

## Desospitalização de pacientes dependentes de Ventilação Mecânica Domiciliar

Coordenação Estadual de Atenção Domiciliar

A transição epidemiológica e demográfica e os problemas sociais que atingiram o Brasil nos últimos anos, associados aos avanços na ciência e na tecnologia ao longo do tempo, têm qualificado o cuidado, mas também, mudado a rotina dos hospitais, causando um desequilíbrio importante entre oferta e demanda de leitos. As internações prolongadas, na maioria das vezes, são decorrentes de necessidades de tecnologias de alta complexidade, como a ventilação mecânica (VM), falta de cuidadores habilitados para garantir o cuidado após a alta hospitalar, vulnerabilidade e risco social aumentado, fazendo com que o usuário permaneça internado mesmo após a estabilização clínica, aumentando assim, o tempo de permanência no hospital e reduzindo a sua rotatividade. Para esses pacientes dependentes de VM, o hospital passa a ser o local de moradia, servindo como garantia de suporte ao cuidado. Estas hospitalizações prolongadas apresentam um alto custo para o sistema de saúde e muitas vezes poderiam ser evitadas por meio da substituição por internações domiciliares, através dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) – Programa Melhor em Casa.

O processo para a alta hospitalar oportuna e responsável é definido como desospitalização. A desospitalização deve fazer parte da rotina da assistência e da gestão do cuidado, previstos na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), que estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Considerando esse cenário, a desospitalização de pacientes em VM através dos SADs é uma ferramenta muito potente para aumentar a disponibilidade de leitos, humanização do cuidado e ressocialização dos usuários. Nesse contexto a alta hospitalar deve ser pensada, desde o início da internação, para todos os casos, em todas as faixas etárias (neonatal, pediátrico, adulto e principalmente para os idosos), incluindo aqueles que são admitidos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). O processo para desospitalizar, deve conter ações educativas (treinamento familiar) e assistenciais, visando a segurança do paciente, a promoção a saúde, a reabilitação funcional, e a oferta de cuidados paliativos, visando a compreensão dos casos quando não há possibilidade terapêutica de cura. Cada etapa desse processo exige habilidades, competências e atitudes para avaliar as demandas de cada usuário e

elaborar um plano de cuidados articulado com a equipe e familiares responsáveis, com demais pontos da RAS.

Nesse cenário a SES-GO tem mapeado entre os municípios contemplados com o Programa Melhor em Casa aqueles que não fazem a VM domiciliar e porque ainda não realizam, e com isso prepará-los com treinamento e capacitação sobre VM e telemonitoramento, manuseios dos equipamentos, matriciamento, clínica ampliada e autocuidado apoiado dentro da lógica do paciente dependente de VM. O objetivo é que essas equipes possam fazer diagnóstico, desenvolver o projeto terapêutico singular, ter aptidão no manuseio e na prática dos equipamentos (Ventiladores de Suporte a Vida, Bilevel, CPAP e concentradores de oxigênio) necessários para cada caso e promover a desospitalização de forma segura e com qualidade.

### **Conclusão**

A desospitalização pelos SADs de pacientes dependentes de VM, tem se desenvolvido enquanto política pública, trazendo novas organizações, novas tecnologias e novos modelos, exigindo dos profissionais envolvidos atualizações sobre formas de planejar e executar o cuidado. Evidencia-se que as equipes de saúde têm um importante papel nas ações, para além da prerrogativa profissional, incluindo habilidades de gestão, planejamento e gerenciamento adequado da situação, para que o processo de desospitalização seja segura e efetiva, trazendo melhorias na qualidade de vida dos pacientes e familiares e para o sistema de saúde.

### **Artigos relacionados ao tema**

1. Finkelstein, BJ, Borges Junior. LH. A capacidade de leitos hospitalares no Brasil, as internações no SUS, a migração demográfica e os custos dos procedimentos. J Bras Econ Saúde 2020; 12(3): 273-80.
2. Borges Júnior LH. Análise do custo efetividade de um serviço de Atenção Domiciliar [Tese]. Uberlândia - Minas Gerais: Universidade Federal de Uberlândia; 2018. 88 p.
3. Oliveira VP, Borges Junior LH. O papel do fisioterapeuta na desospitalização do paciente pediátrico. Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva; Martins JA, Schivinski CIS, Ribeiro SNS, organizadoras. PROFISIO Programa de Atualização em Fisioterapia Pediátrica e Neonatal: Cardiorrespiratória e Terapia Intensiva: Ciclo 7. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2019. P.3-34. (Sistema de Educação Continuada a Distância), V.4).
4. Borges Junior LH, Oliveira VP, Pires Neto RC. Desospitalização da unidade de terapia intensiva ao domicílio: o protagonismo do fisioterapeuta em todo processo. In: Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva; Martins JA, Reis LFF, Andrade FMD, organizadores. PROFISIO Programa de Atualização em Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto: Ciclo 12. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2021. P.129-58. (Sistema de Educação Continuada a Distância), V.1).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para a ventilação mecânica domiciliar [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Brasília : Ministério da Saúde, 2018.42 p. : il.
6. Brasil. Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016: Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde; 2016.

# EXPERIÊNCIAS EXITOSAS: CONTRIBUIÇÕES PARA A DESOSPITALIZAÇÃO

## Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) de Pirenópolis – Goiás

### Atendimento paciente classificado em AD3

Paciente 33 anos, diagnóstico de amiloidose e polimiosite, doenças crônico-degenerativas. Evoluiu com insuficiência respiratória e múltiplas complicações em janeiro de 2022. Permaneceu internada por cerca de 5 meses. Recebeu alta, dependendo de ventilação mecânica invasiva contínua, para acompanhamento domiciliar.

Para recebê-la, foi realizado reuniões com a equipe do hospital para programar a alta responsável. Capacitação teórica e prática sobre temas inerentes ao cuidado para toda equipe do Serviço de Atenção Domiciliar. Construído o plano terapêutico singular, com monitorização da troca de equipamentos, sinais vitais, parâmetros ventilatórios e intercorrências. Disponibilizado contato permanente com paciente e cuidadores. Aquisição de insumos necessários para os cuidados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Após a alta, realizado reavaliações e orientações frequentes da equipe médica e de enfermagem, assim como capacitação dos cuidadores. Em conjunto, promovido acompanhamento com psicologia, nutrição, fisioterapia e assistência social. Durante o seguimento, mantido reuniões semanais da equipe para reavaliação do plano de cuidados e demandas da equipe, paciente e familiares.

Desde a alta da paciente, há 8 meses, ela não teve nenhuma reinternação, permanece em domicílio desde então. Ganhou 15Kg, saindo da faixa de desnutrição, e aumento de massa e força muscular, possibilitando a paciente andar e realizar algumas atividades de vida diária de forma independente. Está em progressão do desmame ventilatório, possibilitando menor dependência ao ventilador. Mantido acompanhamento de exames laboratoriais e verificado

resolução de alterações prévias, como anemia e lesão renal aguda. Avanços na psicologia possibilitaram a suspensão de medicamentos ansiolíticos. Além disso, está conseguindo acompanhar o crescimento e dia a dia dos filhos, ir para a igreja e ver os amigos.

Esta equipe com compaixão, capacitação e proatividade, conseguiu superar esse grande desafio e fazer a diferença na vida da paciente e de toda sua família.

#### Equipe:

Médica – Mariana Silva Assunção

Enfermeira – Sara

Fisioterapeuta – Helem

Psicóloga – Regianne

Técnicos Enfermagem – Nathalia e João Olinto

Nutricionista – Layna

Assistente Social – Luciana

Coordenadora – Leticia

### Equipe Programa Melhor em Casa - CRER

#### “CRER em Casa”

### Desospitalização de pacientes em Ventilação mecânica.

O SAD CRER, chamado de “CRER em Casa”, realiza a desospitalização e o acompanhamento dos pacientes com ventilação invasiva em domicílio.

Para a Supervisora de Enfermagem do Crer em Casa, Hélvia Fernandes de Assis, “O Serviço de Atenção Domiciliar tem o objetivo de promover a desospitalização dos pacientes que têm condições de retornar ao domicílio e ao contexto familiar, promovendo a humanização da assistência, bem como a readaptação dos pacientes a nova condição de vida por meio da capacitação dos familiares. Através do suporte da equipe multiprofissional, é possível capacitar, orientar,

acompanhar e reinsserir esses pacientes novamente à sociedade”.

O Fisioterapeuta Renato Soares de Lima, que também faz parte do SAD CRER, compartilha que “a capacitação da família inicia ainda quando o paciente está internado, onde os pacientes e cuidadores são orientados e treinados, isso proporciona maior segurança à família no momento da transição dos cuidados. Sendo assim, a desospitalização ocorrerá de forma segura, confiável e necessária para o bem-estar do paciente”.



Equipe SAD CRER

### **Saúde no Lar – Serviço de Atenção Domiciliar - (SAD) HDS** **Antibioticoterapia no domicílio.**

Em Dezembro de 2022 o programa Saúde no Lar do Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária Colônia Santa Marta (HDS) completa 1 ano de funcionamento e o nosso presente é a plena atuação do serviço que já atende 120 pacientes por mês.

Desde a sua implementação, o SAD HDS já acompanhou 202 pacientes de Goiânia, Aparecida de Goiânia, Trindade, Senador Canedo, Guapó, Nerópolis, Inhumas e Goianira. Ao todo, foram prestados mais de 5000 atendimentos multiprofissionais.

Dentre os diversos atendimentos prestados destaca-se a administração de antibióticos em domicílio. No total, 5 tiveram a oportunidade de ir para casa receber as medicações no conforme do seu domicílio.

Essa modalidade de cuidado permitiu abreviar a internação hospitalar de um dos pacientes em 142 dias, quase cinco meses, que era o tempo restante de tratamento de um dos pacientes atendidos pelo serviço. Como as medicações são de administração diária, o SAD visita os pacientes diariamente incluindo fins de semana e feriados. No total, 284 doses de medicamentos já foram administrados em domicílio com excelência pelo serviço.

Cumprindo o propósito de cuidar de vidas, o SAD HDS é um serviço inovador e essencial para o SUS, promove giro de leito na rede hospitalar, desospitalização segura e assertiva além de uma gestão eficiente de recursos públicos. O SAD HDS veio para agregar valor na assistência prestada aos usuários do SUS.



Equipe SAD HDS

## **Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) de Ceres – Goiás**

### **Resumo do Estudo de Caso Sobre Tratamento da Síndrome de Fournier.**

A Síndrome de Fournier é uma patologia infecciosa grave e rara, de natureza polimicrobiana e de rápida progressão. Acomete a região genital e áreas adjacentes com intensa destruição tissular que caracteriza necrose intensa.

Paciente L.S. 35 anos em prisão domiciliar, acamado, com obesidade grau IV, portador de hipotireoidismo, hipertensão arterial, pré diabético. Foi encaminhado pelo HCN Uruaçu ao SAD do município de Ceres em junho de 2022 com diagnóstico de Síndrome de Fournier, com ferida em virilha e região pubiana, incluindo órgãos genitais, medindo 18 cm de diâmetro por 6 cm de largura.

Foi introduzido tratamento sistêmico com uso de antibioticoterapia oral: Ciprofloxacino 500 mg de 12 em 12 horas e parenteral: Ceftriaxona 2g EV/IM e analgésicos de alta potência: Morfina 10 mg, Tramadol 100 mg e Codeína 30 mg. Para o tratamento tópico utilizamos a Sulfatiazina de Prata a 1% e Aloe Vera com glicerina a 5%.

A cicatrização completa se deu em 2 meses e 11 dias, tempo inferior ao encontrado na literatura que foi de 3 a 6 meses. Concluímos que o tratamento adotado para esse caso foi muito satisfatório, podendo ser usado com sucesso em outros casos de Síndrome de Fournier.

#### **Organização :**

Paula dos Santos Pereira - Superintendente de Políticas e Atenção Integral à Saúde

Camila da Cruz Brum e Alencar - Gerente de Atenção Especializada

Sebastiana Maria de Paulo Nunes - Coordenadora Serviço de Atenção Domiciliar

Marli Alves de Oliveira Barbosa - Técnica em Saúde / Coordenação de Atenção Domiciliar

Neiva Fernanda Chinvelski Duarte - Analista de saúde / Coordenação de Atenção Domiciliar

#### **Contato:**

(62) 3201-7038

E-mail: [atencaodomiciliargoiias@gmail.com](mailto:atencaodomiciliargoiias@gmail.com)

