga, Especialista em Atendimento Multiprofissional Geriátrico e Gerontológico, Psicóloga do Serviço de Psicologia da Assistência Domiciliar da São Paulo Internações Domiciliares.

Marcella Machado Matos Brasileiro

Psicóloga, Especialista em Psicologia Hospitalar, Mestranda em Gerontologia, Psicóloga do Hospital Premier e do Serviço de Psicologia da Assistência Domiciliar da São Paulo Internações Domiciliares.

■ INTRODUÇÃO

A dor, de acordo com o conceito adotado pela Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP), é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano presente ou potencial, ou descrita em termos de tal dano. Portanto, dor não é apenas uma experiência ou sensação física.

Ao longo da década de 1960, Cecily Saundres acrescentou ao conhecimento da dor o conceito de dor total, através do qual admite que uma pessoa sofre não apenas pelos danos físicos que possui, mas também pelas conseqüências emocionais, sociais e espirituais que a doença e sua evolução podem lhe proporcionar. Saunders estabeleceu a importância da equipe multidisciplinar e da presença de uma equipe multiprofissional para que se obtenha o máximo sucesso no tratamento.

Maciel (2004) defende que na abordagem aos pacientes com doenças evolutivas, muitas vezes, dependendo da situação, os medicamentos não são suficientes para proporcionar alívio da dor maior de vivenciar perdas seqüenciais, de temer a morte, de não conseguir compreender ou refletir acerca do real sentido de sua existência. O adoecimento físico é seguido então pelo sofrimento emocional, pela perda do controle da saúde e da vida, pela perda da funcionalidade e pela perda do papel anteriormente exercido no contexto familiar e social. Destaca-se, desta forma, a dor psíquica, por vezes confundida e diluída na queixa da dor física.

Na necessidade da hospitalização pela doença, algumas instituições convencionais ainda referem-se ao indivíduo pelo número do leito. Valorizam o ser biológico, desprezando o ser biográfico. Esse modelo de assistência agride a identidade do sujeito e menospreza o aspecto emocional, podendo resultar em aumento do sofrimento e agravamento da doença.

Quando a patologia, a rede familiar e a estrutura de assistência permitem o lugar ideal para os cuidados ao enfermo é em seu domicílio. Em casa, o doente tem sua identidade preservada, é sujeito de uma história. O atendimento domiciliar tem como objetivo principal a *desospitalização* (e sua manutenção) de pacientes cujo tratamento possa ser feito em domicílio. Visa garantir assistência, orientando pacientes e familiares quanto a noções básicas de saúde e envolvimento nos cuidados, além de proporcionar a personalização e humanização. Este processo diminui o tempo de tratamento e também as chances de complicações, otimizando recursos e, conseqüentemente, redução de custos. No entanto, a doença continua. As perdas continuam. A dor psíquica também existe neste contexto e deve ser tratada.

No contexto domiciliar, além do doente, a dor contagia toda a família. Por presenciar a dor do outro, a família é tomada pelos sentimentos de impotência e tristeza. Por isso, a equipe que assumir os cuidados ao paciente deve também oferecer suporte emocional e técnico aos seus familiares e cuidadores.

Por vezes, o paciente ansioso ou angustiado por questões existenciais pode ter dor física e outros de seus sintomas exacerbados. Se a avaliação e a conduta da equipe não for precisa quanto ao conceito de dor e sofrimento total, o uso de medicamentos e a procura por hospitais (pronto socorro) pode ser freqüente e ocasionar hospitalização. Para que esta avaliação seja precisa e as dores possam ser ‘nomeadas’, o acompanhamento e o parecer dos membros da equipe multiprofissional é fundamental.

Conhecer a história de vida do paciente e da família, conhecer o papel anteriormente exercido pelo paciente nesse contexto familiar, compreender as perdas vivenciadas e os temores é imprescindível para que a dor psíquica seja compreendida e tratada.

■ CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO/ ATIVIDADE

A São Paulo Internações Domiciliares atua no ramo de assistência domiciliar e agrega a participação dinâmica de diversos profissionais nos cuidados oferecidos ao paciente em seu lar, seja com objetivo de prevenir agravos da doença ou de dar assistência para doenças em evolução. As ações da equipe são baseadas no modelo de atenção integral à saúde e na filosofia dos cuidados paliativos, onde o paciente e seus familiares são cuidados em seus aspectos biológicos, psicossociais e espirituais.

No contexto domiciliar, o psicólogo avalia como o paciente está vivenciando a situação de doença, quais os recursos psíquicos disponíveis, a existência de comprometimentos psíquicos advindos da doença orgânica, o momento de enfrentamento da doença em que se encontra e o prognóstico.

O paciente que perdeu a saúde, a capacidade funcional anterior, está impedido de

exercer seu papel habitual no contexto familiar e social. Se por um lado tem a possibilidade da manutenção da identidade e de parcial autonomia por estar no seu lar, por outro vivencia dúvida pela insegurança e o temor de que, se sua doença se agravar, realmente terá a assistência adequada. Isso demanda uma vinculação positiva e de confiança com a equipe de home care.

Nesse contexto, além de ler a dor psíquica dos envolvidos, o psicólogo funciona como facilitador na comunicação e no vínculo paciente/família/equipe. Oferece a escuta e a presença acolhedora, enfatizando o paciente como sujeito de uma vida e história, abrindo canal para expressão de sentimentos e conflitos – que, por vezes, se não levados em conta, desencadeiam agudização de sintomas físicos e falta de adesão ao tratamento, o que é um risco.

Os pacientes que apresentam quadros de ansiedade, agressividade, depressão, angústia, recusa na adesão aos tratamentos ou contínua busca por medicamentos são encaminhados para atendimento psicológico. Familiares e cuidadores ansiosos, em burnout, também são critérios elegíveis para esse atendimento.

Após o encaminhamento, o psicólogo entra em contato com o paciente ou familiar para agendar uma visita. O primeiro atendimento funciona como levantamento da história de vida e avaliação do estado mental, onde serão avaliadas suas funções psíquicas, cognição, afeto, humor, orientação, conhecimento acerca da doença e expectativas.

Os atendimentos posteriores norteiam-se pela readaptação do indivíduo ao lar (onde ele terá um papel diferente), pelo resgate do sentido da vida (para que esse paciente perceba o seu valor incondicional e o quanto de valor sua vida pode ter) e pela interação com os familiares, pois, se o paciente obtiver bem-estar físico, psíquico, social e espiritual, terá sua qualidade de vida elevada.

■ POPULAÇÃO-ALVO

O atendimento domiciliar destina-se a pacientes, familiares e cuidadores da São Paulo Internações Domiciliares. O presente trabalho baseia-se nos casos em que a presença da dor psíquica pelas perdas seqüenciais decorrentes do adoecimento interfere na qualidade de vida, conforto, formação de vínculo positivo com equipe e adesão ao tratamento.

A demanda apresentada pelos pacientes e familiares de sintomas físicos geradores de sofrimento, por vezes, tem soberanamente a presença escamoteada da dor psíquica. Isso, a medicação, a procura por intervenções clínicas ou até procura por hospitalização não consegue sanar. A avaliação criteriosa das diferentes dores que se misturam no contexto de dor total e o tratamento da dor psíquica é foco central.

■ IMPACTO DA ATIVIDADE/ SERVIÇO JUNTO À POPULAÇÃO ALVO

Com a perda da saúde e impedido de realizar tarefas e desempenhar papéis anteriormente significativos, é comum que o paciente se resigne, abra mão da autonomia e de tentativas de reabilitação, mesmo que parcial, de sua dependência. A tristeza, a perda

do sentido da vida e o temor de ser um fardo aos familiares o paralisam. Muitos reagem sob a forma do isolamento, da recusa em contatar ou responder aos procedimentos necessários, da hostilidade e negação da realidade.

O suporte da equipe de home care começa no preparo para recepção do paciente de volta ao lar e no acompanhamento de todos os passos seguintes para que a família e paciente sintam-se amparados tecnicamente.

A maneira com que as famílias estão estruturadas atualmente, onde mulheres e jovens também trabalham em tempo integral, faz com que o adoecimento de um membro que demande cuidados integrais implique em uma reestruturação brutal da organização familiar. Por isso, a equipe de home care é fundamental como aliada na assistência ao enfermo.

A sociedade atual não está preparada para doenças e doentes. O mercado capitalista exige pessoas produtivas - os improdutivos devem ficar reclusos ao lar ou em hospitais. O modelo de assistência integral em saúde, a medicina humanizada e os serviços de home care se fortalecem para quebrar essa crença errônea e esse tabu. É possível, sim, manter o doente no lar e integrado socialmente, com qualidade de vida e conforto.

A assistência psicológica, nesse processo, é de extrema valia, especialmente no tratamento de uma dor tão angustiante - e por vezes inominável - que é a dor psíquica. Quando não diagnosticada e tratada, a dor psíquica pode reforçar a impotência de paciente e familiar, propiciando rótulos de “depressivo”, “rebelde” e aumentando o sofrimento de todos.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

O psicólogo, como principal agente facilitador do tratamento da dor psíquica, oferece escuta, suporte psíquico, acolhimento e interpreta o quanto os sintomas emocionais se diluem nos físicos dificultando o processo de enfrentamento da doença e do tratamento. Sem contar que sintomas psíquicos podem levar o paciente a não aderir ao tratamento ou a buscar a ilusão da resolução mágica e rápida dos sintomas através do abuso de medicamentos ou da procura contínua por pronto-atendimento em hospitais.

Facilitando e estreitando vínculo paciente/equipe/família via atendimentos e comunicação aberta com todos os envolvidos, o psicólogo favorece o sentimento de segurança e confiança da família e do paciente em relação à equipe de assistência domiciliar. Com a família e o paciente seguros, podendo ser tratados e compreendidos em suas diferentes dores, a adesão ao tratamento e a procura por hospitalização reduz significativamente, evitando aumento de custos para empresa e operadoras de saúde.

Desde que a Psicologia passou a atuar no home care da São Paulo Internações Domiciliares, pacientes atendidos por esse serviço manifestaram diminuição de sentimentos geradores de sofrimento, redução de hospitalização, redução de queixas ou atitudes hostis de familiares por ansiedade e insegurança. Os pacientes conseguiram

também aumentar a adesão ao tratamento e, com isso, obtiveram melhor qualidade de vida e a organização da rotina doméstica foi instituída.

■ **BIBLIOGRAFIA**

MACIEL, Maria Goretti Sales. **A Dor Crônica no Contexto dos Cuidados Paliativos**. São Paulo, SP. Revista Prática Hospitalar, ano VI, número 35, setembro de 2004

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (org.). **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo, SP. Edunisc: Edições Loyola, 2004

A arteterapia no atendimento domiciliar: um recurso colaborador da melhora na qualidade de vida de pacientes e cuidadores

Debora Genezini Costa

Psicóloga, Especialista em Psicologia Hospitalar, Psico-Oncologista, Psicóloga coordenadora do Serviço de Psicologia do Hospital Premier e da Assistência Domiciliar da São Paulo Internações Domiciliares.

Glória Teixeira Nicolosi

Psicóloga, Especialista em Psicologia Hospitalar, Mestranda em Gerontologia, Psicóloga do Serviço de Psicologia da Assistência Domiciliar da São Paulo Internações Domiciliares.

Marcela Alice Bianco

Psicóloga, Especialista em Atendimento Multiprofissional Geriátrico e Gerontológico, Psicóloga do Serviço de Psicologia da Assistência Domiciliar da São Paulo Internações Domiciliares.

Marcella Machado Matos Brasileiro

Psicóloga, Especialista em Psicologia Hospitalar, Mestranda em Gerontologia, Psicóloga do Hospital Premier e do Serviço de Psicologia da Assistência Domiciliar da São Paulo Internações Domiciliares.

■ INTRODUÇÃO

A utilização de recursos arteterapêuticos nos serviços de atendimento domiciliar tem como objetivo colaborar com a melhora da qualidade de vida de pacientes e cuidadores.

Segundo a Associação Americana de Arteterapia (AATA), o uso da arte como terapia significa que “(...) o processo artístico pode ser um meio não-verbal de reconciliar conflitos emocionais e estimular a autopercepção e o crescimento pessoal”.

Todo ato de criação artística é intuitivo, visto que representa uma tentativa de compreensão acerca da vida. Cada ser busca orientar-se ao dar formas e sentido aos fenômenos de sua existência. A importância do ato criativo está, justamente, na busca de compreensão de si mesmo responsável pela inserção do indivíduo na cultura: “o homem cria não apenas porque quer, ou porque gosta, e sim porque precisa; ele só pode crescer enquanto ser humano, coerentemente, ordenando, dando forma, criando” (Ostrower, 1977, p.10).

Um dos desafios da intervenção da Arteterapia seria permitir ao paciente a exploração e o trabalho de suas dificuldades físicas e emocionais para assumir o lugar de participante ativo no processo de enfrentamento de seu quadro clínico (Obadic, 2005). Através do uso de diferentes atividades expressivas são criadas condições para queixas serem ouvidas, medos e preocupações percebidos e dúvidas surgirem. Pelo

manusear da argila, o devir de uma nova forma. Nas misturas das tintas, as nuances de cores surgidas na aquarela. São muitas as descobertas de quem se percebe ativo no presente, em momentos que tanto tenderia a ser somente paciente.

Pela crença do terapeuta na capacidade do paciente em reinventar seu tempo, vivê-lo no presente com maior qualidade, são descobertas potencialidades, gostos e prazeres. Vislumbra-se a construção de novas possibilidades internas orientadas para o futuro, através da ênfase nas capacidades saudáveis dos pacientes, superando um movimento de “cristalização”, muitas vezes observado no qual o sujeito identifique-se apenas com seu aspecto convalescente e passivo (Ferreira, 2005).

Além disso, a verbalização e expressão das demandas internas dos pacientes por meio do processo criativo facilitam a comunicação entre profissional de saúde e paciente. São criadas condições para a intervenção cuidadosa do profissional de saúde mental, seja trabalhando questões subjetivas ou encaminhando para outros tipos de atendimento oferecidos pela equipe multidisciplinar.

■ CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO/ ATIVIDADE

A São Paulo Internações Domiciliares está atuando há cerca de onze anos no mercado da assistência domiciliar e atualmente configura-se como uma empresa de *home care* que apresenta uma proposta diferenciada pela visão holística que apresenta de seus pacientes, levando em consideração seus aspectos físicos, psíquicos, sociais, funcionais e espirituais.

Para acolher todas as demandas advindas do processo de adoecimento conta com uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e psicólogos. É um serviço privado, no qual a maior parte da população atendida advém da parceria com operadoras de saúde e hospitais. A psicologia é um serviço novo dentro deste contexto.

O atendimento psicológico aos pacientes atendidos pelo serviço de *home care* é realizado com base nos encaminhamentos realizados pela equipe interdisciplinar que, após detecção de possível demanda, encaminha os pacientes para avaliação psicológica. Os encaminhamentos seguem os perfis e critérios relacionados abaixo:

1. Pacientes com doença oncológica em progressão que necessitem de auxílio para aceitação da doença e para enfrentamento e elaboração da não possibilidade de cura e das sequenciais perdas sofridas;
2. Pacientes com patologias crônico-degenerativas (ou apenas crônicas) que vivenciam muitas perdas físicas, sociais, emocionais e funcionais, exigindo reestruturação de papéis familiares e aceitação (elaboração) da doença e tratamento;
3. Familiares e pacientes com uso de mecanismos de defesa psíquicos exacerbados que prejudicam a elaboração da doença, a aderência ao tratamento e relação com equipe como, por exemplo, negação, revolta, depressão, ansiedade;
4. Familiares e cuidadores com nível acentuado de estresse e risco para Síndrome de *Burnout*.

Após o encaminhamento inicial, o contato com os pacientes e seus familiares é realizado via telefone e marcada uma visita, com hora e dia combinados. O atendimento é realizado no domicílio do paciente, com avaliação de aspectos psicossociais subseqüentes ao processo de adoecer do paciente e de seus familiares. O tempo médio de casa visita varia entre uma hora e meia e duas horas, dependendo da demanda de cada família.

Tanto com o paciente como com sua família, a avaliação psicológica visa: a) avaliação da relação estabelecida com a doença, das reações psíquicas e comportamentais diante desta e os recursos de enfrentamento utilizados; b) avaliação do nível de conhecimento e compreensão da doença e tratamento, assim como de sua aderência e da relação com a equipe; c) avaliação do estado emocional geral; d) avaliação da dinâmica familiar; e) coleta da história de vida pessoal e familiar.

Os retornos são discutidos em equipe e visam entrevista devolutiva e, quando necessário, atendimento / acompanhamento psicológico. Quando o caso não exige acompanhamento presencial, entra-se em contato telefônico periódico com os pacientes e familiares.

Após a avaliação e a discussão do caso com a equipe, são realizados os encaminhamentos necessários, como por exemplo, para a terapia ocupacional ou serviço social. A maioria dos pacientes já recebe acompanhamento médico, fisioterápico e fonoaudiológico.

Contudo, pretende-se minimizar o sofrimento do paciente e seus familiares e investir em qualidade de vida, procurando auxiliá-los a lidar com o impacto do diagnóstico; conviver com os sintomas e tratamento; elaborar perdas (luto antecipatório); estimular recursos de enfrentamento (estratégias de *coping*) e favorecer a adaptação a mudanças ocorridas.

■ IMPACTO DA ATIVIDADE/ SERVIÇO

O atendimento destina-se aos pacientes, familiares e cuidadores que utilizam os serviços de *home care* da São Paulo Internações Domiciliares e que têm demandas, de acordo com os critérios já descritos anteriormente. O impacto principal deve-se a uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes e cuidadores que utilizam este serviço.

Qualidade de vida é um conceito complexo e multidimensional alcançado pela avaliação de diferentes critérios da vida de um indivíduo. Incluem-se os aspectos biológico, psicológico e social contextualizados no âmbito das vivências atuais, na dimensão passada e na perspectiva futura do sujeito. Além disso, esse fenômeno é mensurado por parâmetros sociais e individuais inseridos em um determinado contexto histórico (Neri, 2001).

Existem indicativos objetivos e subjetivos para sua mensuração. Entre os primeiros estão, o grau de competência comportamental e as condições ambientais disponíveis para o exercício da autonomia e independência. Entre os subjetivos, a qualidade de vida percebida pelo sujeito e o bem-estar subjetivo.

O uso de recursos de Arteterapia para os pacientes em atendimento domiciliar pode oferecer melhorias tanto nos indicativos objetivos quanto nos subjetivos. Isso porque auxilia no desenvolvimento integral do indivíduo em diversos aspectos, tais como afetivos, motores e expressivos, despertando potenciais por vezes desconhecidos do próprio sujeito. Facilita a auto-expressão do paciente favorecendo na comunicação com o terapeuta e, assim, o próprio processo terapêutico. (Ciornai, 2005).

Terapêutico é participar de uma nova construção onde a vida passa por escolhas, e não por determinações do destino. Terapêutico, pois considera o ser como um todo que respira e se expressa através de gestos e movimentos de seu corpo. É perceber e se olhar, é escutar o coração e manter-se em contato. Contato que vai permitir a qualidade de sua presença no mundo; que vai ampliar a sua ação, tornando-a mais viva. É desta relação que nascerá o novo. Terapêutico, enfim, porque promove a transformação (Fabietti, 2004, p. 20)

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A verbalização das demandas subjetivas através do processo arteterapêutico pode auxiliar na tomada de consciência de potencialidades, recursos internos, auxiliando no processo de enfrentamento da doença;
- O ato de criar apresenta ao paciente a possibilidade de vivenciar o novo, a transformação. Enfatiza os aspectos saudáveis, ativos de sua personalidade.
- A utilização de recursos de Arteterapia propicia melhoria na sensação de bem-estar subjetivo;
- O processo arteterapêutico auxilia na melhoria da qualidade de vida de pacientes e cuidadores.
- Os recursos de Arteterapia facilitam a mediação entre paciente e equipe multidisciplinar.

■ BIBLIOGRAFIA

CIORNAI, Selma. Arteterapia. O resgate da criatividade. In: CARVALHO, M. M. M. J. de. **A Arte Cura?**. Campinas: Livro Pleno, 2005. p. 69-74.

FABIETTI, Deolinda. **Arteterapia e Envelhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 97.

FERREIRA, Mônica Leonardo Salgado. A Arte nos caminhos da vida e da cura. In: CIORNAI, S. (org.). **Percursos em arteterapia**. São Paulo: Summus, 2005. p. 194-2002.

NERI, A. L. Velhice e Qualidade de vida na mulher. In: _____ (org.). **Desenvolvimento e Envelhecimento**. Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas: Papirus, 2001. p.161-200.

OBADIC, Anne Isabelle. Hemodialisart: Arteterapia para pacientes em programa crônico de diálise. In: CIORNAI, S. (org.). **Percursos em arteterapia**. São Paulo: Summus, 2005. p. 185-191.

OSTROWER, Fayga. **Criatividade e Processos Humanos de Criação**. Petrópolis: Vozes, 1977. p. 187.

Telenfermagem como ferramenta para gerenciamento das consultas de enfermagem na assistência domiciliar

Jacqueline Oliveira de Araujo

Graduanda de Enfermagem pela Universidade Paulista (UNIP) e estagiária na São Paulo Internações Domiciliares

Marcio Sampaio Mendes

Bacharel em Enfermagem pela Universidade de São Paulo e Coordenador da São Paulo Internações Domiciliares

■ INTRODUÇÃO

A Telenfermagem começou a ser desenvolvida de forma pioneira na Assistência Domiciliar pela São Paulo Internações Domiciliares no segundo semestre de 2006, a partir do acompanhamento em tempo real das consultas de enfermagem domiciliares.

Através de um computador móvel conectado a um prontuário eletrônico por internet *wireless*, a gerência acompanha o Enfermeiro no desenvolvimento de suas ações no domicílio, interagindo na consulta com o profissional, com a família e com o próprio paciente, além de conseguir se comunicar com todos os demais membros da equipe.

■ APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO/SERVIÇO

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

■ POPULAÇÃO ALVO

Enfermeiros Visitadores da São Paulo Internações Domiciliares.

■ CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO/ATIVIDADE

Foram acompanhadas, em tempo real, sessenta consultas de Enfermagem, de três Enfermeiros, no período de 01/02/2008 a 30/04/2008 - todos pacientes em atendimento pela empresa São Paulo Internações Domiciliares. Nestas consultas, o profissional foi avaliado em três grandes competências (clínica, administrativa e psico-social) pela Gerência de Enfermagem que, a partir de um check-list, acompanhava o desempenho do Enfermeiro em sua consulta.

■ IMPACTO DA ATIVIDADE/SERVIÇO JUNTO À POPULAÇÃO ALVO

Após análise dos dados coletados, pudemos observar uma significativa melhoria na qualidade das Consultas de Enfermagem, aumento na troca de conhecimentos, acessibilidade à chefia para o esclarecimento de dúvidas, humanização da assistência uma vez que o paciente passou a ter acesso (*webcam*) aos demais membros da equipe, segurança do Enfermeiro pela certeza do suporte imediato de sua chefia, cumprimento rigoroso dos planos terapêuticos, troca de conhecimentos, redução de custo com materiais a partir do controle do saldo estimado no domicílio, adequado direcionamento das queixas das famílias, pacientes, cuidadores, entre outras melhorias.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Telenfermagem tem se consolidado como importante – e imprescindível – ferramenta no auxílio da gerência para acompanhamento da qualidade das consultas domiciliares, avaliando e auxiliando o enfermeiro na abordagem clínica, administrativa e psico-social no exato momento de sua consulta.

Assistência domiciliar em terapia ocupacional e redução do índice de internações: um estudo de caso

Camila Ribeiro Rocha

Terapeuta Ocupacional visitadora da São Paulo Internações Domiciliares.

Maria Tereza Salles Furtado

Terapeuta Ocupacional visitadora da São Paulo Internações Domiciliares.

Marilia Bense Othero

Coordenadora do Setor de Terapia Ocupacional da São Paulo Internações Domiciliares.

■ INTRODUÇÃO

Segundo CREUTZBERG (2000), o atual perfil demográfico-epidemiológico aponta uma proporção crescente da população acima de 65 anos e fragilidades decorrentes de doenças crônico-degenerativas. As mudanças na família; a ineficiência e superlotação dos serviços institucionais; a diminuição dos custos do cuidado no domicílio em relação ao atendimento institucional, a busca pela humanização, conforto e segurança da assistência à pessoa e familiares e a inclusão de programas de atendimento domiciliar nas políticas de saúde nos mostram a importância da assistência domiciliar.

Diante das situações de adoecimento, o sujeito se depara com limitações em seu cotidiano; reduzida participação em grupos e pessoas de outras faixas etárias, isolamento progressivo em seus domicílios, diminuição da atividade laboral, restrições em sua autonomia e independência. Para uma assistência domiciliar de qualidade, que atenda às reais demandas e necessidades de seus clientes, é preciso oferecer cuidados integrais, buscando estabelecimentos de vínculos além de um melhor conhecimento sobre a realidade do paciente.

De acordo com CARVALHO (2001), além dos cuidados previstos e definidos nas rotinas usuais de atendimento à camada populacional mais velha, um maior engajamento em afazeres que sinalizam vida com qualidade e efetiva adesão a programas educativos para valorizar sempre mais seus dons e qualidades, promovendo seu crescimento pessoal cultivando sua criatividade e aprimorando sua convivência social, são fundamentais para que se possa oferecer uma assistência de qualidade com baixo custo.

Assim, a intervenção em Terapia Ocupacional passa a ser fundamental, pois irá contribuir para melhoria da qualidade de vida do paciente, ou seja, para a continuidade da vida ocupacional significativa do doente e de sua família.

Visando oferecer uma assistência de qualidade para seus clientes e familiares, a São Paulo Internações Domiciliares conta, desde maio de 2007, com o serviço de Terapia

Ocupacional, implantado em conjunto com os serviços de Psicologia e Assistência Social, formando a equipe de Saúde Mental. Neste serviço, a atuação de Terapia Ocupacional se baseia no resgate da independência e autonomia de sujeitos acometidos por processos de adoecimento. Utilizando diferentes estratégias e abordagens (como prevenção de incapacidades, prescrição de dispositivos de tecnologia assistiva, treino de atividades de vida diária, atividades diversas, orientação e suporte a familiares e cuidadores, etc.), a intervenção em Terapia Ocupacional busca resgatar a existência de atividades significativas no cotidiano dos pacientes.

■ POPULAÇÃO ALVO

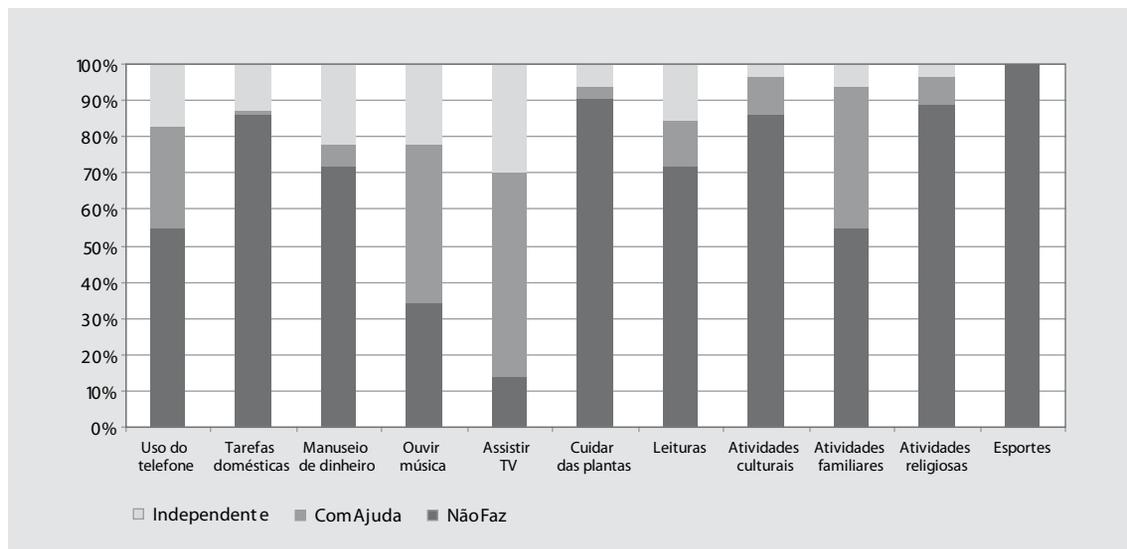
Segundo levantamento de dados do setor de Terapia Ocupacional (OTHERO, 2008), no período de maio de 2007 a maio de 2008, foram avaliados 68 pacientes na faixa etária entre 76 e 90 anos, havendo predomínio do sexo feminino - aproximadamente 58% da população atendida.

Como diagnóstico principal, 30,76% desses pacientes apresentam “Seqüelas de Acidente Vascular Cerebral”. Também estão presentes Insuficiência Respiratória, Artrite Reumatóide, Síndromes infantis, Esclerose Lateral Amiotrófica, Insuficiência Cardíaca Crônica, Infecções e Quadros Depressivos.

Em relação ao perfil ocupacional, observa-se o predomínio de condições de semi-dependência e dependência para realização de atividades básicas de vida diária, além de déficits importantes na locomoção.

Com relação às atividades instrumentais de vida diária, existe uma situação de empobrecimento do cotidiano, onde as principais atividades são apenas assistir televisão e ouvir música, como mostra o gráfico abaixo.

Assim, podemos notar que a vida doméstica desses pacientes encontra-se esvaizada de atividades significativas. Com o cotidiano empobrecido e as relações



familiares organizadas em torno da doença, as relações pessoais tornam - se limitadas, há uma diminuição de auto-estima, desvalorização dos pacientes enquanto sujeitos, situações de ansiedade e apatia, contribuindo para o aumento do número de internações.

■ ATENDIMENTO EM TERAPIA OCUPACIONAL: RELATO DE CASO

Segundo CARLETTI (2005), no processo de envelhecimento, os sujeitos se deparam com perdas progressivas, ficando mais suscetíveis a doenças crônico-degenerativas, que podem levar a situações de incapacidade e progressiva perda de autonomia. A proximidade da morte, as perdas afetivas, do poder aquisitivo, do status social e, na maioria das vezes, da produtividade, interferem de forma crucial no processo de adaptação a essa nova condição. Assim, para que esse processo ocorra de forma menos dolorosa, é fundamental que se respeite a experiência de vida do idoso, permitindo a expressão de suas potencialidades, ou seja, possibilitando a esse idoso o exercício de sua cidadania.

O presente trabalho busca ilustrar como a intervenção em Terapia Ocupacional pôde contribuir para a diminuição do número de reinternações. Trata-se de um estudo de caso de C.M.C., 70 anos, com diagnóstico principal de insuficiência cardíaca congestiva (ICC).

C.M.C. iniciou o acompanhamento em Home Care em 23 de dezembro de 2007. Porém, o acompanhamento em Terapia Ocupacional teve início em 11 de dezembro de 2007. É separada, tem cinco filhas - todas casadas e com vida independente. É aposentada, tendo trabalhado na área gráfica.

A paciente chegou para o serviço de Home Care com histórico de várias internações, cerca de sete por ano, há mais de cinco anos, que começaram quando a paciente perdeu seu papel produtivo: foi afastada do emprego, em auxílio-doença, e nunca mais conseguiu retornar ao mercado de trabalho. Além disso, o fato da desapropriação de sua casa contribuiu para a piora de suas condições de saúde.

As queixas trazidas pela paciente eram dor na coluna lombar (de acordo com a escala analógica, dor grau 10); também relatou dispnéia como um sintoma importante - segundo ela, o principal motivo de suas internações. É diabética, hipertensa, possui problemas renais e oftalmológicos. Em avaliação, foi observado que a paciente apresenta comprometimento funcional em sua circulação em ambientes externos (necessita de bengala como dispositivo de apoio e já sofreu algumas quedas). É responsável pela administração de seus medicamentos, apresentando irregularidades em seu uso. Eram visíveis sua apatia e desinteresse crescentes, referindo sempre muita tristeza e sentimentos de incapacidade. Discurso coerente, com orientação temporo-espacial preservada. Seu cotidiano estava restrito ao ambiente doméstico, no qual se ocupa das tarefas de autocuidado e cuidados com a casa.

Aplicada a MIF (Medida de Independência Funcional) – instrumento validado internacionalmente para avaliação da capacidade de independência do indivíduo nas áreas de autocuidado, controle de esfíncteres, mobilidade, locomoção, comunicação

e cognição social - o score da paciente foi de 113 (em um score máximo de 126, para total independência).

A partir da avaliação e das queixas da paciente, foi iniciado acompanhamento quinzenal em Terapia Ocupacional com o objetivo primário de enriquecer e organizar seu cotidiano, trazendo novas atividades para o aumento da auto-estima e percepção de suas potencialidades. O objetivo secundário era o de contribuir para sua adesão aos tratamentos e evitar suas freqüentes reinternações.

Durante os atendimentos, a atividade de pintura (em tecido e em tela) foi a escolha da paciente. A partir dos atendimentos, foi construído um vínculo inicial com a terapeuta e observou-se que a paciente conseguiu se valorizar e perceber suas capacidades. No processo terapêutico, foram trabalhadas questões como relacionamento familiar, principalmente com suas filhas e seu neto. Era bastante difícil para a paciente o fato de suas filhas não estarem presentes em seu cotidiano. Além disso, sua relação com o neto não era saudável, com brigas e desentendimentos constantes. Foi possível avaliar que as relações pessoais se constituíram em um entrave para sua saúde emocional. Em muitos momentos, a não adesão ao tratamento e as conseqüentes reinternações passaram a ser uma estratégia da paciente para manter as pessoas ao seu redor.

Durante os atendimentos foi possível trabalhar estas questões e C.M.C. conseguiu participar, de forma bastante positiva, de uma reunião familiar. Este momento foi fundamental, pois a paciente pode perceber o quanto é querida e valorizada por seus familiares. Tal situação auxiliou C.M.C. no enfrentamento de sua relação com as filhas e o neto. Além disso, ela começou a fazer planos futuros de iniciar novas atividades, trazendo para seu cotidiano novos interesses e outras formas de relação, saindo do foco do adoecimento e evitando, assim, as freqüentes internações.

É importante ressaltar que a vida doméstica e familiar comporta projetos, realizações, sentidos, bem-estar e não apenas rotina, monotonia e isolamento. Segundo SIEGMAN (2002), é fundamental que se construam possibilidades dos sujeitos exercitarem-se enquanto tal, ao tempo em que realizam, de fato, trocas sociais. Possibilitar enfrentamento de problemas, buscando novas formas de conhecimento, de relacionamento e de ação sobre o mundo se constituiu a base dessa intervenção.

■ RESULTADOS OBSERVADOS DIANTE DA INTERVENÇÃO DE TERAPIA OCUPACIONAL

A paciente foi acompanhada pelo setor de Terapia Ocupacional por cinco meses. Nesse período, pudemos observar sensível melhora de seu estado emocional geral, aumento de auto-estima e percepção de suas potencialidades. A paciente não referiu os sintomas de dor na coluna lombar, dispinéia e tontura. É fundamental ressaltar que devido ao acompanhamento em abordagem multiprofissional e interdisciplinar, a paciente passou o período de final de ano na casa das filhas - fator decisivo para não internação nesse período.

Pudemos observar que a paciente possui personalidade rígida, não aceitando

nossas intervenções e orientações quanto ao uso das medicações. Mas, diante do vínculo estabelecido com a equipe, foi possível trabalhar seu processo saúde/doença, proporcionando maior adesão ao tratamento, maior percepção de suas necessidades e do que é importante para manutenção de sua saúde.

O processo terapêutico foi permeado por algumas dificuldades que apareceram desde o início da intervenção como a falta de rede social de suporte adequada e relações familiares são conflituosas. Porém, no decorrer dos atendimentos, essas questões puderam ser trabalhadas de forma positiva, evitando reinternações.

Em maio de 2008, durante uma visita de Terapia Ocupacional, a paciente relatou tonturas, dispnéia, edema em mãos e pés, dor ao urinar, visão turva, dor de cabeça em região frontal e queda da glicemia, principalmente à noite. Diante do quadro, a equipe foi acionada no mesmo dia e enviou prontamente o atendimento pré-hospitalar (APH). A paciente ficou internada durante 20 dias por um motivo clínico significativo. Assim, é fundamental ressaltar a importância da comunicação entre a equipe multiprofissional e da abordagem interdisciplinar incisiva e assertiva. Diante do quadro encontrado, foi possível prestar a assistência necessária à paciente.

Desde que se afastou do trabalho e iniciou seu processo de reinternações recorrentes, a paciente não havia ficado um período de seis meses sem internação, o que demonstra ainda mais a importância do trabalho realizado. É importante ressaltar que internação referida aconteceu por um motivo significativo.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ação junto aos pacientes no ambiente domiciliar requer que se construam possibilidades dos sujeitos se exercitarem enquanto tal. A vida doméstica e familiar comporta projetos, realizações, sentido, bem-estar, e a atuação em Terapia Ocupacional são fundamentais no resgate das atividades significativas e da autonomia, auxiliando no processo de restabelecimento e melhoria da qualidade de vida.

Diante do caso exposto, percebemos a importância das intervenções de Terapia Ocupacional. A partir dos atendimentos, foi possível observar enriquecimento do cotidiano através da reinserção de atividades significativas, aumento da qualidade das relações familiares, diminuição das situações de apatia e ansiedade. Ou seja, promoveu-se saúde, com um menor foco no adoecimento e maior validação do paciente como um sujeito (com valor, história, desejos), dentro do contexto familiar.

Dessa forma, é importante entender o processo terapêutico como um processo de transformação e crescimento, descolando-se de uma visão puramente biomédica e tecnicista, promovendo em crescimento positivo em direção à integridade pessoal, singularidade e auto-suficiência (CARVALHO, 2001).

Para que seja oferecida uma assistência de qualidade e integral é necessário levar em consideração os aspectos emocionais e ocupacionais dos pacientes. Além, é claro, dos cuidados técnicos, proximidade física, presença solidária, sensibilidade, emoção, criatividade, respeito pelos costumes e culturas, valorização das interações sociais e

de trabalho e atenção nas conversas para não infantilizar as relações, preparo mais cuidadoso para a alta hospitalar, evitando a reinternação (CARVALHO, 2001).

Vemos também que o trabalho em equipe é fundamental, mas ainda é preciso maior divulgação do trabalho em Terapia Ocupacional para a própria equipe e para as operadoras de saúde, demonstrando sua eficácia e abrindo novas possibilidades para melhoria da qualidade de vida da população.

No âmbito privado, é um grande desafio a presença de terapeutas ocupacionais nas equipes, pois ainda não há reconhecimento deste campo de intervenção pelas operadoras de saúde. Vale ressaltar que o atendimento a que nos referimos neste caso resultou em melhoria na qualidade da assistência e contribuiu efetivamente para a redução dos custos tanto da empresa de home-care quanto da operadora de saúde.

Portanto, é imprescindível que esta realidade mude. Os profissionais da área devem sempre divulgar seu trabalho, demonstrando sua importância e eficácia na melhoria da qualidade de vida dos sujeitos atendidos.

■ REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARLETTI, S. M. M.; REJANI, M. I. Atenção Domiciliária ao Paciente Idoso. In: Netto, M. P. *Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

CARVALHO, V.L.; PEREIRA, E.M. Crescendo na diversidade pelo cuidado domiciliar aos idosos – desafios e avanços. *R. Bras. Enferm.*, Brasília, v.54, n.1, p. 7-17, jan./mar. 2001.

CREUTZBERG, M. "... Tratar mais a pessoa idosa, sobretudo a que está acamada": subsídios para o cuidado domiciliar. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, ano 24, v.24, n.4, jul./ago., 2000.

OTHERO, M.B. *Terapia Ocupacional na Assistência Domiciliar. Perfil e resultados. Maio de 2007 a maio de 2008*. São Paulo: Interações Domiciliares, 2008 (mimeo).

SIEGMAN, C.; PINHEIRO, C. A.; CARVALHO, M. A. Terapia Ocupacional e pacientes acamados: ações comunitárias baseadas na identificação de problemas. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.13, n.1, p. 37-43, jan./abr. 2002.

Tecnologia assistiva na assistência domiciliar: relato de experiência com o uso do mouse ocular

Angélica Juns

Estudante de Terapia Ocupacional na Universidade de São Paulo e estagiária no Projeto Mouse Ocular da São Paulo Interações Domiciliares.

Camila Ribeiro Rocha

Terapeuta Ocupacional visitadora da São Paulo Interações Domiciliares.

Maria Tereza Salles Furtado

Terapeuta Ocupacional visitadora da São Paulo Interações Domiciliares.

Marília Bense Othero

Coordenadora do Setor de Terapia Ocupacional da São Paulo Interações Domiciliares.

■ INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, 10% da população mundial apresenta algum tipo de deficiência, sendo que cerca de 1,5% são pessoas que se beneficiariam dos serviços de reabilitação. Porém, estima-se que as instituições e serviços existentes conseguem prover algum tipo de atendimento a apenas 2% deste contingente.

OTERO apud ROCHA (2006) completa ainda que a incidência de pessoas com deficiência seja de três milhões a cada ano, e que um terço destes casos poderiam ter sido evitados com estratégias de promoção e prevenção em saúde. O autor também reitera o mundo contemporâneo como “produtor” de deficiência, com o envelhecimento da população, o aumento das doenças crônico-degenerativas, os acidentes de trânsito, a violência das grandes cidades, entre outros fatores.

No Brasil, o número de pessoas com deficiência é de 24,5 milhões de pessoas, correspondendo a aproximadamente 14,5% da população, segundo o CENSO 2000 do IBGE. Destas, tem-se 48,1% com deficiência visual; 22,9% com deficiência motora; 16,7% com deficiência auditiva; 8,3% com deficiência mental e 4,1% com deficiência física. Para a cidade de São Paulo, segundo informações retiradas do site da prefeitura do município, há uma taxa de 10,32% de pessoas com deficiência (em uma população de cerca de 10 milhões de habitantes).

É possível constatar que esta é uma temática de grande relevância na área da saúde, e também realidade cotidiana dos serviços de assistência domiciliar, que atendem pessoas com deficiências graves, impedidas da circulação no espaço urbano e, portanto, com pouco acesso aos serviços ambulatoriais de atenção à saúde.

Na prática da assistência às pessoas com deficiência, é possível identificar que,

muitas vezes, as principais demandas e necessidades não estão na gravidade orgânica, mas nos processos relacionados à sua autonomia, na relação com sua família, comunidade e o meio social.

O recurso da tecnologia assistiva pode ser uma estratégia que contribua para a autonomia das pessoas que apresentam incapacidades e, portanto, devem ser utilizadas pelos serviços de saúde. Entende-se por tecnologia assistiva qualquer item, peça de equipamento ou sistema de produtos, adquirido comercialmente ou desenvolvido artesanalmente, usado para aumentar, manter ou melhorar habilidades de pessoas com limitações funcionais, sejam físicas ou sensoriais. A tecnologia assistiva engloba diversas áreas: adaptações para acesso ao computador, recursos de comunicação alternativa, equipamentos para auxílio da visão e audição, adaptações ambientais, equipamentos para auxílio na execução de atividades de vida diária, adaptações para jogos e brincadeiras, próteses e órteses funcionais, entre outros.

MONTOYA apud HOGETOP e SANTAROSA (2001) ressalta que, além de servir para compensar incapacidades, as tecnologias assistivas podem contribuir para estender e valorizar o contexto de desenvolvimento e atuação das pessoas com deficiência.

Muitas destas pessoas, atendidas no contexto da atenção domiciliar, possuem incapacidade comunicativa, como por exemplo, crianças com atrasos no desenvolvimento e na linguagem, portadores de síndromes neurológicas complexas, adultos portadores de doenças degenerativas (como Esclerose Lateral Amiotrófica), sendo esta uma área importante de intervenção com parcela de pacientes atendidos. Segundo PELOSI (2007), a comunicação é um fator essencial para a integração do sujeito à sociedade, sendo utilizada na interação com outras pessoas, formando laços sociais que as conectam com suas comunidades e culturas. Com isso, a autora ressalta que para o percentual da população que é incapaz de falar ou cuja fala não preenche as funções comunicativas, é necessária a potencialização dos outros sistemas de comunicação para que haja a interação social através da chamada Comunicação Alternativa e Suplementar.

O objetivo do uso destas tecnologias na assistência domiciliar é prover melhoria das condições de autonomia e independência da pessoa com alguma incapacidade, auxiliando no seu processo de recuperação e manutenção da funcionalidade, bem como na inclusão do sujeito em sua família e comunidade.

■ A INSTITUIÇÃO E O SERVIÇO – INOVAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Com o intuito de oferecer um atendimento diferenciado a seus clientes, com abordagem integral ao cliente e sua família, a São Paulo Internações Domiciliares implantou, em maio de 2007, os serviços de Terapia Ocupacional, Psicologia e Serviço Social, como áreas e disciplinas afins que estão envolvidas na assistência em Saúde Mental.

O setor de Terapia Ocupacional tem como principais objetivos na assistência ao paciente resgatar a autonomia e a independência dos pacientes nas atividades de vida diária (básicas e instrumentais) e de vida prática; ajudar na realização de novas ati-

vidades significativas, a partir da vivência da doença e de acordo com a capacidade funcional, interesses e habilidades; orientar familiares e cuidadores com relação a estímulos adequados, também oferecendo apoio e suporte emocional, quando necessário.

Segundo levantamento de dados do setor de Terapia Ocupacional (OTHERO, 2008), no período de maio de 2007 a maio de 2008 foram avaliados 68 pacientes, faixa etária concentrada entre 76-90 anos, com predomínio do sexo feminino - aproximadamente 58% da população atendida. Como diagnóstico principal, o de maior prevalência entre os pacientes avaliados foi o de “Seqüelas de Acidente Vascular Cerebral” (em um total de 19 pacientes, o que representa 30,76% da população). Nos diagnósticos também estavam presentes Insuficiência Respiratória, Artrite Reumatóide, Síndromes infantis, Esclerose Lateral Amiotrófica, Insuficiência Cardíaca Crônica, Infecções e Quadros Depressivos.

Observou-se que alguns destes pacientes apresentavam situação grave de incapacidade para realização de atividades cotidianas (atividades de vida diária e atividades de vida prática) e, em alguns casos, incapacidade grave para comunicação, pela progressão da doença. Com isso, elaborou-se um projeto de promoção da autonomia, comunicação e interação através de um recurso de tecnologia assistiva, apresentado a seguir.

■ PROJETO MOUSE OCULAR

O Mouse Ocular é um dispositivo de tecnologia assistiva desenvolvido pela Fundação Desembargador Paulo Feitoza, sediada em Manaus (AM), com o objetivo de construir uma tecnologia que possibilite a comunicação dos indivíduos altamente comprometidos funcionalmente visando recuperar a sua capacidade de expressão e interação.

O Mouse Ocular pode ser definido como um transdutor que converte os movimentos dos músculos que estão ao redor do globo ocular em sinais elétricos que podem comandar o funcionamento de equipamentos eletro-eletrônicos e/ou diversos softwares através do controle do cursor do mouse na tela de um microcomputador. Após a sua captura por eletrodos de ECG colocados na face do usuário, os sinais elétricos analógicos são digitalizados, processados e comandam os movimentos e o clique do cursor na tela de um microcomputador. Deste modo, utilizando o Mouse Ocular, o usuário pode com apenas um deslocamento dos olhos para a esquerda, direita, acima ou abaixo, movimentar um cursor na tela do microcomputador. Ao atingir a posição desejada, o usuário pode efetuar com apenas um piscar de olhos, a seleção de uma letra ou palavra (www.fpf.br). Juntamente com o mouse, há um manual de instruções que ajuda o usuário a utilizar a ferramenta e a resolver problemas durante o uso.

Na São Paulo Internações Domiciliares, desenvolveu-se um projeto interno de utilização do mouse ocular para aplicação em pacientes com alto grau de incapacidade de se comunicar. O processo foi dividido em quatro etapas:

- 1ª - Teste do dispositivo em pessoas sem déficits motores ou cognitivos;
- 2ª - Elaboração de exercícios facilitadores para treino do mouse;
- 3ª - Teste dos exercícios elaborados;
- 4ª - Uso do dispositivo com pacientes.

Na 1ª etapa, pessoas sem déficits motores ou cognitivos utilizaram o aparelho, avaliando-se o tempo de adaptação necessário, o manuseio do mouse e as possíveis necessidades do usuário. Foram feitos testes com 10 pessoas, com idade média de 30 anos, que responderam a um questionário sobre o uso do aparelho, suas considerações quanto à performance e dificuldades encontradas. Foi possível observar que o uso do mouse exigiu grau importante de esforço e concentração. Além disso, a posição dos eletrodos deveria ser adequada de pessoa a pessoa. Verificou-se que o tempo de movimentação do olho influenciava no correto uso do aparelho, assim como a posição do usuário com relação ao monitor do computador. O software apresentou alguma instabilidade, sendo influenciado pela capacidade do computador e dos programas co-existentes.

Tais considerações foram fundamentais para a correta orientação e treino do uso do mouse ocular com os pacientes, dado o alto grau de incapacidade que apresentam. Com isso, na 2ª etapa foram desenvolvidos exercícios para que o paciente pudesse treinar o uso do aparelho, além de um manual de orientações (para que o terapeuta tivesse possibilidade de indicar a melhor forma possível de como utilizar o mouse). Esses exercícios foram testados em uma 3ª etapa, novamente com pessoas sem déficits cognitivos ou motores. Foi relatada maior facilidade no manejo e na adaptação do aparelho, indicando ser importante utilizá-los nos primeiros treinos com o paciente.

Por fim, iniciou-se o uso do aparelho com pacientes. A indicação de uso do mouse ocular foi feita pela terapeuta ocupacional a partir das dificuldades de comunicação do paciente, sua capacidade funcional e seu desejo de testar o aparelho como via alternativa de comunicação e expressão.

■ A APLICAÇÃO DO DISPOSITIVO COM PACIENTES

É importante ressaltar que muitos pacientes em assistência domiciliar têm necessidade de dispositivos de comunicação alternativa, como pranchas de letras e palavras e adaptações para o uso do computador. A escolha do mouse ocular é feita pela real necessidade do paciente – aquele que, pelas suas limitações motoras, não consegue utilizar nenhum outro recurso e tem somente nos olhos a possibilidade de movimentação. No serviço apresentado, dois pacientes estão em processo de treinamento e uso do dispositivo como parte do acompanhamento em Terapia Ocupacional.

Caso 01 – C.P.F., sexo feminino, 8 anos.

A paciente é acompanhada pela São Paulo Interações Domiciliares desde maio de 2005. Tem diagnóstico de miopia a esclarecer. É acompanhada pelo setor de Terapia

Ocupacional desde setembro de 2007. É totalmente dependente para atividades de vida diária. Tem movimentação ativa somente nos olhos e polegar (de força muito diminuída). Não possui déficits cognitivos importantes; consegue compreender o que passa à sua volta e comunica-se com o olhar.

Nos primeiros atendimentos, foi trabalhada motricidade de membros superiores e confeccionada adaptação para que a criança pudesse segurar lápis e outros objetos; porém, houve necessidade de o terapeuta (ou outra pessoa) segurar e apoiar o seu braço, conduzindo o movimento. Também foi trabalhada estimulação cognitiva, através de brincadeiras e orientação à família e à equipe de enfermagem, bem como sua autonomia no cotidiano. Foi notável aumento da auto-estima, da autonomia e enriquecimento das atividades cotidianas da paciente.

Em maio de 2008, começou-se a trabalhar com o recurso da comunicação alternativa. A paciente tinha prancha com figuras, confeccionada pela fonoaudióloga, mas pouco fazia uso deste recurso em seu dia-a-dia com a família. A terapeuta ocupacional iniciou o trabalho com o mouse ocular, uma vez que a família e a paciente prontamente se interessaram pelo recurso, como uma possibilidade real de melhoria da comunicação e uso do computador (aumento seus recursos cognitivos e interacionais), facilitada pelo fato da família dispor de computador. Nos atendimentos de julho de 2008 foram feitas orientações quanto ao uso do dispositivo, avaliação das necessidades de adaptações ambientais para uso do computador, orientação familiar e à equipe de enfermagem para continuidade do trabalho. O acompanhamento em Terapia Ocupacional continua, com visitas quinzenais. Em agosto, inicia-se o treino do dispositivo, possibilitando a comunicação da paciente e o uso do computador.

Caso 02 – C.G., sexo feminino, 41 anos.

A paciente é acompanhada desde abril de 2006. Tem diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica e está em acompanhamento em Terapia Ocupacional desde julho de 2007. Tetraplégica, com fraqueza muscular generalizada, é dependente para todas as atividades de vida diária. Tem importante comprometimento na comunicação, sem alterações cognitivas.

No início do acompanhamento em Terapia Ocupacional, a paciente ainda fazia uso de computador, com auxílio de familiares e/ou profissionais, que digitavam os conteúdos que a paciente explicitava. Foram indicadas algumas adaptações para digitação; porém, com a progressão da doença e contribuições do quadro emocional (apatia, tristeza, desinteresse), a paciente parou de utilizar o computador. A inteligibilidade de fala também foi bastante comprometida e, com isso, a terapeuta ocupacional confeccionou com a paciente uma carta de apresentação, para que todos os profissionais que freqüentassem sua casa soubessem seus gostos, sua história. Também trabalhou com comunicação alternativa através de prancha com palavras.

Com a disponibilidade do recurso do mouse ocular, foi oferecido à paciente, que se interessou prontamente pelo seu uso. Ela está nos momentos iniciais do uso e adaptação ao recurso, sendo orientada quanto ao seu funcionamento, possibilidades

e dificuldades, bem como avaliando as adaptações necessárias a serem feitas. Na próxima etapa, a paciente irá iniciar o uso do mouse ocular.

É importante ressaltar que a paciente era muito ativa e gostava de usar o computador, mantendo contato com amigos e outros pacientes através da internet - algo que será fundamental para ela resgatar, trazendo a possibilidade de maior autonomia, interação e contato com outras pessoas.

Nos dois casos relatados, o uso do mouse ocular abre possibilidades de maior comunicação e expressão da pessoa com deficiência, possibilitando a interação do paciente com sua família e sua rede social, contribuindo para o enriquecimento de sua vida cotidiana e para a ampliação de sua autonomia e participação social.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os serviços de assistência domiciliar atendem a muitas pessoas com deficiências e precisam se organizar para responder além das necessidades físicas e biológicas. É preciso outros cuidados que proporcionem maior engajamento em atividades e afazeres que sinalizam vida com qualidade e efetiva adesão a programas educativos, para valorizar suas potencialidades, promovendo crescimento pessoal, convivência social e melhoras efetivas na qualidade de vida do paciente e de sua família (CARVALHO e PEREIRA, 2001).

Neste contexto, a Terapia Ocupacional - como campo de conhecimento e intervenção que reúne tecnologias orientadas para a autonomia das pessoas que apresentem limitações funcionais e dificuldades na participação social - é de fundamental importância nos programas de assistência domiciliar. Como parte dos recursos deste campo, está a tecnologia assistiva, que possibilita ao profissional ajudar na construção de maior autonomia e funcionalidade no cotidiano do paciente.

Os recursos de tecnologia com o mouse ocular possibilitam apoio ao desenvolvimento cognitivo, sensorial e expressivo, facilitam a interação e participação familiar, permitem acesso e autonomia das pessoas com deficiência e incapacidades (HOGETOP e SANTAROSA, 2001).

“O contato e uso das ferramentas informáticas para algumas pessoas pode ser opcional e casual, para outras, necessária, mas para outras ainda, é imprescindível, abrindo-lhes portas, ou talvez apenas janelas, para um convívio mais respeitoso e satisfatório com seus semelhantes”
(HOGETOP e SANTAROSA, 2001, p.17).

A assistência psicossocial em reabilitação possibilita uma melhoria importante na qualidade da assistência, sem representar custos excessivos e evitando custos desnecessários, além de prevenir complicações clínicas. Com a assistência desenvolvida pela equipe de Saúde Mental da São Paulo Internações Domiciliares, a satisfação do cliente aumentou e as queixas e reclamações diminuíram. Além disso, a melhora emocional geral do paciente e a presença de outros estímulos e atividades em seu

cotidiano influenciaram em seu estado clínico, com aumento da capacidade funcional e de seu desempenho cotidiano, podendo ser evitadas internações recorrentes.

Os dois casos relatados demonstram a necessidade de estratégias inovadoras na assistência domiciliar, que de fato contribuam para a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos atendidos, em uma boa relação custo-benefício.

■ REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARVALHO, V.L.; PEREIRA, E.M. Crescendo na diversidade pelo cuidado domiciliar aos idosos – desafios e avanços. *R. Bras. Enferm.*, Brasília, v.54, n.1, p.7-17, jan./mar. 2001.

HOGETOP, L.; SANTAROSA, L.M.C. *Tecnologias Assistivas/Adaptativas: viabilizando a acessibilidade no potencial individual*. Porto Alegre: UFRGS, PROINESP, SEESP, MEC, 2001. < <http://www.nied.unicamp.br/~proinesp/>>

PELOSI, M.B. Comunicação Alternativa e Suplementar. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia Ocupacional. Fundamentação e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

OTHERO, M.B. *Terapia Ocupacional na Assistência Domiciliar. Perfil e resultados. Maio de 2007 a maio de 2008*. São Paulo Internações Domiciliares, 2008 (mimeo).

ROCHA, E.F. Deficiência e reabilitação: questões históricas e epistemológicas. In: ROCHA, E.F. (org) *Reabilitação de Pessoas com Deficiência. A Intervenção em Discussão*. São Paulo: Roca, 2006.

Terapia ocupacional no atendimento domiciliar em pacientes com seqüelas neurológicas de acidente vascular encefálico.

Camila Ribeiro Rocha

Terapeuta Ocupacional visitadora da São Paulo Internações Domiciliares

Maria Tereza Salles Furtado

Terapeuta Ocupacional visitadora da São Paulo Internações Domiciliares

Marilia Bense Othero

Coordenadora do Setor de Terapia Ocupacional da São Paulo Internações Domiciliares

■ INTRODUÇÃO

O cuidado domiciliar, segundo LACERDA apud CREUTZBERG (2000), é compreendido como uma atividade de acompanhamento a pessoas no tratamento, na recuperação e na reabilitação, respondendo às necessidades individuais e familiares, providenciando adaptações da estrutura física e auxiliando na adaptação da família à situação de cuidado, no contexto domiciliar. Deve contemplar as dimensões biológica, psicoespiritual e socio-cultural, bem como integrar o sistema de cuidado profissional de saúde com o sistema de cuidado popular exercido pelo grupo familiar ou rede de apoio social.

A autora ressalta que a atenção integral ao paciente e sua família só ocorrerá por meio de uma atuação em equipe multiprofissional, tendo o terapeuta ocupacional papel destacado na adaptação do ambiente, na utilização da tecnologia assistiva e na integração do idoso às rotinas familiares. O atendimento domiciliar proporciona ao terapeuta ocupacional um maior contato com a família do idoso, facilitando a aproximação da terapia com a realidade do paciente e colaborando na promoção e manutenção de laços afetivos entre idosos e familiares, garantindo o apoio destes e proporcionando esclarecimentos acerca das maneiras de lidar com os idosos com limitações. Ou seja, uma ação educativa com a família.

Uma das patologias mais prevalentes na assistência domiciliar é o Acidente Vascular Encefálico (AVE), que pode ser descrito como *“déficit neurológico de início súbito causado por distúrbio vascular que acarreta a interrupção do fluxo sanguíneo para uma área específica, resultando em lesão cerebral e conseqüente comprometimento motor, sensorial, da cognição, da linguagem e da percepção visual”* (p.188). O AVE pode ser isquêmico – interrupção de fluxo sanguíneo devido obstrução de vaso – ou hemorrágico – decorrente de ruptura da parede vascular (FARIA, 2007).

Segundo a autora, a incidência anual da doença é de 1,8 a 2 casos para cada mil habitantes, e os dados estatísticos brasileiros indicam a incidência de aproxi-

madamente 200 mil casos a cada ano. Ressalta-se a relevância epidemiológica e a importância de sistematizar as formas de tratamento e intervenção.

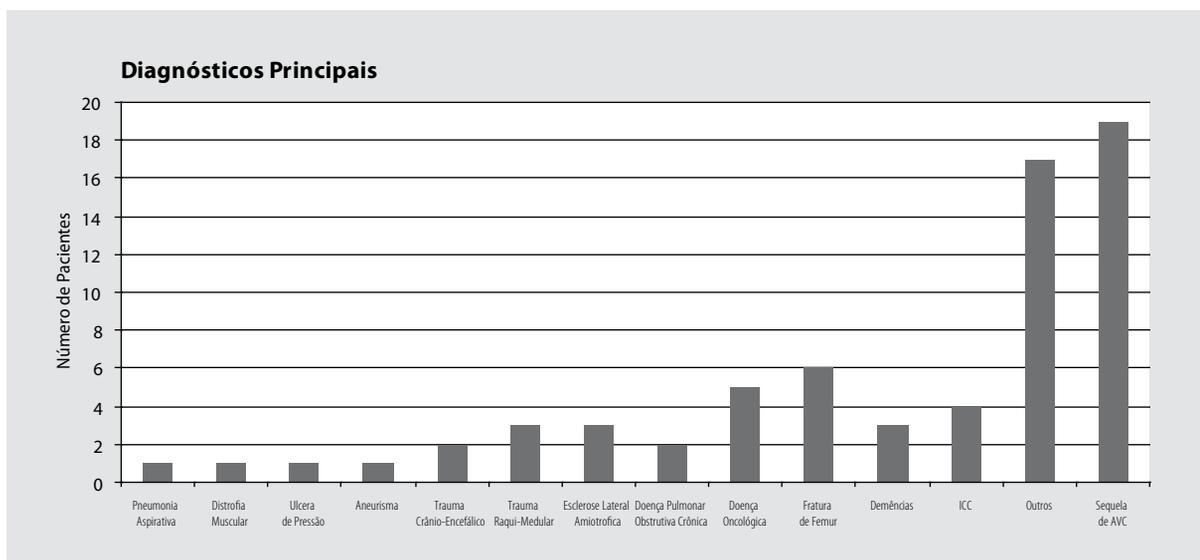
Nos pacientes com seqüelas neurológicas as ações na assistência domiciliar são ainda mais complexas, pois a família deve estar esclarecida sobre a patologia e sobre como deve agir e tratar as barreiras e dificuldades, em conjunto com a equipe de reabilitação e médica. O acompanhamento em Terapia Ocupacional deve ser iniciado o mais precoce possível, com o objetivo de maximizar a desempenho ocupacional do paciente e resgatar sua independência e autonomia nas atividades de vida diária, de vida prática, de lazer e de trabalho, quando possível.

■ Atendimento em Terapia Ocupacional ao portador de seqüela de AVE

Em maio de 2007 foi implantado o setor de Terapia Ocupacional na São Paulo Interações Domiciliares com o objetivo de oferecer assistência integral ao paciente e à família, contemplando cuidados que vão além das necessidades biomédicas do paciente.

Desde o início, observou-se que a principal demanda atendida pelo setor eram os pacientes portadores de seqüelas de AVE. Levantamento conduzido por OTHERO (2008) registra que 30,76% dos 68 pacientes avaliados pelos terapeutas ocupacionais entre os meses de maio de 2007 e maio de 2008 apresentaram seqüelas de AVE. Trata-se de diagnóstico de mais prevalência, como demonstra o gráfico 1.

No serviço de assistência domiciliar aqui apresentado, os objetivos da intervenção terapêutica ocupacional com o paciente portador de seqüela de AVC são conscientização e orientação familiar quanto às necessidades do paciente; adaptação física, psico-emocional e social do idoso ao seu meio e em relação à sua atual condição; valorização dos aspectos culturais (hábitos e tradições), na busca de soluções de pro-



blemas; organização da rotina, busca de novos interesses e potenciais e proporcionar subsídios para que o idoso possa prover seu autocuidado.

A partir da avaliação do paciente e de seu contexto familiar, e de um acompanhamento regular com aproximadamente dois retornos mensais, as principais estratégias de atuação junto ao paciente portador de seqüela de AVE serão:

- Prevenção e correção de deformidades;
- Estímulo à melhoria da função sensitivo-motora;
- Treino para ganho da função física no hemicorpo afetado, ao máximo grau;
- Exercícios e atividades para melhoria da destreza e habilidade no hemicorpo são;
- Treino e orientação para melhoria da capacidade funcional nas atividades pessoais e da vida diária, utilizando, se necessário, adaptações que permitam independência;
- Estimulação da capacidade para o pensamento organizador e abstrato;
- Estimulação da capacidade para as tarefas domésticas com ou sem uso de adaptações visando uma progressiva independência;
- Estimulação das funções cognitivas afetadas;
- Orientação e construção de adaptações para melhoria da função da comunicação diante de uma possível afasia;
- Desenvolvimento de atividades artesanais, lúdicas e expressivas permitindo uma nova situação nas habilidades;
- Desenvolvimento de aptidões vocacionais e/ou profissionais através da simulação do trabalho;
- Auxílio no planejamento das atividades domésticas e comunitárias;
- Auxílio na adaptação psico-emocional frente às limitações.

■ RESULTADOS DA ATUAÇÃO

Com a atuação do setor de Terapia Ocupacional junto ao paciente portador de seqüela de AVE, foi possível observar diversos resultados positivos. As intervenções em Terapia Ocupacional possibilitaram melhoria da qualidade de vida dos pacientes atendidos, com ampliação da independência para as atividades de vida diária através da prescrição de tecnologia assistiva, diminuição das situações de apatia, enriquecimento do cotidiano e aumento da circulação social. Observou-se ainda melhoria da condição emocional geral, com diminuição de estados depressivos e ansiedade, resgate de atividades significativas e melhora das funções cognitivas. Promoveu-se saúde, havendo menor foco no adoecimento e maior validação do paciente como um sujeito (com valor, história, desejos), dentro de seu contexto familiar (OTHERO, 2008).

A Terapia Ocupacional tem sido comprovada como tratamento da mais alta eficácia em vários estudos e por diversos autores, que são unânimes em ressaltar não só os benefícios físicos advindos desse tratamento, mas como também os benefícios terapêuticos no caso de problemas sociais e psicológicos. O principal objetivo da Terapia Ocupacional é manter no paciente a vontade de viver, fazendo com que o mundo, para ele, continue povoado de finalidades. Sentindo-se útil e ativo, pois o

tratamento retira o paciente da marginalização, decadência e tédio, certamente terá mais qualidade de vida, mesmo com suas possíveis limitações.

De acordo com relatórios do setor, também é significativa a queda do número de queixas familiares na empresa depois que a equipe de Terapia Ocupacional iniciou suas atividades junto aos pacientes, cuidadores e famílias. A satisfação do cliente aumenta com a existência de serviços diferenciados como estes. Além disso, havendo uma melhora emocional geral do paciente com a presença de outros estímulos e atividades em seu cotidiano, ocorrem influências em seu estado clínico, com melhora da capacidade funcional e de seu desempenho cotidiano. Com isso, também podem ser evitadas internações recorrentes (OTHERO, 2008).

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sob o ponto de vista físico, o importante é o restabelecimento funcional máximo, manutenção das funções corporais, melhoria das funções dos músculos e articulações com o objetivo de conseguir alto grau de independência física, sobretudo em atividades da vida diária.

Porém, as necessidades do paciente e de sua família vão além disso. Em pacientes acamados, por exemplo, é preciso preocupação constante com mudanças de posição na cama, tratamento da pele e exercícios físicos. É preciso também atentar aos aspectos emocionais e sociais, aos aspectos domiciliares, familiares, socioeconômico e às adaptações adequadas para as atividades da vida diária, que devem ser observadas com cautela, visando sempre ao aspecto preventivo de invalidez permanente. Isso porque nem sempre os pacientes com seqüelas neurológicas aceitam sua condição física, sendo necessário um trabalho em equipe multidisciplinar para êxito no tratamento.

A atuação em Terapia Ocupacional, enquanto ajuda na promoção de melhoria da qualidade de vida do paciente, em âmbito integral, também viabiliza uma assistência domiciliar de qualidade porque elimina do tratamento custos desnecessários ao prevenir complicações clínicas e evitar internações recorrentes.

■ REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CREUTZBERG, M. "... Tratar mais a pessoa idosa, sobretudo a que está acamada": subsídios para o cuidado domiciliar. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, ano 24, v.24, n.4, jul./ago., 2000.

FARIA, I. Disfunções Neurológicas. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. *Terapia Ocupacional. Fundamentação e Prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

OTHERO, M.B. *Terapia Ocupacional na Assistência Domiciliar. Perfil e resultados. Maio de 2007 a maio de 2008*. São Paulo Internações Domiciliares, 2008 (mimeo).

Dizer sim à vida, apesar de tudo: um resgate do sentido da vida em idosos do Home Care

Debora Genezini Costa

Psicóloga, Especialista em Psicologia Hospitalar, Psico-Oncologista, Psicóloga coordenadora do Serviço de Psicologia do Hospital Premier e da Assistência Domiciliar da São Paulo Internações Domiciliares.

Glória Teixeira Nicolosi

Psicóloga, Especialista em Psicologia Hospitalar, Mestranda em Gerontologia e Psicóloga do Serviço de Psicologia da Assistência Domiciliar da São Paulo Internações Domiciliares.

Marcela Alice Bianco

Psicóloga, Especialista em Atendimento Multiprofissional Geriátrico e Gerontológico e Psicóloga do Serviço de Psicologia da Assistência Domiciliar da São Paulo Internações Domiciliares.

Marcella Machado Matos Brasileiro

Psicóloga, especialista em Psicologia Hospitalar, Mestranda em Gerontologia, Psicóloga do Hospital Premier e do Serviço de Psicologia da Assistência Domiciliar da São Paulo Internações Domiciliares.

■ INTRODUÇÃO

O sentido da vida é a busca primária do homem. O ser humano está sempre buscando um propósito que dê significado à sua vida, uma missão que lhe dê motivos para viver. Mesmo nas mais difíceis situações, ele é capaz de superar todos os condicionamentos e realizar sua missão com dignidade.

A procura pelo sentido da vida se manifesta em direção a algo ou a alguém que está fora da pessoa que o busca. O “eu” torna-se um “ser-no-mundo”, um fenômeno autônomo com sua maneira de existir própria e única, incluindo o sofrimento, a culpa, a morte, o amor, a espiritualidade. Portanto, na busca do sentido da vida, o homem é visto como um ser transcendente, neo dinâmico e inserido num tempo e espaço, capaz de aperfeiçoá-lo num sentido melhor.

Podemos encontrar sentido na vida quando nos confrontamos com uma situação sem esperança, quando enfrentamos uma fatalidade que não pode ser mudada. O que importa, então, é transformar uma tragédia pessoal num triunfo, converter o sofrimento numa conquista humana. A cronicidade da doença e a readaptação do idoso é uma dessas situações. O idoso pode suportar o sofrimento de cabeça erguida, com a possibilidade última e até suprema de encontrar sentido.

Em nossa sociedade, quando idosos necessitam de cuidados, cabe aos seus familiares assumir tal responsabilidade. Trata-se de uma questão cultural. Entretanto,

é comum encontrar famílias que não conseguem enfrentar as muitas e diversas dificuldades relacionadas à complexa tarefa de cuidar de seus enfermos. Então, a comunidade é desafiada a participar do atendimento a essas demandas. A internação hospitalar surge como alternativa para manter esse idoso sob cuidados permanentes, já que a família teme não conseguir dar conta dos cuidados necessários.

O atendimento domiciliar tem como objetivo principal a *desospitalização* de pacientes cujo tratamento possa ser feito em domicílio, seja reduzindo seu período de internação e/ou a frequência de novas admissões. Visa também garantir assistência e orientação aos pacientes e familiares, além de proporcionar a personalização e humanização do tratamento. Garante ao idoso ser tratado nas acomodações e no conforto do seu lar, ter maior privacidade, poder usar a sua própria roupa, ter maior controle e segurança física, ter maior dignidade em um ambiente que não alimenta a idéia de enfermidade, estar em um ambiente de maior socialização, poder contar com o apoio, atenção e carinho da família, alimentar-se adequadamente com alimentos preparados em sua casa, sob orientação profissional, recuperar a saúde no menor prazo possível (já foi comprovado que a recuperação, com tratamento na própria casa, é mais eficiente e mais rápida), evitar riscos de infecções cruzadas, receber tratamento e cuidados com qualidade superior à do hospital. Corretamente aplicado, o programa de atendimento domiciliar reduz o tempo de tratamento e as chances de complicações, o que possibilita otimização de recursos e, conseqüentemente, redução de custo em todo o processo.

O paciente do home care luta constantemente para compreender e aceitar a inatividade e a perda do papel dentro da família. A velhice já possui conotação negativa em uma sociedade obcecada pela juventude; as recompensas e satisfações que acompanham o envelhecimento são frequentemente desprezadas; carregar uma doença crônica é sempre uma carga pesada demais para esse indivíduo e a perda da vontade de viver aparece como resposta à falta de espaço nessa sociedade.

Com o avanço da idade, algumas mudanças são inevitáveis. Alguns aspectos psicológicos são característicos de pacientes atendidos em domicílio, tais como medo de não estar no hospital em momentos que necessite de maiores recursos tecnológicos; traços depressivos após o aparecimento abrupto da doença e da mudança de vida; inversão de papéis, onde o habitual provedor da casa torna-se dependente dos filhos; sentimento de culpa por se perceber como um “peso” para os familiares.

Neste caso, a busca do sentido da vida permite que o idoso, através de uma mudança de postura, consiga melhorar sua qualidade de vida e superar os obstáculos que envolvem a doença e os cuidados em casa. Frente a isso, é necessário questionar: Como dizer sim à vida, apesar de tudo? Vamos tentar responder: é importante compreender como a vida pode conservar o seu sentido potencial, apesar de suas tragédias, e de que maneira é possível intervir para se encontrar sentido no sofrimento.

■ CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO/ ATIVIDADE

A São Paulo Internações Domiciliares atua na área de assistência domiciliar e

agrega a participação sistemática de diversos profissionais nos cuidados oferecidos ao paciente em sua casa, seja com objetivo de prevenção de problemas de saúde ou de assistência para doenças já instaladas. Na equipe, o papel do psicólogo é avaliar como o paciente está enfrentando a situação de doença, quais os recursos psíquicos disponíveis, a existência de comprometimentos psíquicos advindos da doença orgânica, o momento de enfrentamento da doença em que se encontra e o prognóstico.

Os profissionais da saúde, em geral, tendem a perceber o paciente e sua família de forma extremamente objetiva, analisando, também assim, a sua relação com eles. O psicólogo que participa de uma equipe que faz atendimento em domicílio pode trazer, para os outros membros que a compõem, a subjetividade do paciente, do seu cuidador e da família. É necessário que o psicólogo mantenha um diálogo constante com outros membros da equipe sobre as implicações orgânicas de cada caso, compreendendo o processo de adoecimento do paciente, do seu quadro clínico.

Após o encaminhamento desses profissionais, o psicólogo entra em contato com o paciente ou familiar para agendar uma visita. O primeiro atendimento funciona como avaliação do estado mental, onde serão avaliadas suas funções psíquicas, cognição, afeto, humor, orientação. A partir da primeira avaliação e de uma supervisão com outros profissionais, se estabelecem as condutas e a frequência do profissional no domicílio do paciente. Os atendimentos posteriores se norteiam pela readaptação do indivíduo ao lar, onde ele terá um papel diferente; pelo resgate do sentido da vida, para que esse paciente perceba o seu valor incondicional e o quanto de valor sua vida pode ter; pela interação com os familiares, pois se o paciente obtiver um bem-estar físico, psíquico, social e espiritual, terá sua qualidade de vida elevada.

■ **POPULAÇÃO-ALVO**

O atendimento domiciliar destina-se aos pacientes, familiares e cuidadores da São Paulo Internações Domiciliares. O presente trabalho se restringiu a investigar o nível de vazio existencial e os recursos em busca de um sentido de vida de pacientes idosos, seus cuidadores e familiares.

■ **CONSIDERAÇÕES SOBRE O IMPACTO DA ATIVIDADE/ SERVIÇO JUNTO À POPULAÇÃO ALVO**

Um dos maiores problemas dos indivíduos na idade avançada é o pensamento da alarmante falta de sentido da vida. Gradualmente, vão tendo a impressão de não serem mais úteis no trabalho, na família e na sociedade. Com uma enfermidade crônica, essa situação fica ainda mais preocupante: o idoso não possui mais a liberdade de sair de casa e frequentar as rodas sociais, o trabalho não pode mais ser exercido e há uma mudança de papéis na dinâmica familiar.

Quando o indivíduo torna-se consciente do declínio contínuo do seu poder físico e mental, começa a temer que, inútil e rejeitado, seja uma carga para os outros. Os pacientes que tiveram uma vida muito ativa, que lutaram por grandes objetivos e idealizaram projetos, sentem verdadeiro terror diante da mudança de papéis que a

doença exige. Muitos, nesse momento, revelam neuroses e outros desequilíbrios psíquicos.

Se tivermos uma razão pra viver, temos uma influência benéfica para a nossa saúde psíquica. Porém, se nos mostramos incapazes de perceber o sentido da vida e experimentamos frustração, solidão interior e vazio existencial, nossa saúde mental está gravemente em perigo. Por isso, é de extrema importância resgatar o sentido de vida em idosos que vivem sob cuidados em domicílio. A busca de um sentido surge como uma solução para trazê-los de volta à vida. Os indivíduos que possuem um motivo pra viver, suportam quaisquer circunstâncias.

■ BIBLIOGRAFIA

FRANKL, Viktor E. **Em Busca de Sentido: Um Psicólogo no Campo de Concentração**. Ed. Vozes: Petrópolis, 1991.

FRANKL, Viktor E. **Logoterapia e Análise Existencial**. Editorial Psy II: Campinas, 1990.

_____. **Um sentido para a vida: Psicoterapia e Humanismo**. Ed. Santuário: Aparecida – SP, 1989.

LUKAS, Elisabeth. **Prevenção Psicológica**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1992.

_____. **Assistência Logoterapêutica**. Ed. Vozes: Petrópolis, 1992.

NERI, Anita Liberalasso. **Psicologia do envelhecimento**. São Paulo: Papirus, 1995.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (org.). **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo, SP. Edunisc: Edições Loyola, 2004

VOLICH, R. Marcelo. **O cuidar e o sonhar. Por uma outra visão da ação terapêutica e do ato educativo**, in Humanização e Cuidados Paliativos. São Paulo, SP. Edunisc: edições Loyola, 2004.

SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos. **Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2003.

A odontologia e o atendimento domiciliar

Victor Rogério

Odontólogo, responsável pelo serviço de Odontologia do Hospital Premier

Tem havido uma forte tendência na área da saúde em realizar pesquisas que buscam a inter-relação entre a saúde bucal e a saúde geral.

Trabalhos recentes têm demonstrado que uma saúde bucal deficiente impacta diretamente nos vasos sanguíneos, nas articulações e em órgãos que, aparentemente, não têm íntimo contato com a boca. Há evidências disponíveis ligando a saúde bucal com a doença cardíaca coronariana, doença arterial periférica, diabetes, sinusite, artrite, gastrite e pneumonia, entre outras.

A atenção e os cuidados com a saúde bucal devem ser ainda maiores em pacientes em cuidados domiciliar: uma vez que o foco principal é a doença base, e como esses pacientes não são capazes de fazer a própria higienização oral, esta acaba sendo delegada a terceiros que nem sempre sabem exatamente o que fazer e qual impacto da saúde oral na saúde sistêmica.

Normalmente, esses pacientes fazem uso de muitas medicações ou estão em condições sistêmicas que causam impacto direto nos tecidos orais. Daí a importância da visão de um especialista para definir qual o melhor método de higienização e quais produtos devem ser usados, caso a caso, para cada paciente.

O objetivo do dentista, dentro da equipe multidisciplinar, é eliminar foco de infecção oral nesses pacientes, melhorar a qualidade de vida e diminuir custos nos tratamentos.

O enfermeiro como agente educacional para redução de glosas e otimização de recursos em assistência domiciliar

Vanessa Maria Ramos Fischer

Enfermeira responsável pelo Setor de Faturamento da São Paulo Internações Domiciliares

■ INTRODUÇÃO

Os elevados e crescentes custos nas organizações de saúde têm afetado tanto os prestadores de serviços de saúde públicos quanto os privados e demandam cada vez mais a adoção de estratégias de controle de gastos para que se garanta a viabilidade da instituição. Vários autores associam esse crescimento exponencial dos custos a fatores como emprego de novas tecnologias, aumento da expectativa de vida da população, crescimento da demanda por atendimento devido à universalização do acesso à saúde, escassez de mão de obra qualificada acarretando baixa produtividade, má gestão das organizações devido à incapacidade administrativa dos profissionais da saúde, a não implantação de sistemas de controle de custos e os desperdícios na cadeia produtiva, entre outros¹.

Tal situação se agrava pela impossibilidade de repasse automático dos aumentos de custos para os preços dada a competitividade do mercado, a pressão da sociedade e dos planos de saúde e a um certo controle do governo.

Os serviços de Assistência Domiciliar, que surgiram como uma alternativa que reduziria os custos com hospitalizações, hoje figuram nessa mesma realidade vivenciada por todo setor saúde. Para estes serviços ainda se faz mais interessante a aquisição de conhecimentos sobre custos e medidas para equilibrá-los com os recursos financeiros; a competência na alocação dos recursos e a otimização de resultados, pois necessitam manter sua característica de desonerar os altos gastos com hospitalizações. Cabe, então, aos gestores dos serviços de saúde, um olhar mais atento aos seus custos e à implementação de sistemas de gerenciamento visando a contenção dos gastos sem comprometimento da qualidade, ou seja, promovendo a melhoria das condições de vida dos pacientes e humanização no atendimento.²

Em 1982, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apontou o enfermeiro como o profissional de saúde com o maior potencial para assegurar uma “assistência rentável”, ou seja, eficaz em função dos custos.^{3, 4, 5} Sobre isso, alguns autores acrescentam

o fato dos enfermeiros poderem ser responsáveis por 40% a 50% dos faturamentos em Hospitais.^{3, 4, 5} Estudos sobre estes índices em Assistência Domiciliar ainda são incipientes, mas uma análise precoce da estruturação administrativa dos serviços também coloca o enfermeiro e a equipe de enfermagem como importantes responsáveis pelo faturamento do serviço.

É sabido que a mão de obra empregada nos serviços de Assistência Domiciliar é majoritariamente representada pelos profissionais de enfermagem, e que os gastos com eles são os mais elevados. Entretanto, tais profissionais estão intimamente ligados ao faturamento do serviço, pois a boa qualidade dos lançamentos dos registros nos prontuários dos pacientes contribui para diminuir as divergências entre as informações contidas nos prontuários e nas contas, diminuindo as glosas, assim como o uso racional dos recursos contribuem para reduzir os gastos do serviço.

O tema do enfermeiro e suas atribuições como agente de mudanças no alcance de resultados positivos, bem como buscando o equilíbrio entre quantidade, qualidade e recursos limitados, por muito tempo foram ignorados, apesar dos enfermeiros efetivamente gerenciarem as unidades assistenciais, através do planejamento, coordenação, supervisão e controle do trabalho.³

Entretanto, diante da realidade vivenciada - custos galopantes na área da Saúde frente a recursos ou orçamentos limitados - o enfermeiro deverá estar apto a atender as demandas das Organizações de Saúde, preocupadas com tal elevação de custos, com a racionalização dos recursos, o controle de desperdícios e a otimização de resultados, assumindo assim um papel efetivo na gestão econômica do serviço.

Pensando nisso, um hospital privado de São Paulo desenvolveu o cargo de Enfermeiro de Faturamento Assistencial para desenvolvimento de atividades junto ao setor de Educação Continuada pautadas na melhoria da qualidade dos registros e lançamentos nos prontuários dos pacientes visando diminuir as divergências entre as informações contidas nos prontuários e nas contas hospitalares. A finalidade é de reduzir glosas - ou seja, o não pagamento das faturas pelas seguradoras - e, com isso, melhorar o faturamento do hospital.⁴

Este artigo visa discutir a aplicabilidade deste cargo e suas ações em Assistência Domiciliar, e estruturar um plano de ação inicial para este profissional visando controle dos custos e, principalmente, prevenção de glosas por parte das empresas. Importante salientar que a grande maioria dos serviços de Assistência Domiciliar atualmente trabalha com sistemas de prontuários eletrônicos de *softwares* desenvolvidos especialmente para o setor. Tanto as informações enviadas às residências dos pacientes, na forma de prontuários físicos, quanto as enviadas às operadoras de saúde, quando no faturamento, são colhidas de tal prontuário eletrônico - o que demanda alimentação constante e adequada pela equipe interna e pelos médicos e enfermeiros visitantes. Os prontuários físicos retirados mensalmente das residências dos pacientes norteiam as ações e condicionam as orientações da equipe para com os profissionais de enfermagem alocados nos domicílios pelas cooperativas de trabalho.

A elaboração deste estudo contou com um levantamento detalhado das principais glosas sofridas por uma empresa privada de Assistência Domiciliar, em 2007 e 2008, bem como identificação e acompanhamento dos processos de trabalho da equipe de enfermagem das diferentes áreas.

Assim, a proposta deste trabalho foi de interligar os dados colhidos e estruturar junto ao setor de Educação Continuada do serviço, o cargo do “Enfermeiro de Faturamento Assistencial”, bem como elaborar suas estratégias de ação junto aos demais membros da equipe de enfermagem no que se refere a anotação e evolução nos prontuários, conscientização da equipe sobre o custo da Assistência, a fim de conseguir o uso adequado de materiais e equipamentos.

■ OBJETIVOS

1. Levantar os principais motivos de glosas ao faturamento do serviço, identificar os nós-críticos dos processos de enfermagem do serviço que culminam nas glosas e aperfeiçoar-los através do uso adequado do software de prontuário eletrônico.
2. Elaborar o projeto de ação do enfermeiro de faturamento assistencial na redução de glosas.

■ METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, documental, realizada numa empresa privada de Assistência Domiciliar situada na cidade de São Paulo. O estudo iniciou-se no setor de faturamento, que recebe os demonstrativos das glosas e os direciona acompanhado da documentação necessária, à enfermeira responsável pela elaboração do recurso. Foram ainda lidos todos os recursos de glosas, bem como as respostas das seguradoras aos mesmos, que justificava a restituição ou manutenção do valor glosado.

Os dados obtidos foram organizados de maneira que demonstrassem os principais motivos de glosas por convênio, e sua frequência. Casos isolados de motivos de glosas de fácil resolução foram repassados ao gestor do setor responsável para providências imediatas, deixando de constituir foco deste estudo.

As glosas reincidentes foram a principal preocupação do trabalho, e foi sobre elas que se traçaram maneiras de re-estruturarmos o fluxo das informações que chegam ao faturamento e que devem coincidir com a cobrança.

Após a identificação destes aspectos, foi traçado um plano de ação envolvendo atividades em todos os setores assistenciais, de forma que o resultado fosse um prontuário contendo as informações condizentes com a fatura de tal paciente.

■ RESULTADOS

No primeiro momento, foram levantados os principais motivos de glosas, e notamos sua procedência quando juntávamos tais informações com as informações contidas nos prontuários enviados junto com as cobranças. Havia problemas como registros incompletos da assistência prestada, procedimentos prescritos sem nenhuma

Quadro 1

Auditoria de prontuários

1. O prontuário está completo, de acordo com as particularidades dos convênios?
2. Corresponde ao período da cobrança, e contém todos os dias da mesma?
3. Prescrições médicas: medicações e dietas checadas ou boladas, carimbo e assinatura do médico?
4. Prescrições de enfermagem: checagens, evolução da enfermeira, descrição dos procedimentos apontando frequência de realização e os materiais usados, carimbo, registro no conselho e assinatura dos enfermeiros, assinatura e registro no conselho dos auxiliares?
5. Fonoaudiologia e Fisioterapia: contagem de sessões, relatórios semanais ou mensais com as datas de realizações das sessões?

anotação sobre o consumo de materiais para sua realização, falta de checagem nas prescrições médicas e de enfermagem, falta de padronização na administração de medicamentos e no consumo de materiais.

Após essas constatações, foi possível traçar ações visando a reorientação da equipe de enfermagem interna, que se liga diretamente com as ações do faturamento, ou seja, os responsáveis pelo levantamento e elaboração do prontuário mensal enviado ao convênio.

Devido a importância do assunto, foram propostas ações imediatas no sentido de rigorosa auditoria dos prontuários antes dos fechamentos das contas; paralelamente, atividades de conscientização e treinamento da equipe.

A literatura nos traz que a auditoria de contas deve estar atenta aos seguintes aspectos: diagnóstico médico, procedimentos realizados, exames e seus laudos, materiais e medicamentos gastos conforme a prescrição médica nos horários corretos, taxas diversas, relatórios da equipe multidisciplinar, entre outros.⁶

No quadro descrevemos mais detalhadamente os dados a serem analisados no caso específico do serviço de Assistência Domiciliar. Esta atividade vem sendo desempenhada por duas enfermeiras, uma ligada ao operacional e outra do faturamento.

O projeto de conscientização e treinamento, apresentado no quadro 2, tem previsão de implantação para o início do segundo semestre. Foi elaborado objetivando mostrar o papel da equipe no faturamento, explicar a importância administrativa e clínica do prontuário completo com informações pertinentes, checagens de prontuário, utilização adequada das ferramentas oferecidas pelo prontuário eletrônico e a necessidade de constatar re-avaliação dos processos.

As ações propostas serão apresentadas inicialmente à gerência de enfermagem, que selecionará os profissionais de sua equipe que serão capacitados para melhorar o fluxo dessas informações, utilizando ao máximo os recursos existentes no prontuário eletrônico dos pacientes.

Quadro 2

Plano educacional

Assunto: Importância da equipe no faturamento

Pontos a serem abordados:

- *Veracidade dos dados e coerência entre as informações contidas nos relatórios dos diversos profissionais*
Prescrição de enfermagem <====> Evolução de enfermagem
Prescrição médica <====> Checagens
Plano terapêutico <====> número de evoluções médicas e de enfermagem e de sessões de fonoaudiologia e fisioterapia.
- *Dimensionamento adequado de materiais*
Descrição detalhada de procedimentos de enfermagem
Importância do enfermeiro visitador na orientação do profissional de enfermagem nas residências e no momento da elaboração da prescrição de enfermagem e dispensação de materiais.
- *Criteriosidade nas prescrições e lançamentos*
Criação e uso de kits de enfermagem
Informações claras- dosagem, frequência, (5 certos da enfermagem)
Participação do enfermeiro visitador

Assunto: Checagens

Pontos a serem abordados:

- *Coincidentes com o plano terapêutico (presença do auxiliar de enfermagem na residência), com o período e com os lançamentos de materiais e medicamentos*

Assunto: Utilização adequada do sistema

Pontos a serem abordados:

- *O fluxo da informação é lógico====> automático*
- *Lançamentos e alterações manuais aumentam a chance de erros*

Assunto: Auto-avaliação e avaliação do processo

Pontos a serem abordados:

- *Comunicação entre a equipe*
- *Aprimoramento contínuo do serviço*

■ CONCLUSÃO

Pudemos observar, com a elaboração deste estudo, que falta consciência de custos aos profissionais envolvidos com a assistência. Tal fato já foi alvo de trabalhos científicos, principalmente envolvendo a formação do Enfermeiro. O Conselho Nacional de Educação, em 2001, ao instituir os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, enumera algumas competências e habilidades deste profissional, dentre elas cita o custo efetividade das ações de enfermagem, indicando a necessidade deste tipo de conhecimento.⁷

A importância documental do prontuário do paciente é outro aspecto que pode, muitas vezes, não estar bem definido para os profissionais. Um bom prontuário reflete e aprimora a boa comunicação entre a equipe.

A análise das glosas permitiu que elaborássemos estratégias para otimização dos registros da enfermagem, mas o processo de redução de glosas perpassa outros setores como o próprio faturamento, farmácia, dentre outros, aos quais caberão intervenções futuras. Os dados levantados pela auditoria devem ser redirecionados e democratizados entre a equipe, sob o risco de, por não gerarem estratégias que efetivem a discussão sobre a qualidade do serviço, não contribuírem para o aprimoramento dos profissionais.

Um ponto importante que deve ser destacado em todos os momentos do treinamento desenvolvido neste trabalho e que sempre deve pautar as ações da equipe de saúde diz respeito à aplicação das estratégias traçadas como fatores que irão elevar a eficiência e a qualidade assistencial, entendida como a adequação operacional às metas e aos objetivos organizacionais.

Vale lembrar que as ações visando redução de custos e aumento de faturamento de nada servem se não vierem acompanhadas e traduzidas em valor para o paciente. Segundo Porter, o serviço que não se reverte em valor para o paciente está fracassado em sua missão fundamental; ainda que seja bem sucedido financeiramente.⁸

Dessa maneira, notamos que a preocupação em relacionar a prática de enfermagem com as mudanças emergentes, traduzida na capacitação de recursos humanos, consiste também na segurança de estar prestando um serviço de custo favorável, atendimento humanizado e buscando excelência na qualidade.

■ REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FRANCISCO, I. M. F., CASTILHO, V. O ensino de custos nas escolas de graduação de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 38, n. 3, p. 317-25, 2004. Disponível em : <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/141.pdf>>. Acesso em: 12 jun 2008.

A IMPORTÂNCIA do Home Care na Saúde Suplementar. Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Casas de Saúde do Município do Rio de Janeiro- SINDHRIO. 2008. Disponível em: < http://www.sindhrio.org.br/index.php?option=com_content&task=view&id=150&Itemid>. Acesso em: 12 jun.2008.

FRANCISCO, I. M. F., CASTILHO, V. Inserção do ensino de custos na disciplina administração aplicada a enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.40, n. 1, p. 13-9, 2006.

KUNTA, R.S.B., CARDOSO, M.L.A.P., LISBOA, M.A.P. Dde L. Dda P., CASTILHO, V. Treinamento com foco no faturamento assistencial: uma inovação no serviço de educação continuada. **O mundo da saúde**, São Paulo, v.30, n. 2, p.250-255, abr./jun.2006.

FRANCISCO, I. M. F., CASTILHO, V. A enfermagem e o gerenciamento de custos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.36, n. 3, p. 240-4, 2002.

KOBUS, L. S. G., Dados essenciais para auditoria de contas médicas: experiência em Curitiba-PR. Disponível em :<<http://telemedicina.unifesp.br/pub/SBIS/CBIS2004/trabalhos/arquivos/638.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2008.

CAMELO, T. V., SILVA JUNIOR, O. C. Tratamento do tema auditoria de enfermagem em -base eletrônica de dados. **Rev. Meio Amb. e Saúde**, Minas Gerais, v. 1, n. 1, p. 7-12, 2006.

PORTER, M. E., TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir custos. Bazan, C. (trad). Porto Alegre: Bookman, 2007.

Profilaxia de infecção cruzada na assistência domiciliar através da lavagem das mãos como estratégia de melhoria da qualidade do serviço e como fator racionador de custos

Samuel Gomes Camizão

Graduando em Enfermagem pelo Centro Universitário São Camilo e estagiário de Enfermagem na São Paulo Internações Domiciliares.

Walkíria Teruel

Graduando em Enfermagem pelo Centro Universitário São Camilo; Auxiliar de Enfermagem concursada do setor de Queimados do Hospital do Servidor Público Estadual e do Centro Obstétrico do Hospital Municipal do Campo Limpo.

Este artigo tem o objetivo de incentivar e sensibilizar profissionais da área da assistência domiciliar quanto à importância da profilaxia de infecção cruzada na assistência domiciliar como uma estratégia de melhoria da qualidade do serviço e também como um fator racionalizador de custos. Foi desenvolvido a partir de estudo exploratório, descritivo, e de revisão da literatura relacionada ao tema.

As manifestações de preocupação com a necessidade de higienização das mãos na assistência à saúde tiveram início no século XI, com *Maimonides* defendendo a lavagem das mãos pelos praticantes da medicina. (VIGARELLO, 1996; HOEFEL, 1989).

Em meados do Século XIX, *Ignaz Philipp Semmelweis* (1847) produziu a primeira evidência científica de que a higienização das mãos poderia evitar a transmissão da febre puerperal. Mesmo com a constatação do valor desta higienização na prevenção da transmissão de doenças, profissionais de saúde continuam ignorando o valor deste gesto e não compreendem os mecanismos básicos da dinâmica de transmissão das doenças infecciosas (SANTOS, 2008).

A lavagem de mãos é, tradicionalmente, o ato mais importante para a prevenção e o controle das infecções em serviços de saúde. Portanto, deve ser um hábito entre estes profissionais e a adesão à sua prática, um desafio para todos (AMARAL, 2001).

Se aplicada corretamente, a técnica de lavagem das mãos removerá os microrganismos adquiridos transitoriamente no contato com pacientes. É uma conduta de baixo custo e de grande eficácia (BRASIL, 1988).

Os CDC (*Centers for Disease Control*) e a APIC (*The Association of Operating Room Nurse*) publicaram importantes diretrizes para a lavagem das mãos. Para que o processo seja efetivo, os profissionais de saúde deverão ser conscientizados, motivados e orientados sobre os métodos, suas indicações, os materiais e equipamentos necessários (AMARAL, 2001). Se esta conscientização for efetiva, haverá melhora na qualidade do serviço prestado e conseqüente redução no custo final do serviço.

Portanto, a Profilaxia de Infecção Cruzada na Assistência Domiciliar, além de ser uma estratégia de melhoria da qualidade do serviço, também é um fator racionalizador de custos já que a diminuição dos índices de infecção traz consigo a diminuição de demandas de antibióticos, horas de enfermagem, hospitalização, entre outras que poderia elevar o custo final do serviço.

Auditoria e qualidade: uma parceria que dá certo

Viviane Cristina Rozelli

Bacharel em Enfermagem, Pós Graduanda em Formação de Docentes para o Ensino Superior pelo Centro Universitário Nove de Julho e Gerente de Enfermagem da São Paulo Internações Domiciliares.

■ INTRODUÇÃO

Auditoria e qualidade são expressões atualmente utilizadas na área de Home Care. Busca-se, hoje, a qualidade do atendimento da assistência domiciliar e é através da auditoria que se chega a esse resultado.

A auditoria tem sido uma ferramenta gerencial utilizada pelos profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, com a finalidade de avaliar a qualidade da assistência de enfermagem e os custos decorrentes da prestação desta atividade. Embora essas duas vertentes de atuação sejam de grande importância, os estudos realizados até então demonstram que o foco da auditoria de enfermagem privilegia a sua dimensão contábil.

Auditoria significa o exame sistemático e independente dos fatos obtidos através da observação, mediação, ensaio, ou outras técnicas apropriadas, de uma atividade, elemento ou sistema, para verificar a adequação e conformidade aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas. A função do moderno auditor é fazer aquilo que a direção gostaria de fazer se tivesse tempo para realizar e soubesse como fazê-lo. O enfermeiro auditor, no exercício de suas funções, deve fazê-lo com clareza, lisura, sempre fundamentado em princípios constitucional, legal, técnico e ético. Deve ter visão holística, como qualidade de gestão, qualidade de assistência e quântico-financeiro-econômica, tendo sempre em vista o bem estar do ser humano enquanto paciente/cliente.

Qualidade, em sua definição primária, é um substantivo feminino que se adiciona a algo ou alguma coisa atribuindo-lhe essa característica. Entretanto, tal característica - qualidade - atribuída por um qualificador que, segundo seus conhecimentos, princípios e critérios, distingue ou não determinados produtos e/ou serviços com esse diferencial.

Auditoria e qualidade são parceiras no atendimento ao paciente/cliente em seu domi-

cílio. Para uma melhor avaliação do atendimento, podem-se aplicar algumas questões a serem respondidas pelos cuidadores ou pacientes, voltadas a materiais, medicamentos, equipamentos, equipe multidisciplinar e atendimento telefônico.

■ OBJETIVOS E METODOLOGIA

O objetivo deste artigo é demonstrar a importância de uma auditoria domiciliar na qualidade do atendimento de Home Care tomando como referência o resultado comparativo de duas avaliações realizadas com um grupo de pacientes atendidos em Home Care em um período de oito meses.

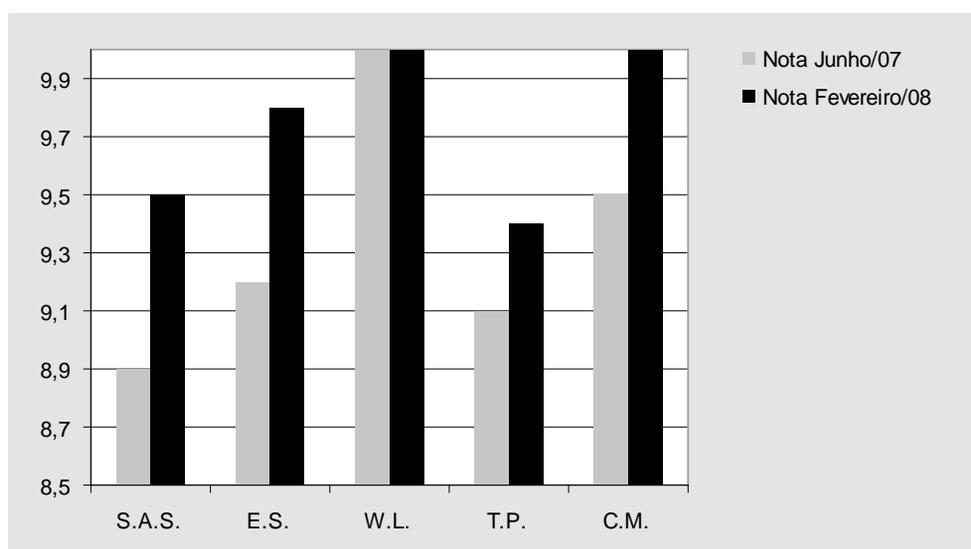
Para avaliar o atendimento de Home Care com relação a materiais e medicamentos, equipamentos, equipe multiprofissional e atendimento telefônico, foi utilizado um questionário de auditoria (gráfico 1). Após a aplicação do questionário, elabo-

Gráfico 1

		FICHA DE AUDITORIA									
Paciente: _____											
Seguradora: _____											
Cuidador: _____											
Prontuário		Enfermeiro	Nota: _____	Médico	Nota: _____	Atend. Telefônico	Nota: _____				
Limpeza		Apresent. Pessoal		Apresent. Pessoal		Agilidade/Espera					
Organização		Postura		Postura		Resolutividade					
Conservação		Conhec. Técnico		Conhec. Técnico		Cordialidade					
Preenchimento		Atenção a Família		Atenção a Família							
		Resposta as solíc.		Resposta as solíc.							
		Responsabilidade		Responsabilidade							
Auxiliar de Enf.	Nota: _____	Fisioterapeuta	Nota: _____	Equipamentos		Mat/Medicamentos					
Apresent. Pessoal		Apresent. Pessoal				Qualidade					
Postura		Postura				Quantidade					
Atenção a família		Conhec. Técnico				Entrega					
Responsabilidade		Atenção a Família									
Conhec. Técnico		Resposta as solíc.									
		Responsabilidade									
Obs: _____											
Sugestão: _____											
Paciente/ Cuidador				Auditor							
Data: ___/___/___				Data: ___/___/___							
<table border="1"> <tr> <td>Legenda:</td> </tr> <tr> <td>R = Ruim</td> </tr> <tr> <td>Re = Regular</td> </tr> <tr> <td>B = Bom</td> </tr> </table>								Legenda:	R = Ruim	Re = Regular	B = Bom
Legenda:											
R = Ruim											
Re = Regular											
B = Bom											

Gráfico 2

Pacientes	Nota Junho/07	Nota Fevereiro/08
S.A.S.	8,9	9,5
E.S.	9,2	9,8
W.L.	10	10
T.P.	9,1	9,4
C.M.	9,5	10

Gráfico 3

rou-se um relatório de auditoria pontuando o atendimento do Home Care em geral. O relatório foi avaliado pela equipe multidisciplinar. As queixas apontadas pelos cuidadores e ou pacientes foram verificadas pontualmente. Após oito meses, uma nova visita de auditoria foi realizada nos mesmos pacientes.

■ RESULTADOS

Foram avaliados os profissionais da equipe multidisciplinar, bem como os itens equipamentos, materiais e medicamentos. A pesquisa demonstrou que, após o período avaliado e as queixas pontualmente solucionadas, a qualidade do atendimento melhorou visivelmente. As notas relacionadas pelos cuidadores apresentaram melhorias (gráficos 2 e 3), uma vez que com a auditoria os problemas são levantados/relacionados antecipadamente. As principais queixas levantadas pela enfermeira auditora estavam relacionadas ao atendimento médico emergencial e a entregas de materiais e medicamentos fora do horário comercial. Após reunião com

a equipe multidisciplinar, algumas correções foram apresentadas como, por exemplo, suporte de emergência avançado (APH) e saídas de material e medicamentos apenas em horário comercial, salvo algumas emergências por solicitações médicas (início de nova antibioticoterapia).

■ CONCLUSÃO

Conclui-se, assim, que a auditoria está voltada para o benefício de todos. Para o cliente, a segurança de ser atendido com qualidade. Para o Home Care, um instrumento de avaliação permanente do serviço prestado.

■ REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARRARA, D. **Auditoria de enfermagem - identificando sua concepção e métodos.** 2007. 127f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), São Paulo, 2007.

SANTOS, N.C.M. **Home Care: a enfermagem no desafio do atendimento domiciliar.** 1.ed. São Paulo: látria, 2005. 1 v.

INSTITUTO DO CORAÇÃO. Auditoria em controle de infecção hospitalar e roteiro de inspeção. Disponível em: <http://64.233.169.104/search?q=cache:5qdO1cP-2akJ:www.abev.com.br/controlodeinfeccao/palestras/14h-dirceucarrara-auditorias.pdf+AUDITORIA+EM+CONTROLE+DE+INFEC%C3%87%C3%83O+HOSPITALAR+E+ROTEIRO+DE+INSPE%C3%87%C3%83O&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=1&gl=br&client=firefox-a>

Implantação do PDCA na visita de enfermagem visando qualidade e redução de custos extras

Taciane Araujo Catib

Enfermeira visitadora da zona sul da São Paulo Internações Domiciliares.

■ INTRODUÇÃO

O processo de globalização vem produzindo, no mundo contemporâneo, inúmeras transformações em diferentes campos e áreas do conhecimento, exigindo tanto das grandes empresas quanto das políticas públicas – citando aqui a área da saúde - uma constante reestruturação. Nesse sentido, os recursos humanos, principal sustentação de uma organização, devem ser capacitados e constantemente aprimorados.

O desenvolvimento das pessoas nas instituições, através do incentivo à educação permanente e ao desenvolvimento de habilidades, deve ser estimulado ao máximo, com ênfase às competências gerenciais, que podem ser consideradas como o agir com responsabilidade para cumprir as funções individuais e em grupo, baseadas no conhecimento, comprometimento, autoridade, liderança e atitude, perante a equipe de trabalho^(1,2).

Isto posto, justifica-se a indagação: Como reduzir custos extras e melhorar a qualidade de atendimento?

Reduzir custos extras introduzindo o gerenciamento do processo significa implementar o gerenciamento via PDCA, neste caso para que as solicitações sejam efetivas e não se tornem rotina - a menos que sejam intercorrências clínicas, como início de ATB ou até mesmo a necessidade de um procedimento mais invasivo.

O ciclo PDCA foi desenvolvido por Walter A. Shewart, na década de 20, mas começou a ser conhecido como ciclo de Deming, em 1950, por ter sido por ele amplamente difundido. Trata-se de um método que visa controlar e atingir resultados eficazes e confiáveis nas atividades de uma organização. Padroniza as informações do controle da qualidade, evita erros lógicos nas análises e torna as informações mais fáceis de serem entendidas. Pode também ser usado para facilitar a transição para o estilo de administração direcionada para melhoria contínua⁵. Este ciclo é composto de quatro fases básicas: Planejar, Executar, Verificar e Atuar corretivamente. Segundo Campos (1992:29), é implementada em seis etapas⁵.

■ OBJETIVOS E METODOLOGIA

Este artigo procura demonstrar que o ciclo PDCA é um método eficiente para reduzir custos extras e melhorar a qualidade de atendimento em home care. Para corroborar esta hipótese, foi produzido um estudo descritivo exploratório, com abordagem quanti - qualitativa, que buscou levantar quais os custos extras e a forma de diminuí-los a partir do ciclo de PDCA, possibilitando melhoras na qualidade de atendimento. Para isto, foi necessário identificar em quais pacientes o custo é aumentado em relação às solicitações de materiais, medicamentos e receitas extras, dados identificados na lista de saídas registradas na empresa.

O ciclo PDCA é uma ferramenta da qualidade que visa uma tomada de decisão para alcançar uma meta desejada.³ De acordo com a literatura, estabelecemos aqui o desenvolvimento do ciclo:

1º passo: Traçar o Plano

- Através da planilha de solicitações extras do mês de junho de 2008, resgatar quais foram os pacientes da zona sul;
- Em visita de enfermagem de rotina, estabelecer um acordo e solicitar que todas as solicitações sejam direcionadas também a este profissional para que se faça um levantamento de todas as necessidades, evitando que o contato com a base seja repetitivo, provocando várias saídas e desgaste para os clientes internos e externos.

2º passo: Executar o Plano

- Aplicar o plano durante a visita com os pacientes que fizeram solicitações extras no mês de junho/2008, explicando a importância do gerenciamento entre a casa e a empresa por intermédio do enfermeiro visitador.

3º passo: Verificar os Resultados

- Verificar se os objetivos foram alcançados para reduzir custos e aprimorar qualidade de atendimento.

4º passo: Atuar corretivamente

- Se o resultado estiver fora do padrão esperado, tomar ações para corrigi-los, reiniciando o ciclo e melhorando o sistema de trabalho e método.

■ RESULTADOS

Os dados foram tabulados por região, com foco na zona sul, a partir da seleção de vinte pacientes. Foram verificados os resultados positivos, ou seja, a redução do número de solicitações e saídas indevidas, o custo e o atendimento prestado.

Foram registradas 27 solicitações extras de pacientes da zona sul, totalizando um valor de R\$ 8.394,31 em materiais e medicamentos extras – lançamentos identificados no sistema IWCare utilizado pela empresa.

Cada solicitação extra disparou um atendimento inicial, um atendimento de quem fez a solicitação. Alguém da farmácia separou o material e o setor de tráfego solicitou um veículo para finalizar a tarefa. Portanto, cada solicitação custou, em média, R\$18,60 por hora, somados os custos dos profissionais envolvidos e o valor/hora do carro que efetivou a entrega. Considerando esse valor para cada solicitação, tivemos neste processo todo um custo total de R\$ 8.896,51.

Planilha de custos extras da empresa em junho de 2008

RESUMO	Jan/07	Dez/07	Jan/08	Fev/08	Mar/08	Abr/08	Mai/08	Jun/08
ABCD	22	11	12	9	10	19	6	17
CENTRO	32	28	28	19	12	8	7	20
LESTE	76	38	52	36	33	35	23	51
LITORAL SUL	5	1	1	0	2	5	0	0
NORTE	76	9	14	34	20	25	23	26
OESTE	45	6	9	6	16	11	13	16
SUL	125	41	76	92	76	60	53	68
CAMPINAS	2	0	0	1	1	0	0	0
Total Geral	383	134	192	197	170	163	125	198

OBS. Importante notar que, no mês de junho, houve um aumento de lançamentos extras de todas as regiões, valor que poderia ser reduzido por intermédio do enfermeiro visitador, cuja tarefa é verificar todas as necessidades do paciente, assim como conferir e controlar os materiais que estão na casa.

O plano de ação do ciclo PDCA foi aplicado junto às famílias, com explicação de sua importância. Notou-se um interesse das famílias em auxiliar no processo, pois, de um modo geral, achavam desgastante ligar com frequência na empresa para solicitarem extras e pendências.

No mês de julho de 2008, as solicitações extras da zona sul foram de 29 pacientes, sendo que dos vinte pacientes que participaram do estudo, onze tiveram novas solicitações. Porém, o foco não foi intercorrência clínica e sim procedimentos que necessitavam de trocas já pré-estabelecidas - o que reduz o valor de forma significativa.

Em agosto, o custo total de materiais e medicamentos extras foi de R\$ 5.403,35. Acrescentando o custo dos profissionais envolvidos e o valor/hora do carro da entrega, este valor passa para R\$ 5.942,75.

O estudo provou que o ciclo PDCA contribuiu na redução de custos e na qualidade do atendimento prestado, pois, na medida do possível, centralizou as solicitações. A redução de custos foi, em média, de R\$ 2.953,76 em um mês - valor que pode ser utilizado de maneira mais correta, não apenas com solicitações extras.

■ CONCLUSÃO

O ciclo PDCA permitiu a tomada de decisões tendo como foco o paciente, diminuindo o stress familiar, o desgaste multiprofissional e favorecendo a excelência no atendimento e qualidade do serviço prestado. Conclui-se, com isso, que é possível melhorar a ação gerencial através da intermediação da enfermeira visitadora, que deve ter o controle das solicitações com auxílio das famílias e auxiliares de enfermagem, visando um melhor atendimento e redução de custos extras.

■ REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Hunter JC. O monge e o executivo, uma história sobre a essência da Liderança. 17ªEd. Rio de Janeiro (RJ): Editor Sextante, 2004.

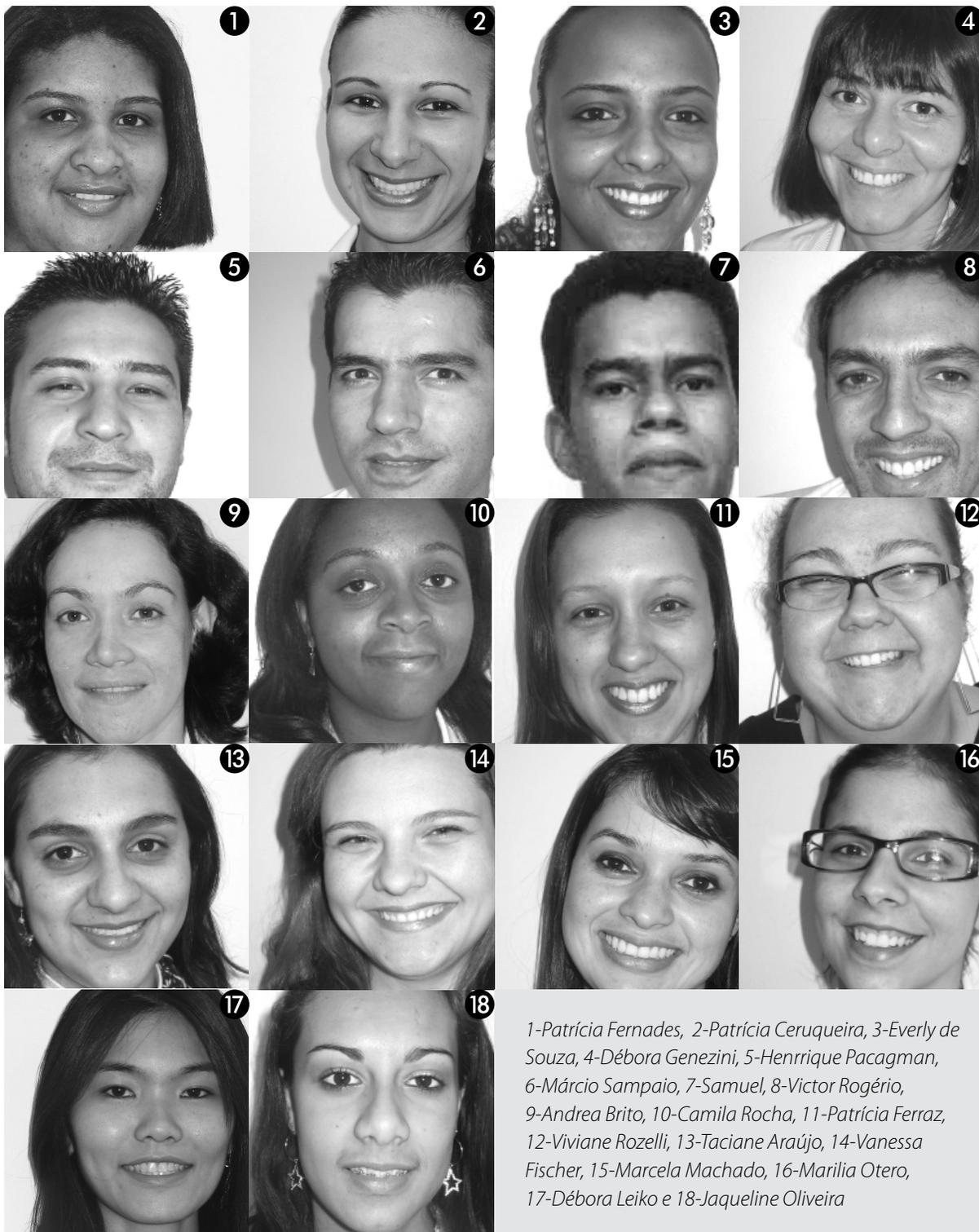
Fleury A, Fleury MAT. Estratégias Empresariais e Formação de Competências. 2ª. Ed. São Paulo (SP): Editora Atlas, 2002.

Acessado em 14/07/2008 : pesquisa no www.google.com.br
www.sspj.go.gov.br/policia-comunitaria/aulas-do-curso/gestao-qualidade/material-de-apoio.doc -

Acessado em 15/07/08: pesquisa no www.google.com.br
http://paginas.terra.com.br/negocios/processos2002/ciclo_pdca.htm

DEMING, W. E. Qualidade: A Revolução da Administração. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.

Galeria de autores



Síntese dos artigos desta edição

1. A atuação fonoaudiológica na assistência domiciliar: a introdução da alimentação via oral pode reduzir o custo da dieta enteral e de profissional especializado para administração da dieta

Andrea Francisco Brito

O objetivo dos serviços de Fonoaudiologia na assistência domiciliar é atender pacientes com seqüelas de comunicação e das funções neurovegetativas nas mais variadas interfaces. Este artigo descreve a atuação fonoaudiológica em domicílio visando a reabilitação da disfagia, a introdução da dieta por via oral com segurança para minimizar os riscos de broncoaspiração e, conseqüentemente, a redução do número de internações hospitalares.

2. Indicador de desempenho de cooperativas: qualidade na assistência domiciliar

Everly Rosária de Souza e Henrique Pacagnan

No Home Care, a medição do desempenho organizacional é essencial. Sua execução depende do suporte tecnológico de um sistema de informação tanto pela quantidade de informações envolvidas quanto pela agilidade e confiabilidade necessárias ao tratamento. Este artigo apresenta o instrumento de medição de desempenho utilizado na SPID, que avalia o trabalho das cooperativas e de seus cooperados, estimula a programação antecipada das atividades e que permite, inclusive, o direcionamento de orientações específicas à cooperativa, com enfoque no auxílio necessário.

3. O papel do enfermeiro visitador na qualidade do atendimento na assistência domiciliar

Deborah Keiko Shimabukuro

O artigo destaca o quanto é importante esclarecer familiares e pacientes que apresentam quadro clínico estável, dependentes ou não de ventilação mecânica, que o atendimento de Home Care pode ser feito com relativa simplicidade por uma equipe inter-profissional. Nisso, o enfermeiro visitador tem papel fundamental pois qualifica o esclarecimento sobre a assistência e o processo de trabalho da empresa, logo na primeira visita de inclusão - o que significa cuidar do paciente dentro do seu quadro clínico, administrativo e sociopsicorelacional.

4. Importância de uma boa inclusão para redução de requisições complementares e custos operacionais

Patrícia Alves Cerqueira e Patrícia Ferraz Rosa

A boa inclusão compreende qualidade no atendimento, no treinamento da equipe, na orientação dos cuidadores e também se justifica pela otimização dos recursos relacionados às solicitações de materiais e medicamentos para o tratamento domiciliar. Neste artigo, produzido a partir de levantamento junto ao Banco de Dados da São Paulo Internações Domiciliares, há o relato de como foi possível uma redução de 67% no índice de materiais solicitados fora do período de reposição a partir da unificação da equipe de atendimento, orientação adequada dos profissionais e acompanhamento dos enfermeiros nas solicitações de materiais e medicamentos.

5. Ampliar qualidade de atendimento através do monitoramento ativo

Patrícia Fernandes dos Santos e Taciane Araújo Catib

O monitoramento ativo é uma ferramenta diretamente relacionada à boa qualidade da assistência e humanização do atendimento, garantindo a realização dos procedimentos e reduzindo o número de hospitalizações com a identificação precoce de sinais e sintomas de uma possível intercorrência. Frente a isso, a finalidade deste artigo é avaliar a eficiência com que a São Paulo Internações Domiciliares tem desenvolvido o monitoramento ativo como forma de ampliar a qualidade de seu atendimento domiciliar.

6. Home office como alternativa no gerenciamento de custos – e melhoria da qualidade – na assistência domiciliar

Marcio Sampaio Mendes

Para a OIT, teletrabalho é aquele efetuado em lugar distante da central de produção, permite a separação física e demanda o uso de uma nova tecnologia facilitadora da comunicação. Nesse sentido, o Home Care - um conjunto de procedimentos hospitalares realizados na casa do paciente - apresenta grande potencial para implantação de escritórios residenciais como forma de driblar problemas recorrentes, em especial nos grandes centros urbanos, tais como alto custo com locação e manutenção de escritórios e congestionamentos que dificultam deslocamentos. Este artigo relata o projeto de implantação de escritório residencial para o Enfermeiro Case Management na São Paulo Internações Domiciliares, com recursos necessários para atividades em home office e avaliação diária através de indicadores de desempenho previamente definidos.

7. As contribuições do olhar da psicologia sobre o tratamento: o papel das relações paciente, família e equipe no contexto domiciliar

Debora Genezini Costa, Glória Teixeira Nicolosi, Marcela Alice Bianco e Marcella Machado Matos Brasileiro

O conhecimento e uso favorável do papel dos aspectos subjetivos da relação profissional/paciente/família na eficácia terapêutica é ferramenta fundamental do profissional de saúde. No contexto domiciliar, tal fato torna-se preponderante uma vez que as relações se aprofundam e, muitas vezes, se estendem por longos períodos. Este artigo esclarece que, por meio da escuta empática, do acolhimento do sofrimento e de uma visão neutra em relação à história e contexto familiar, o psicólogo abre espaço para vivências positivas e identificação de capacidades preservadas no paciente, oportunizando promoção de saúde para o paciente e sua família, além de apontar novos caminhos e direcionamentos para o trabalho da equipe de saúde.

8. O tratamento da dor psíquica como recurso facilitador na manutenção da desospitalização de pacientes

Debora Genezini Costa, Glória Teixeira Nicolosi, Marcela Alice Bianco e Marcella Machado Matos Brasileiro

No contexto domiciliar, além do doente, a dor contagia toda a família. Por presenciar a dor do outro, a família é tomada pelos sentimentos de impotência e tristeza. Daí o motivo pelo qual a equipe que assumir os cuidados ao paciente deve também oferecer suporte emocional e técnico aos seus familiares e cuidadores. Construído a partir da experiência vivenciada pelas autoras no Setor de Psicologia da São Paulo Internações Domiciliares, este artigo referenda que, desde que a Psicologia passou a atuar no home care, os pacientes atendidos manifestaram diminuição de sentimentos geradores de sofrimento e redução de queixas ou atitudes hostis de familiares por ansiedade e insegurança. Além da redução de hospitalizações, foi possível aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento. Com isso, obtiveram melhor qualidade de vida e a organização da rotina doméstica foi instituída.

9. A arteterapia no atendimento domiciliar: um recurso colaborador da melhora na qualidade de vida de pacientes e cuidadores

Debora Genezini Costa, Glória Teixeira Nicolosi, Marcela Alice Bianco e Marcella Machado Matos Brasileiro

A utilização de recursos arteterapêuticos nos serviços de atendimento domiciliar tem como objetivo colaborar com a melhoria da qualidade de vida de pacientes e cuidadores. A verbalização e expressão de suas demandas internas por meio do processo criativo facilitam a comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes, criando condições para a intervenção cuidadosa do profissional de saúde mental - seja para trabalhar questões subjetivas ou encaminhar para outros tipos de atendimento oferecidos pela equipe multidisciplinar. Construído a partir de referências teóricas importantes sobre o tema, este artigo reflete sobre os bons resultados que a arteterapia promove ao permitir que o paciente explore e trabalhe suas dificuldades físicas e emocionais, assumindo uma postura ativa no processo de enfrentamento de seu quadro clínico.

10. Telenfermagem como ferramenta para gerenciamento das consultas de enfermagem na assistência domiciliar

Jacqueline Oliveira de Araujo e Marcio Sampaio Mendes

A Telenfermagem começou a ser desenvolvida de forma pioneira na assistência domiciliar pela São Paulo Internações Domiciliares em 2006. Através de um computador móvel conectado a um prontuário eletrônico por internet wireless, a gerência acompanha o Enfermeiro no desenvolvimento de suas ações no domicílio, interagindo na consulta com o profissional, com a família, com o próprio paciente e com todos os demais membros da equipe. Neste artigo, são apresentados os benefícios dessa ferramenta no gerenciamento e acompanhamento das consultas domiciliares, avaliando e auxiliando o enfermeiro na abordagem clínica, administrativa e psico-social no exato momento da consulta.

11. Assistência domiciliar em terapia ocupacional e redução do índice de internações: um estudo de caso

Camila Ribeiro Rocha, Maria Tereza Salles Furtado e Marilia Bense Othero

O serviço de Terapia Ocupacional foi implantado na São Paulo Internações Domiciliares em maio de 2007, em conjunto com os serviços de Psicologia e Assistência Social, formando a equipe de Saúde Mental. Sua intervenção baseia-se no resgate da independência e autonomia de sujeitos acometidos por processos de adoecimento e busca resgatar a existência de atividades significativas no cotidiano dos pacientes. Para demonstrar como a intervenção em Terapia Ocupacional pode contribuir para a diminuição do número de re-internações, este artigo relata os resultados obtidos com paciente de 70 anos, com diagnóstico principal de insuficiência cardíaca congestiva. A partir dos atendimentos, foi possível observar enriquecimento do cotidiano através da reinserção de atividades significativas, aumento da qualidade das relações familiares, diminuição das situações de apatia e ansiedade.

12. Tecnologia assistiva na assistência domiciliar: relato de experiência com o uso do mouse ocular

Angélica Juns, Camila Ribeiro Rocha, Maria Tereza Salles Furtado e Marília Bense Othero

Entende-se por tecnologia assistiva qualquer item, peça de equipamento ou sistema de produtos, adquirido comercialmente ou desenvolvido artesanalmente, usado para aumentar, manter ou melhorar habilidades de pessoas com limitações funcionais, sejam físicas ou sensoriais. O mouse ocular é um dispositivo de tecnologia assistiva desenvolvido para possibilitar a comunicação de indivíduos com alto comprometimento funcional visando recuperar a sua capacidade de expressão e interação. Na São Paulo Internações Domiciliares, desenvolveu-se um projeto interno de utilização do mouse ocular, sendo que dois pacientes estão em processo de treinamento e uso do dispositivo como parte do acompanhamento em Terapia Ocupacional. Ambos os casos são relatados neste artigo, demonstrando a importância de estratégias inovadoras que de fato contribuam para a melhoria da qualidade de vida de pacientes em atendimento domiciliar, em uma boa relação custo-benefício.

13. Terapia ocupacional no atendimento domiciliar em pacientes com seqüelas neurológicas de AVC

Camila Ribeiro Rocha, Maria Tereza Salles Furtado e Marília Bense Othero

A atuação em Terapia Ocupacional ajuda na promoção de melhoria da qualidade de vida do paciente, em âmbito integral, e viabiliza uma assistência domiciliar de qualidade porque elimina do tratamento custos desnecessários ao prevenir complicações clínicas e evitar internações recorrentes. Neste artigo são relatados os resultados positivos alcançados pela Terapia Ocupacional junto a paciente portador de seqüela de AVE: maior independência para atividades cotidianas através da prescrição de tecnologia assistiva, diminuição das situações de apatia, enriquecimento do cotidiano e aumento da circulação social. Foram igualmente observados melhoria da condição emocional geral do paciente, com diminuição de estados depressivos e ansiedade, resgate de atividades significativas e melhora das funções cognitivas.

14. Dizer sim à vida apesar de tudo: um resgate do sentido da vida em idosos do home care

Debora Genezini Costa, Glória Teixeira Nicolosi, Marcela Alice

Bianco e Marcella Machado Matos Brasileiro

O paciente do home care luta constantemente para compreender e aceitar a inatividade e a perda do seu papel dentro da família. Mas, com o avanço da idade, algumas mudanças são inevitáveis. Partindo da análise de alguns dos aspectos psicológicos característicos de pacientes idosos atendidos em domicílio, este artigo provoca reflexões sobre como a vida pode conservar o seu sentido potencial, apesar de suas tragédias, e de que maneira é possível intervir para se encontrar sentido no sofrimento. Para as autoras, a busca do sentido da vida permite que o idoso, através de uma mudança de postura, consiga melhorar sua qualidade de vida e superar os obstáculos que envolvem a doença e os cuidados em casa.

15. A odontologia e o atendimento domiciliar

Victor Rogério

A atenção e os cuidados com a saúde bucal devem ser ainda maiores em pacientes em cuidados domiciliar dado o impacto da saúde oral na saúde sistêmica. O texto esclarece a importância da visão de um especialista para definir qual o melhor método de higienização e quais produtos devem ser usados, caso a caso, para cada paciente.

16. O enfermeiro como agente educacional para redução de glosas e otimização de recursos em assistência domiciliar

Vanessa Maria Ramos Fischer

A partir de estudo detalhado das principais glosas sofridas por uma empresa privada de Assistência Domiciliar, em 2007 e 2008, e da identificação e acompanhamento dos processos de trabalho da equipe de enfermagem das diferentes áreas, este artigo relata o processo de estruturação do cargo do Enfermeiro de Faturamento Assistencial. Igualmente, apresenta os desafios de como elaborar suas estratégias de ação junto aos demais membros da equipe de enfermagem no que se refere a anotação e evolução nos prontuários e conscientização da equipe sobre o custo da Assistência a fim de conseguir o uso adequado de materiais e equipamentos.

17. Profilaxia de infecção cruzada na assistência domiciliar, através da lavagem das mãos, como estratégia de melhoria da qualidade do serviço e como fator racionador de custos

Samuel Gomes Camizão e Walkíria Teruel

Tradicionalmente, a lavagem de mãos é o ato mais importante para prevenção e controle das infecções em serviços de saúde. Se aplicada corretamente, a técnica de lavagem das mãos remove os microrganismos adquiridos transitoriamente no contato com pacientes. Trata-se de uma conduta de baixo custo e de grande eficácia. Este artigo tem o objetivo de incentivar e sensibilizar profissionais da área quanto à importância da profilaxia de infecção cruzada na assistência domiciliar como estratégia de melhoria da qualidade do serviço e também como um fator racionalizador de custos, já que a diminuição dos índices de infecção traz consigo a diminuição de demandas de antibióticos, horas de enfermagem e hospitalização.

18. Auditoria e qualidade: uma parceria que dá certo

Viviane Cristina Rozelli

A auditoria tem sido uma ferramenta gerencial utilizada pelos profissionais da saúde, em especial os enfermeiros, para avaliar a qualidade da assistência de enfermagem e os custos decorrentes da prestação desta atividade. Entretanto, os estudos até então realizados demonstram que o foco da auditoria de enfermagem privilegia a sua dimensão contábil. Este artigo demonstra a importância de uma auditoria domiciliar na qualidade do atendimento de Home Care tomando como referência o resultado comparativo de duas avaliações realizadas com um grupo de pacientes atendidos em um período de oito meses. A conclusão é de que trata-se de um instrumento que beneficia tanto o cliente, pela segurança de ser atendido com qualidade, quanto o Home Care, pela possibilidade de avaliação permanente do serviço prestado.

19. Implantação do PDCA na visita de enfermagem visando qualidade e redução de custos extras

Taciane Araújo Catib

O PDCA é um método que visa controlar e atingir resultados eficazes e confiáveis nas atividades de uma organização. Padroniza as informações do controle da qualidade, evita erros lógicos nas análises e torna as informações mais compreensíveis. Este artigo procura demonstrar que o ciclo PDCA é um método eficiente para reduzir custos extras e melhorar a qualidade de atendimento em home care. Para corroborar esta hipótese, foi produzido um estudo descritivo exploratório, com abordagem quanti - qualitativa, que buscou levantar quais os custos extras e a forma de diminuí-los a partir do ciclo de PDCA, possibilitando melhorias na qualidade de atendimento.



São Paulo Internações Domiciliares

Av. Jurubatuba, 174/178 – Brooklin Novo

04583-100 – São Paulo – SP

telefone: (11) 5538-4460

www.spinternacoes.com.br