

IDENTIFICAÇÃO:

Título: Otimizando a ocupação de leitos hospitalares e melhorando a qualidade de vida de pacientes dependentes de ventilação mecânica através do cuidado domiciliar

Instituição: Hospital Auxiliar de Suzano do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HAS)

Órgão: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Integrantes da Equipe: Dr. Milton Hanashiro (responsável pela inscrição) / Conceição A. Gomes / Ana Maria de Paula / Dr. Antonio Y. Sakotani / Dr. Antonio Oscar C. Franco / Sandra Y.B. Dias / Sandra K. Odashima / Eliana N. Veloso / Dra. Marlene M. Yogui / Dr. Paulo S.M. de Melo / Olga M. Sato / Laércio D. dos Santos / Ana R.S.F. Ivanovici / Elisa Y. Sakamoto / Wilson P. C. de Oliveira / Maria Joelma de Araújo / Dr. Anísio de Moura

Categoria: Excelência em Gestão Pública

1 - DESCRIÇÃO GERAL DA INICIATIVA

Motivação da iniciativa, diagnóstico de necessidades e soluções encontradas

Um dos desafios de crescente importância na área da saúde é o atendimento a pacientes crônicos que dependem de cuidados prolongados. A contínua necessidade de cuidadores preparados e de recursos terapêuticos faz com que muitos destes pacientes permaneçam hospitalizados por até vários anos. Esta situação acarreta a ocupação prolongada de leitos em hospitais, que sofrem redução na capacidade de internação e elevação do custo financeiro. O paciente, por sua vez, confronta-se com o progressivo isolamento afetivo e a perda de vínculos sociais.

Um dos grupos paradigmáticos desta condição é constituído pelos pacientes dependentes de ventilação mecânica. Estas pessoas são portadoras de condições diversas, como doenças neuromusculares, metabólicas e neurológicas, muitas de caráter progressivo, tendo em comum o fato de necessitarem de aparelhos de ventilação mecânica para respirar. Embora não haja dados sobre o número de pacientes nesta condição clínica no Estado de São Paulo, se aplicarmos à população paulista a prevalência encontrada em países da Europa (de 2 a 30 indivíduos em cada 100.000 habitantes¹), estima-se que tenhamos de 800 a 12.000 pessoas nesta situação. Muitos destes pacientes apresentam-se clinicamente estáveis, e poderiam estar em ambientes de média complexidade. No entanto, por falta de alternativa, ocupam leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), cuja prioridade deveria ser o atendimento de casos agudos de maior urgência. Desta forma, a internação prolongada destes pacientes traz grandes repercussões aos hospitais e seus usuários. Dados de pesquisa realizada em nossa instituição mostra que o tempo médio de internação destes pacientes é de 430 dias, havendo casos de pacientes internados há 10 anos.

O Hospital das Clínicas da FMUSP (HC) instituiu para estes casos uma Unidade de Cuidados Supervisionados (UCS), especificamente para dependentes de ventilação

mecânica, menos complexa e com menor custo que uma UTI. Esta unidade está em atividade no Hospital Auxiliar de Suzano (HAS) desde 2001. Verificou-se, no entanto, que apesar do aumento do número de vagas para estes pacientes, o longo tempo de internação reduzia significativamente sua rotatividade. O número de leitos logo tornou-se insuficiente para atender a demanda.

A esta situação somou-se o desejo expresso por pacientes e familiares de retornarem a suas casas, o que constituiu o estímulo para a criação do Programa de Ventilação Mecânica Domiciliar, o PROVEMD. Este programa possibilita que pacientes dependentes de ventilação mecânica, em condição clínica estável, retornem às suas casas, apoiados por uma estrutura de atendimento domiciliar montada com os recursos disponíveis no SUS, organizados pela equipe do HAS. Este modelo de atendimento, embora aqui aplicado a um grupo específico, tem potencial para beneficiar outros pacientes que necessitem de assistência prolongada, como os tetraplégicos, dependentes de oxigênio e de nutrição enteral. As atividades do PROVEMD iniciaram-se em 2004, atendendo inicialmente pacientes pediátricos e, recentemente, pacientes adultos. Este programa tem propiciado otimização na ocupação de leitos hospitalares, redução de custos e melhor qualidade de vida ao paciente e a sua família.

Objetivos do Programa de Ventilação Mecânica Domiciliar

1. Melhorar a qualidade de vida do paciente em ventilação mecânica prolongada clinicamente estável, através da reintegração familiar e social.
2. Otimizar a ocupação de leitos para pacientes crônicos no HAS e dos serviços que deles se utilizam como retaguarda.
3. Reduzir os custos do SUS relacionados ao cuidado de pacientes em ventilação mecânica prolongada.

Funcionamento da iniciativa, atividades desenvolvidas e resultados

As etapas da alta domiciliar de um paciente em ventilação mecânica estável, apresentadas no fluxograma da figura 1, são delineadas a seguir:

1 – Transferência do paciente da UTI para o HAS

O paciente é considerado dependente de ventilação mecânica quando dela necessita por mais de 3 meses. O entendimento prévio entre as unidades hospitalares, permite que pacientes clinicamente estáveis sejam transferidos da UTI para o HAS através de um procedimento simplificado: apenas o envio da folha de transferência por fax e contacto telefônico.

2 - Avaliação prévia das condições gerais para alta hospitalar

Critérios de elegibilidade ao programa:

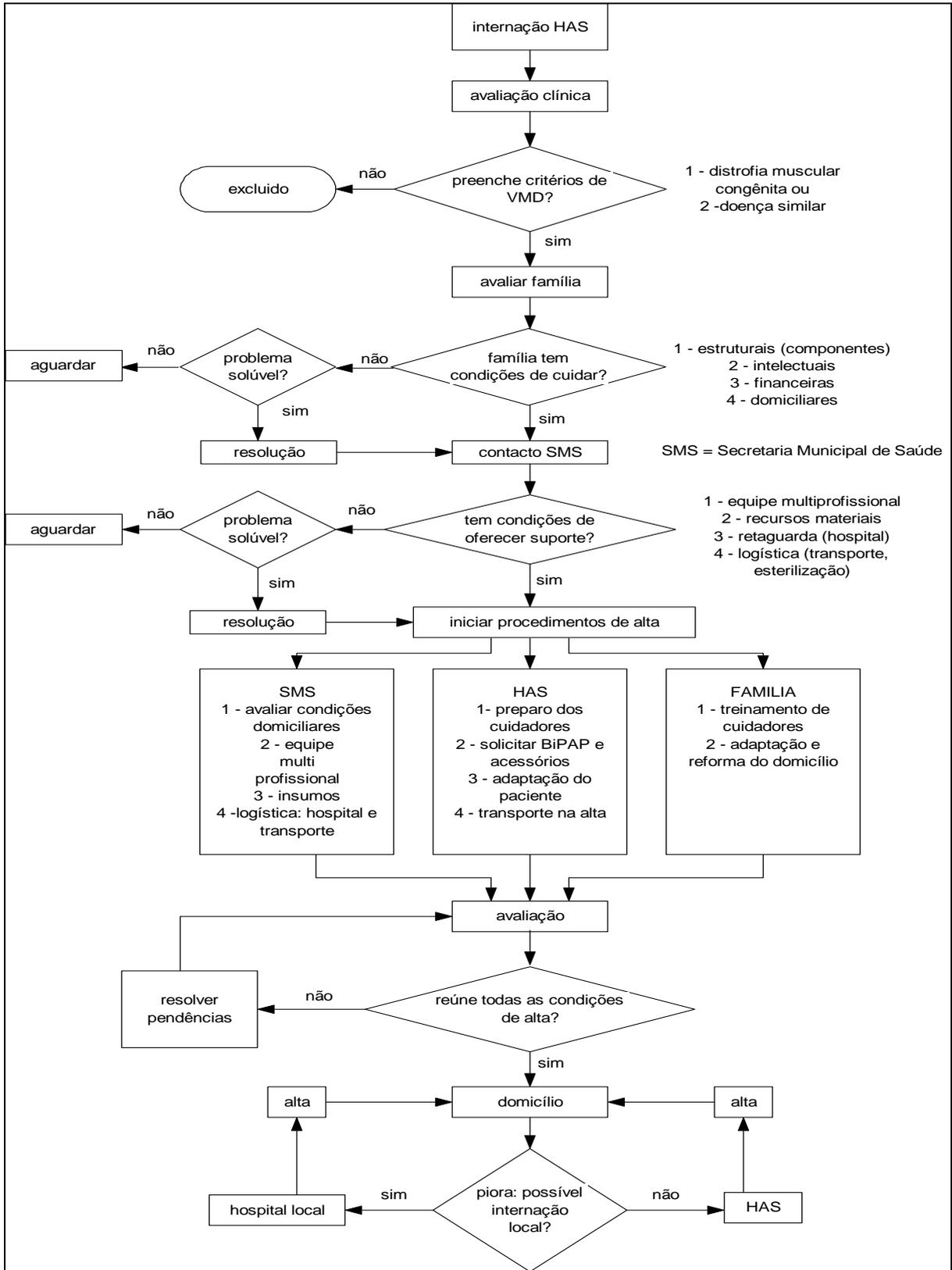


Figura 1: Fluxograma do Procedimento de Alta

- I. Paciente: deve apresentar estabilidade clínica, necessidades de medicação, nutrição, insumos e cuidados especializados adequados ao domicílio.
- II. Família: deve ter no mínimo dois cuidadores que possam ser treinados no manuseio do paciente e equipamentos, recursos financeiros e habitacionais adequados.
- III. Serviço de saúde municipal: dotado de uma equipe de saúde disponível para atendimento local (Programa de Assistência Domiciliar, Programa de Saúde da Família ou Unidade Básica de Saúde), serviços de retaguarda para emergências (Hospital, Pronto Socorro, SAMU) e logística (fornecimento de material de consumo, esterilização de materiais reutilizáveis).

3 – Preparo e efetivação da alta

3.1 – Após concordância da família é feito contato com a Secretaria de Saúde do município de domicílio do paciente, propondo-se a parceria, com a seguinte divisão de tarefas:

- I. HAS: a) treinar os cuidadores na atenção básica ao paciente; b) fornecer o aparelho de ventilação mecânica e acessórios (no-break e baterias), a título de empréstimo; c) re-internar o paciente em casos de necessidade, com critérios previamente acordados.
- II. Serviço de Saúde local: a) avaliar as condições locais de moradia e situação social da família, em conjunto com o PROVEMD; b) visitas periódicas por médico, enfermeira, fisioterapeuta, serviço social, psicóloga; c) fornecer e manter os materiais médico-hospitalares; d) transportar e prestar os primeiros atendimentos em casos de urgência.
- III. Família: a) após treinamento no HAS, dar os cuidados básicos ao paciente (alimentação, medicação, aspiração de vias aéreas, higiene, manuseio de aparelhos, reanimação); b) avisar os serviços de saúde nas emergências; c) arcar com despesas básicas de manutenção (eletricidade, alimentação).

3.2 – Preparação do paciente para a alta: deve estar estabilizado e, se consciente, ser informado sobre a possibilidade de alta hospitalar e do cuidado domiciliar.

3.3 – Preparação da família para o cuidado domiciliar: a) designação de cuidadores; b) treinamento nos cuidados ao paciente; c) precauções financeiras para garantir recursos para manutenção (p. ex. reformas, acréscimo na conta de eletricidade com a instalação dos equipamentos); d) preparo do ambiente físico: acomodação adequada ao paciente e equipamentos, atentando-se para rede elétrica, ventilação, instalações sanitárias; e) obtenção de equipamentos por doação ou aquisição (aspirador de vias aéreas, oxímetro de pulso).

3.4 - Solicitação do equipamento: o aparelho de ventilação mecânica (tipo BiPAP®) e seus acessórios são solicitados junto à administração de contratos do HAS que, então, os requisitam à empresa contratada. O aluguel é de responsabilidade da Fundação Faculdade de Medicina, que, por sua vez, recebe ressarcimento do SUS,

por meio da “Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade” (APAC), nos termos da portaria SAS/MS nº 307 de 4 de julho de 2008 do Ministério da Saúde.

3.5 – Preparação da Equipe do Serviço de Saúde Local: Os profissionais locais recebem informações e treinamento sobre o cuidado ao paciente, no município ou no HAS, de acordo com suas necessidades.

3.6 - Alta e transferência para casa: ocorrerá após certificação de que os itens anteriores foram satisfeitos, com concordância da equipe de saúde local.

4 – Seguimento e Reinternações

O acompanhamento do paciente será realizado pelo serviço de saúde do município. A equipe do PROVEMD manterá contato com a família e a equipe local para detecção de problemas. Funcionários da empresa locadora dos aparelhos de ventilação mecânica realizam visitas para checagem, troca de filtros e substituição do aparelho em caso de mau funcionamento. No caso da impossibilidade da equipe local realizar as visitas, a equipe do PROVEMD as realizará e, excepcionalmente, quando requisitada pelos cuidadores do paciente. Em caso de urgência aciona-se o SAMU. As re-internações podem ocorrer para tratamento de intercorrências clínicas, em hospital próximo de sua casa ou no HAS.

Sumário dos principais resultados

1. Economia de custos para o SUS com pacientes dependentes de ventilação mecânica – A redução de custos de internação da UTI para o hospital de retaguarda foi de 38%, e deste para casa foi de 91%. A redução acumulada de custos (da UTI para casa) foi de 95% (tabela 1 e figura 2).
2. Disponibilização de leitos - Houve a disponibilização de 8783 leitos-dia em 6,7 anos de atividade. Considerando-se o tempo médio de internação em UTI de 6,6 dias, isto significa disponibilizar a internação de 1331 novos pacientes em 6,7 anos (figura 3), ou 198 pacientes/ ano, ou 16 pacientes/ mês na UTI. Estima-se que a alta de cada um dos pacientes para o cuidado domiciliar permitiu indiretamente a internação de 110 pacientes na UTI neste período, em média.
3. Melhoria na qualidade de vida dos pacientes e suas famílias – Pacientes retomaram seus vínculos familiares e sociais; pais acompanhantes retornaram para casa para voltar a conviver com os outros filhos e cônjuges. Enquanto a sobrevivência após 6 anos no grupo em internação hospitalar foi 11%, a do grupo em cuidado domiciliar alcançou 55% (figura 4).

Implementação da iniciativa e desafios enfrentados

A implementação do PROVEMD foi gradual, seguindo as seguintes etapas: 1– Planejamento dos procedimentos de alta; 2 – Capacitação da equipe; 3 – Realização da 1ª

transferência; 4 – Registro e consolidação dos procedimentos e conhecimentos adquiridos, 5 – Disseminação do conhecimento.

Os principais desafios e soluções encontradas foram:

1. Aquisição de conhecimento necessário pela equipe para o gerenciamento do cuidado domiciliar. Buscou-se capacitação na experiência acumulada pela própria equipe no trabalho hospitalar, na internet, em publicações e reuniões científicas. Iniciou-se trabalho de pesquisa a fim de conhecer melhor as características dos pacientes. Um dos membros da equipe iniciou aperfeiçoamento em nível de mestrado, tendo por tema de estudo os pacientes do PROVEMD.
2. Organização, preservação, atualização e transmissão do conhecimento adquirido com a experiência acumulada pela equipe. O aspecto organizacional tomou forma no Manual do PROVEMD. O conhecimento técnico foi organizado e começou a ser divulgado com a apresentação de um trabalho científico em revista médica indexada, a partir de dados gerados pelo PROVEMD².
3. Adequação dos recursos materiais já existentes para o atendimento a pacientes em ventilação mecânica, tais como: adaptação de ambulância e dos aparelhos acessórios para transporte.
4. Superação da resistência inicial dos serviços de saúde locais em receber o paciente, devido ao desconhecimento em relação às suas doenças e seu cuidado. Para isto realizou-se o adequado esclarecimento sobre o programa, características do paciente, suas necessidades e os benefícios que advirão da alta.
5. Regularização das visitas domiciliares por profissionais locais e do fornecimento dos insumos. Esta situação tem se resolvido com diálogo freqüente entre cuidadores, serviço local de saúde e a equipe do PROVEMD.
6. Adequação de condições de moradia do paciente. Esta se constitui numa das grandes causas de demora da alta domiciliar, pois se aguarda até que a família solucione a questão. As prefeituras têm fornecido importante auxílio neste sentido.

Aprendizados com o projeto

1. A articulação de serviços e recursos dispersos no SUS torna possível a realização de tarefas que dificilmente seriam exeqüíveis através de ações isoladas.
2. O entendimento prévio entre serviços (neste caso, UTI e hospital de retaguarda) acelera a transferência de pacientes entre os serviços. O hospital de retaguarda constitui um elo importante na cadeia que conduz o paciente da UTI para casa, permitindo o planejamento e efetivação do cuidado domiciliar.

Fatores críticos que contribuíram para o sucesso da iniciativa

- 1- Coordenação eficiente da equipe na organização do programa, que deve servir como elemento articulador e de referência em informação para todos os envolvidos nesse trabalho (família e SUS). Esta equipe deve agregar:
 - a. Liderança com conhecimento sólido e atuante em todos os aspectos do programa, coordenando a ação dos grupos e andamento das atividades.
 - b. Comunicação eficiente com o serviço de saúde local, paciente e família, e disponibilidade para chamadas de emergência.
 - c. Acumulação e transmissão dos conhecimentos, práticas e experiências adquiridas pela equipe ao longo do tempo.
- 2 Critérios bem definidos para inclusão de pacientes no programa (clínicos, sociais e logísticos).
- 3 O treinamento adequado de cuidadores, desenvolvendo-lhes a confiança, capacidade de iniciativa e o senso de cidadania.

Sustentação do Projeto

A sustentabilidade do programa baseia-se, resumidamente, nas seguintes ações:

1. Sistematização das ações através do Manual do PROVEMD, com freqüente atualização.
2. Geração e disseminação de conhecimentos relacionados ao cuidado de pacientes crônicos.
3. Constituição de um serviço de coordenação e referência para atendimento de pacientes em ventilação mecânica prolongada.
4. Formação de novas equipes ou capacitação das já existentes no cuidado domiciliar de pacientes com necessidades especiais.
5. Utilização da internet e recursos de telemedicina para acompanhamento de pacientes à distância, disseminação e troca de informações.

2 - EFICIÊNCIA NO USO DE RECURSOS PÚBLICOS E EFICÁCIA

Emprego de recursos públicos

A implantação do PROVEMD teve custo econômico zero, pois a equipe foi constituída por profissionais que já estavam em atividade no hospital, sendo utilizada a infra-estrutura física já existente.

Para a execução do programa no município de residência dos pacientes a equipe de saúde local utiliza: um médico, um enfermeiro, um fisioterapeuta, um assistente social, um psicólogo e um motorista. O investimento financeiro realizado com recursos do SUS fundamenta-se nos salários destes profissionais (em geral já existentes no serviço, sem necessidade de novas contratações), material médico-hospitalar, contratos de

fornecimento do aparelho de ventilação mecânica, fornecimento de oxigênio domiciliar , custos de combustível e manutenção da viatura de transporte.

Economia de recursos

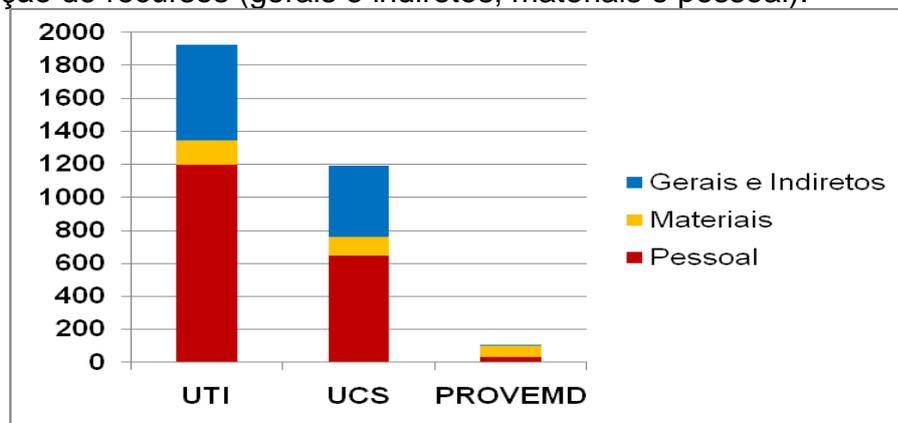
Houve expressiva redução de custos, como apresentado na tabela 1 e na figura 2. A redução de custos no PROVEMD em relação aos custos de internação na UTI e UCS deve-se principalmente à não utilização da infra-estrutura representada pelos profissionais, serviços e equipamentos hospitalares.

Tabela 1 – Custo de paciente em ventilação mecânica

Unidade	Custo paciente/dia (R\$) *	Custo paciente/mês (R\$) *	Custo paciente/ano (R\$) *	Diferença em relação a UTI por paciente/ano (R\$)	Redução de custos em relação a UTI
UTI	1.925,73	57.771,90	693.262,80	-	-
UCS	1.192,80	35.780,00	429.360,00	- 263.902,80	38%
PROVEMD	102,68	3.080,40	36.964,80	- 656.298,00	95%

* Não foi considerado o custo com medicações, que varia de acordo com o paciente.

Figura 2: Custo diário por paciente, em reais, na UTI, na UCS e no PROVEMD, com divisão por alocação de recursos (gerais e indiretos, materiais e pessoal).



Associada a esta redução de custos, houve:

1. disponibilização de uma média de 109 leitos-dia/mês no HC
2. melhora na qualidade de vida dos pacientes, manifestada por 85% dos cuidadores em pesquisa realizada com os familiares dos pacientes.

3 - RELEVÂNCIA DO TRABALHO

Relevância em relação à situação que necessita de mudança

A população de pacientes crônicos tem crescido significativamente nas últimas décadas, devido a: 1- maior sobrevivência dos pacientes crônicos graves, graças ao desenvolvimento da medicina; 2 - maior acesso da população aos serviços de saúde; 3 - maior expectativa de vida da população, aumentando a prevalência de doenças crônico-degenerativas. O

sistema de saúde, e especialmente as UTIs, sofrem maior demanda por internações, ocasionando o acúmulo de pacientes crônicos nos hospitais, reduzindo a disponibilidade de leitos para pacientes agudos. Os hospitais de longa permanência tem capacidade de atendimento limitada, que esgota-se rapidamente. A solução foi tornar viável a desospitalização destes pacientes, através da criação do PROVEMD.

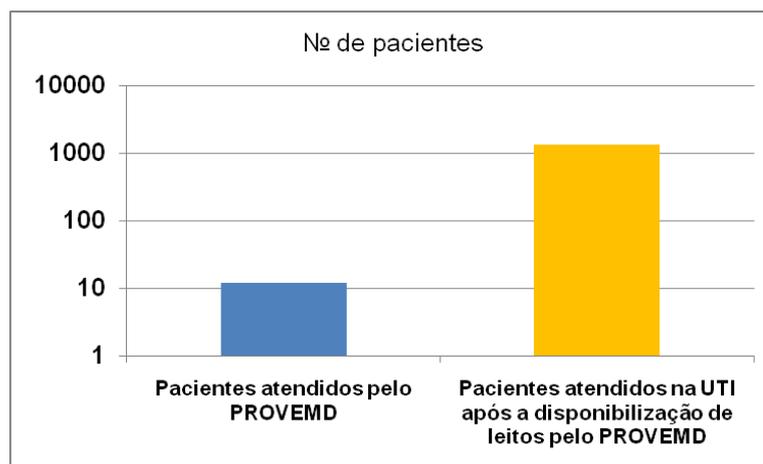
Esta alternativa também pode ser aplicada a pessoas portadoras de necessidades especiais, como os pacientes tetraplégicos, dependentes de oxigênio, pacientes com gastrostomia e nutrição enteral.

Resultados que evidenciam a relevância do trabalho:

1 – Otimização da rotatividade de leitos e disponibilização dos mesmos nas UTIs do HC e no HAS

O tempo que este paciente passa em seu domicílio, e que está deixando de ocupar no hospital, é disponibilizado para novas internações. Nos 6,7 anos de atividade do PROVEMD, os 12 pacientes em ventilação domiciliar disponibilizaram na UCS, ao todo, 8783 leitos-dia, ou seja, a alta de cada paciente disponibilizou, em média, 731 leitos-dia no HAS, e indiretamente, também no serviço de origem. Considerando o tempo médio de internação na UTI é de 6,6 dias, cada paciente do PROVEMD, ao ser desospitalizado, indiretamente possibilitou que 110 novos casos fossem internados na UTI, em média. No total, 1331 novos casos em 6,7 anos, em média, puderam ser atendidos em UTI graças a liberação dos leitos destes pacientes. Isto corresponde a disponibilizar 198 internações na UTI por ano, ou 16 novas internações por mês, neste período (Fig 3).

Figura 3. Número de pacientes atendidos pelo PROVEMD em 6,7 anos e número estimado de pacientes que puderam ser atendidos na UTI no mesmo período com a liberação dos leitos pelo PROVEMD, em escala logarítmica.



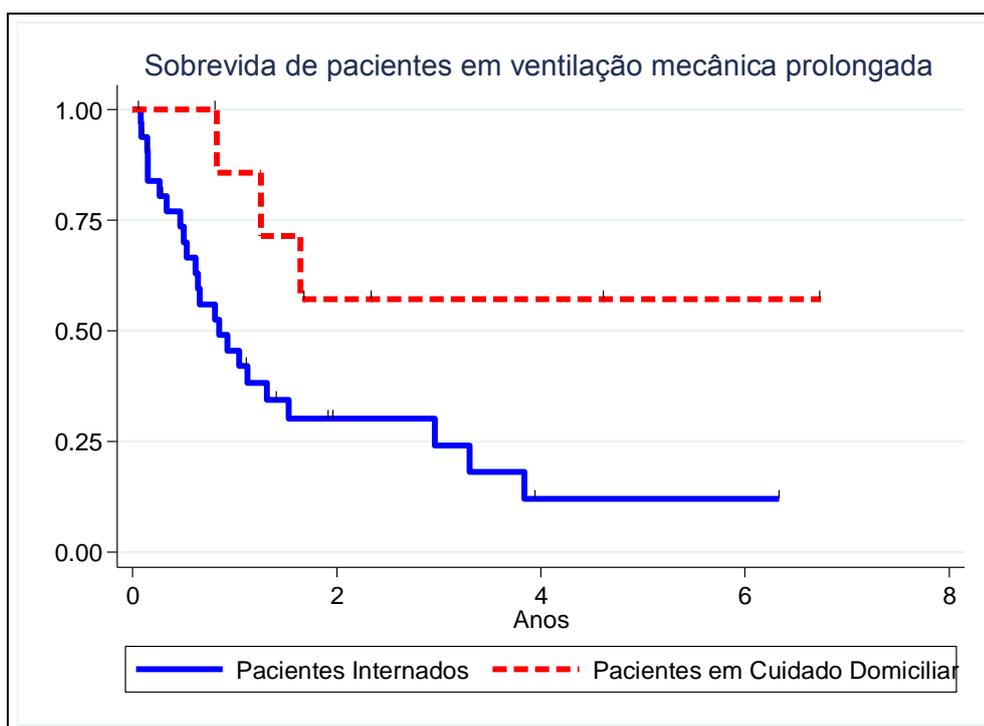
2 – Redução de custos no cuidado ao paciente em ventilação mecânica prolongada.

Este resultado foi desenvolvido no item 'Eficiência no uso de recursos'.

3 – Melhor qualidade de vida para os pacientes e familiares

Enquanto que a taxa de sobrevivência após 6 anos das crianças que permaneceram internadas foi de 11 %, nas crianças que passaram a receber cuidado domiciliar esta taxa foi de 55% (Fig 4).

Figura 4. Curvas de sobrevivência dos pacientes em internação hospitalar e dos pacientes em cuidado domiciliar.



Uma paciente conseguiu retomar a vida escolar, com visita periódica do professor ao seu domicílio. Três pacientes apresentaram melhora clínica, com diminuição do tempo de dependência do aparelho de ventilação mecânica, conseguindo inclusive realizar atividades externas, como passeios e participação de atividades comunitárias.

Conforme resultado de pesquisa de satisfação, 85% dos cuidadores referiram melhora nas condições da criança em casa. Nas visitas domiciliares e contactos telefônicos a equipe constatou a importante melhora da dinâmica familiar com o retorno do paciente e cuidador para casa.

Sustentação do projeto

A sustentabilidade do programa de ventilação mecânica domiciliar no futuro deverá embasar-se nas seguintes iniciativas:

1. Sistematização e aperfeiçoamento das atividades, através do Manual do PROVEMD.

2. Geração de novos conhecimentos relacionados aos cuidados de pacientes crônicos através do desenvolvimento de pesquisas e trabalhos científicos, e disseminação destas informações.
3. Conscientização dos profissionais e as instituições de saúde que o atendimento domiciliar a pessoas em ventilação mecânica clinicamente estáveis é tarefa exeqüível com os recursos disponíveis no SUS.
4. Constituição de um serviço de coordenação para atendimento de pacientes em ventilação mecânica prolongada, articulando serviços dentro do SUS para a sustentação da tarefa, servindo de referência como fonte de orientação;
5. Formação de novas equipes ou capacitação das já existentes no cuidado domiciliar de pacientes com necessidades especiais;
6. Disseminação da utilização da portaria SAS/MS nº 307 do Ministério da Saúde, de 4 julho de 2008, legislando sobre o pagamento de aparelhos de ventilação mecânica a nível residencial para portadores de doenças pré-determinadas e atendimento por profissionais de saúde;
7. Formação de redes informais de auxílio-mútuo formadas pelas famílias de crianças dependentes de ventilação mecânica e colaboração com organizações não governamentais que já atuam na área ou em atividades afins;
8. Utilização da internet e recursos de telemedicina para acompanhamento de pacientes à distância, disseminação e troca de informações.

4 - PROMOÇÃO DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL

A sociedade participa ativamente do programa através das famílias dos pacientes, envolvidas em todas as suas etapas, antes e depois da alta, bem como pelos representantes do órgãos e serviços envolvidos no cuidado de pacientes e crianças (Secretarias de Saúde).

O controle social e transparência das atividades do PROVEMD se dão nos seguintes níveis:

1. Participação direta da família nas reuniões, em todos os estágios de negociação com os serviços locais de saúde, no estabelecimento das rotinas de cuidados, como fornecimento de insumos hospitalares e atendimento por profissionais.
2. Locação dos aparelhos pelo sistema de pregão digital no HC, aberto à fiscalização pública.
3. Fiscalização pelo Ministério da Saúde através de informes mensais. O HAS mensalmente presta contas ao Ministério da Saúde sobre a locação de cada aparelho de ventilação mecânica. O responsável da família assina documento confirmando a utilização de cada dia do aparelho, que é enviado ao Ministério.
4. Pesquisa de opinião junto aos usuários após a alta, sem necessidade de identificação, realizada pela Ouvidoria do HAS.

5. Fiscalização pelo Conselho Municipal de Saúde da Unidade Básica referenciada do paciente.
6. Fiscalização pelo Conselho Tutelar do município, no caso de pacientes pediátricos.
7. Registro e disponibilização de informações através de relatórios elaborados após visitas domiciliares.
8. Disseminação de informações sobre as atividades do PROVEMD através de palestras e seminários no HC.

5 - DESENVOLVIMENTO DE PARCERIAS COM OUTRAS ENTIDADES DO SETOR PÚBLICO, SOCIAL OU PRIVADO

O PROVEMD é essencialmente baseado em parcerias. O HAS (esfera estadual) realiza a articulação com seus parceiros:

1. Família do paciente, que assume o papel de cuidadora principal;
2. Secretaria de Saúde (esfera municipal), que assume a supervisão local do cuidado e fornecimento de insumos;
3. Ministério da Saúde (esfera federal), que constitui a fonte pagadora do aluguel dos equipamentos de ventilação domiciliar.

O cuidado domiciliar também abre oportunidade para parcerias com organizações não governamentais e empresas que atuam junto a pessoas com necessidades especiais de saúde, como ocorreu com um dos pacientes no programa, que recebeu seções complementares de fisioterapia fornecidas por um serviço privado através de contacto feito por uma ONG.

As famílias formam parcerias entre si na forma de redes de auxílio-mútuo. Nesta rede ocorrem não apenas intercâmbio de materiais, mas também a troca de informações sobre todos os aspectos do cuidado e, não menos importante, apoio emocional.

6 - GESTÃO DE PESSOAS

Valorização do servidor público

A equipe do programa foi composta por funcionários antigos do hospital, sem necessidade de contratações. Participam enfermeiros, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e médicos. A iniciativa permitiu que surgissem motivações latentes nos profissionais, que eram o grande interesse em melhorar a qualidade de vida dos pacientes, o próprio ineditismo do trabalho no HAS e o desejo de alcançar um novo patamar de qualidade para o hospital. Isto se deve à própria natureza do trabalho até então: lidar com pacientes de longa permanência significava um horizonte de possibilidades restrito ao hospital. A abertura de uma nova possibilidade de cuidado trouxe grande satisfação profissional aos funcionários, com a percepção de que é possível melhorar a qualidade de vida dos pacientes sem perspectiva de cura. A aquisição de novas habilidades no cuidado em ventilação mecânica no PROVEMD trouxe um sentimento de auto-valorização entre os funcionários, que perceberam o resultado concreto de seu cuidado com pacientes crônicos.

Criatividade e desenvolvimento de competências

As competências da equipe foram sendo forjadas na medida em que as tarefas necessárias eram executadas. Estimulou-se a busca de informações com profissionais do HC, na internet e em publicações. A equipe organizou um grupo de pesquisa sobre pacientes em ventilação mecânica prolongada. Um dos membros da equipe foi estimulado e iniciou curso de pós graduação em nível de mestrado a fim de aprimorar conhecimentos na área. No início de 2011 o grupo produziu um trabalho científico realizado a partir da experiência no PROVEMD que foi aceito para divulgação em publicação médica indexada². As informações e conhecimento gerados no trabalho são compartilhados pela equipe em reuniões.

7 – PROCESSOS

Ações que ampliam o entendimento dos processos e disseminação deste conhecimento

1. Reuniões com as seguintes finalidades:
 - a. Admissão do paciente. São explicadas à família as condições de tratamento à família do paciente.
 - b. Preparação de alta. A equipe discute todos os aspectos da alta, e o responsável por cada área expõe as dificuldades e soluções encontradas. A família participa ativamente desta etapa. Os participantes adquirem conhecimento dos processos como um todo.
 - c. Negociação com a equipe local. A equipe do PROVEMD discute as necessidades do paciente com os colegas do serviço de saúde local, trocando um grande volume de informações. A família também participa desta negociação.
 - d. Avaliação pós-alta. A equipe do PROVEMD avalia o resultado e eficácia de suas ações, analisando, refletindo e aprimorando o seu próprio desempenho, com grande aprendizado.
2. Palestras de apresentação das atividades do PROVEMD. Destina-se ao público interno (funcionários do HAS que participam ou não do PROVEMD) e externo.

Ações para simplificação dos processos

1. Entendimento prévio com o serviço de origem, estabelecendo uma rotina de fluxo do paciente estável dependente de ventilação mecânica do nível de maior para o de menor complexidade (UTI → hospital de retaguarda → cuidado domiciliar), com menos burocracia e maior rapidez. Isto propicia redução de custos e maior eficiência na rotatividade de leitos.
2. Articulação e coordenação de ações e recursos existentes no SUS em níveis municipal, estadual e federal, evitando-se redundância de trabalho e gastos. A equipe do PROVEMD serve de referência de informações e “ponte” entre os diferentes níveis do SUS.

8 - APRENDIZADO ORGANIZACIONAL

As principais ferramentas de retenção e compartilhamento do conhecimento são:

- 1- Elaboração do manual com os procedimentos do programa, revisado e atualizado periodicamente.
- 2- Banco de dados dos pacientes do programa, possibilitando análise e realização de estudos e trabalhos científicos.
- 3- Reuniões antes e depois da alta para troca e transmissão de experiências
- 4- Relatórios de visitas e atas de reuniões, constituindo fonte de informações.
- 5- Pesquisa e elaboração de artigos sobre os resultados das ações do PROVEMD, e sua publicação em periódicos médicos.

As ferramentas para avaliação das atividades do PROVEMD são:

1. Reuniões de avaliação pós alta. Os membros da equipe avaliam o seu desempenho como um todo, com críticas e sugestões.
2. Pesquisa de satisfação realizada pela ouvidoria. Realizou-se pesquisa de satisfação com os cuidadores após a alta, sendo que 85% manifestaram-se satisfeitos com os resultados do cuidado domiciliar.
3. Realização de estudos sobre a rotatividade de leitos. Esta atividade permite avaliar se a ação do PROVEMD está produzindo benefícios para a disponibilização de leitos no HAS e no HC.

Aprendizado

1. A articulação e organização adequadas de serviços e recursos já existentes ampliam a capacidade de realização do serviço público. Evita-se assim gastos desnecessários e redundância de serviços.
2. A definição clara de cada tarefa, a quem elas são atribuídas, a transmissão adequada de informações e treinamento de pessoas envolvidas são fundamentais no bom andamento do programa.
3. Os anseios dos usuários são tão importantes quanto as necessidades das instituições para a adoção de novas iniciativas. As informações fornecidas pelos usuários são essenciais para o aperfeiçoamento do programa, permitindo a detecção de problemas e novas ações necessárias.
4. Reuniões de compartilhamento de experiências entre os vários profissionais são importantes para se criar uma mentalidade comum, gerando novas idéias, espírito de grupo e entusiasmo, beneficiando a equipe como um todo.
5. O desenvolvimento de experiência em negociação é vital para a consecução dos objetivos. A equipe tem definidas estratégias de negociação com o serviço de saúde local.
6. A manutenção de um canal de comunicação continuamente aberto, tanto com pacientes e familiares assim como com o serviço local de saúde permite a resolução mais rápida dos problemas.

9 - ÉTICA E SUSTENTABILIDADE

O respeito à pessoa portadora de necessidades especiais constitui-se num valor essencial da sociedade contemporânea. Programas como o PROVEMD vêm ao encontro desta atitude, ao oferecer um atendimento humanizado e diferenciado a estes pacientes e suas famílias, possibilitando a sua reintegração social.

A organização e disseminação de serviços de atendimento domiciliar democratiza o acesso destes pacientes ao SUS. Famílias de baixa renda que se utilizam do SUS, como as atendidas pelo PROVEMD (que têm renda média mensal de 2 salários mínimos) são as mais beneficiadas, facilitando significativamente o seu acesso à saúde.

Programas de cuidado domiciliar também contribuem para a sustentabilidade social e ambiental a médio e longo prazos:

1. A redução de custos com a desospitalização permite o redirecionamento de recursos financeiros para atividades voltadas à sustentação econômica e social das instituições relacionadas ao bem estar da população;
2. O cuidado domiciliar, ao otimizar a ocupação de leitos hospitalares, reduz a necessidade de ampliações na área construída dos hospitais destinadas a atendimento e internações, o que contribui para a redução do impacto ambiental e permite o aproveitamento destes espaços para outras finalidades.

REFERÊNCIAS:

1. Ambrosino N, Cline E. Long-term mechanical ventilation and nutrition. *Respiratory Medicine*. 2004; 98(5): 413-420.
2. Hanashiro M, Franco AO, Ferraro AA, Troster EJ. Care alternatives for pediatric chronic mechanical ventilation. *Jornal de Pediatria (Rio J)*; 2011: 87(2) (no prelo)