

S.O.S. Vida

Inovando em Saúde



Organization Accredited
by Joint Commission International

Ano 11 · Nº 33 · Jun./Jul./Ago. · 2016

4 Desospitalização é desafio para instituições de saúde

6 Especialista aborda controle de infecção em Home Care





Editorial

O informativo da S.O.S. Vida traz como tema central um assunto da mais alta relevância para o setor de saúde brasileiro: a desospitalização. Com o envelhecimento da população, os hospitais têm tido uma demanda crescente de pacientes que nem sempre precisam ocupar um leito por muito

tempo. Fomos ouvir representantes de dois grandes hospitais para saber o que tem sido feito nessa área, além do ponto de vista de uma grande operadora de plano de saúde.

Outro assunto importante abordado nessa edição é a questão das superbactérias. Ouvimos um dos grandes infectologistas

da Bahia, o médico Antônio Bandeira, que fala dos mitos e verdades sobre o tema.

A publicação destaca também a questão dos cuidados paliativos, trazendo um exemplo bem conduzido pela equipe multidisciplinar de nossa filial de Aracaju.

Boa leitura!

NOTÍCIAS S.O.S. VIDA

ENFERMEIROS E ASSISTENTES SOCIAIS CUIDAM DO VISUAL E GANHAM PRÊMIOS

Como faz há 13 anos, a S.O.S. Vida promoveu mais um Qualidade de Vida em comemoração aos dias do Enfermeiro (12 de maio) e Assistente Social (15 de maio). O evento aconteceu dia 16 de maio no salão Maison da Beleza, no Caminho das Árvores, e os homenageados compareceram em peso para desfrutar dos serviços de beleza oferecidos. Além de cuidar do visual, alguns participantes ainda voltaram para casa com presentes muito especiais. Foram sorteados kits S.O.S. Vida, uma diária na Pousada Casa de Praia, com acompanhante, em Praia do Forte; um vale hidratação, corte e escova, cedido pelo Maison da Beleza; e um kit com produtos L'Oréal.



SESSÕES CIENTÍFICAS ATUALIZAM CORPO CLÍNICO

Com a programação fechada até o final do ano, as Sessões Científicas promovidas mensalmente pela S.O.S. Vida têm ajudado a atualizar os médicos e enfermeiros que atuam na empresa. A cada mês um tema diferente é debatido, tendo como facilitador sempre um médico da S.O.S. Vida. Realizado na primeira quarta-feira do mês, às 19h, o evento é transmitido para a filial de Aracaju.

ARACAJU REALIZA II ENCONTRO DE HOME CARE

Médicos e representantes de hospitais e operadoras de planos de saúde participaram, dia 7 de abril, do II Encontro de Home Care Aracaju, que debateu o tema "O Ciclo do Cuidar: do hospital ao domicílio", no Celi Praia Hotel. Foi uma oportunidade de debater assuntos como "Tendências e desafios da gestão de leitos" e "Judicialização no setor de saúde". Uma das palestrantes foi a médica **Christina Ribeiro**, que falou sobre o processo de desospitalização de pacientes no Hospital Albert Einstein (São Paulo).



S.O.S. Vida
Inovando em Saúde

Esta é uma publicação da S.O.S. Vida

Av. Dom João VI, 152, Brotas
Salvador/BA – Cep: 40.285.001
Tel.: (71) 3277-8004

Rua Itabaiana, 952, Centro
Aracaju-SE – Cep: 49015-110
Tel.: (79) 3712-7904

www.sosvida.com.br

Conselho editorial

Edmundo Ribeiro,
José Espiño Silveira,
Franklin Araújo e
Efigênia Vieira.

Diretoria Médica

José Espiño Silveira, CRM 6267

Jornalista Responsável

Adelmo Borges
Triciclo Comunicação

Criação e Editoração

Autor Visual Design Gráfico
Tel.: (71) 3232-2722

Impressão

Luripress
Tel.: (71) 3205-1600

Tiragem

2.000 exemplares



Organization Accredited
by Joint Commission International

Alívio da dor quando não existe mais chance de tratamento

ONCOLOGISTA DESTACA A IMPORTÂNCIA DE ESCLARECER AS FASES DA DOENÇA PARA O PACIENTE E A FAMÍLIA



Quando soube que iria se submeter a um tratamento para combater um tumor no cérebro, Kátia Lima Cardoso, 64 anos, avisou aos quatro filhos e ao marido que quando saísse do hospital queria ficar em casa. Seu desejo foi atendido e, depois de vários tratamentos, sem sucesso, foi submetida a cuidados paliativos e faleceu ao lado dos familiares.

A paciente foi internada em Home Care pela filial da S.O.S. Vida em Aracaju e a filha de Kátia Lima Cardoso, a médica Adelle Lima Cardoso, elogia o trabalho realizado. “O atendimento foi muito bom e minha mãe teve toda a assistência necessária”, recorda.

Adelle lembra que a mãe, depois de lutar contra a doença por dois anos e quatro meses, faleceu em junho deste ano, ao lado dos familiares, como era seu desejo. Defensora dos cuidados paliativos, a médica diz que sempre que pode divulga esse tipo de tratamento entre seus pacientes e amigos, pois ainda é pouco conhecido na cidade.

O médico oncologista que acompanhou Kátia Lima Cardoso, **André Peixoto**, destaca que o conhecimento da família e do paciente sobre cuidados paliativos depende muito do profissional de saúde, que deve esclarecer, desde o início, as fases da doença e os futuros desdobramentos. “Quando isso acontece, fica mais fácil o entendimento quando o câncer evolui de tal forma que não existe mais chance de tratamento”.



Dr. André Peixoto ressalta ainda que quando o paciente se submete aos vários tipos de tratamento existentes (como radioterapia e quimioterapia), sem sucesso, o ideal é iniciar um trabalho de cuidados paliativos para evitar sofrimento. “O mais importante, nesses casos, é a qualidade de vida do paciente”, diz o médico, acrescentando que existem várias possibilidades.

Uma delas é o tratamento da dor causada pela doença. Tem ainda o acompanhamento dos efeitos colaterais tardios (sequelas) relacionados às limitações motoras e o preparo psicológico (paciente e sua família). No caso do tratamento para a dor, o médico diz que tanto pode ser usado o medicamento tradicional quanto técnicas não farmacológicas, como a acupuntura.

Com relação às limitações motoras, o indicado é a fisioterapia e, para uma melhor aceitação do processo, o ideal é um acompanhamento psicológico desde o início da doença, com uma abordagem sobre o próprio conceito de morte.

Instituições criam setor de gestão de leitos para agilizar desospitalização

A INTENÇÃO É QUE OS PACIENTES NÃO OCUPEM OS LEITOS DESNECESSARIAMENTE



A desospitalização é uma tendência mundial. Em países da Europa, por exemplo, já existe uma consciência de que o leito hospitalar é para a fase aguda de uma doença e não para pacientes crônicos. No Brasil, cuja população está com uma expectativa de vida de 75 anos, essa realidade também vem se consolidando. Hoje, todos os grandes hospitais do país já têm equipes trabalhando para que o paciente permaneça o menor tempo possível no leito. Os planos de saúde, por sua vez, também apontam essa solução como a mais viável para pacientes crônicos.

Em Salvador, o Hospital São Rafael possui um setor encarregado somente em gerir leitos. Formada pelo médico **Luís Soares**, uma enfermeira e duas assistentes sociais, a equipe atua para diminuir o tempo de permanência dos pacientes.

O hospital conta com 364 leitos, incluindo 70 de medicina intensiva e um Day com 36 leitos, além de uma emergência com 28 leitos de observação.

“Esse trabalho começou a ser profissionalizado a partir de 2012, sendo incluído no planejamento estratégico da instituição. Na época, o hospital tinha 256 leitos e uma taxa de ocupação alta, metade entrando pela emergência, sem controle. A estratégia foi otimizar o número de leitos, com uma desospitalização segura”, diz Luís Soares.

Ainda segundo o médico, alguns estudos mostram que a diminuição de um dia de permanência de um paciente em um hospital de 250 leitos, por exemplo, é como se a instituição tivesse ganhando, ao longo de um ano, um outro hospital com 60 leitos. “Por isso nosso esforço para evitar uma permanência desnecessária”.

O São Rafael, explica o coordenador, é filantrópico e atende pacientes de SUS e de

convênio. “Os perfis são diferentes. Enquanto os primeiros geralmente são mais complexos, os de convênio ficam menos tempo”, ressalta o médico, acrescentando que a média de permanência de pacientes do SUS, que já chegou a ser de 10 dias, hoje é de 6,7. Já o de plano de saúde, que era de 6, hoje é 4,7.

O médico destaca que a estratégia envolve várias frentes, como conscientizar os médicos para uma maior agilidade no diagnóstico, acertos com a equipe interna para não atrasar os exames e um acordo com os planos de saúde para acelerar as autorizações.

Em relação ao Home Care, que também contribui para a desocupação dos leitos, o médico diz que foi criada uma estrutura no São Rafael para o aumento da adesão a esse tipo de serviço, tanto para o médico solicitar, quanto o convênio liberar com agilidade. “Criamos formulários adequados para facilitar os pedidos”, diz Luís Soares, acrescentando que existem critérios de identificação do

paciente que entra e tem grande chance de ir para internação domiciliar. “Paciente de cirurgia oncológica complexa, provavelmente vai ficar muito tempo internado e pode precisar de Home Care”.

O coordenador acrescenta que o setor de admissão já alerta para a equipe de gerenciamento de leitos quando entra um paciente com perfil de longa permanência. “Dessa forma, começamos a trabalhar a saída dele já na chegada”.

O médico destaca ainda que o corpo clínico já está mais consciente desse cenário e lembra a iniciativa da S.O.S. Vida, que promoveu, recentemente, um evento de esclarecimento sobre o assunto no São Rafael (veja box abaixo).

EINSTEIN TEM PLANEJAMENTO DE ALTA

A realidade de São Paulo não é diferente. De acordo com **Claudia Regina Laselva**, gerente de pacientes internados e apoio assistencial do Hospital Israelita Albert Einstein,

todo paciente, ao internar, tem um plano terapêutico multidisciplinar e uma previsão para alta hospitalar, além de uma avaliação de riscos para longa permanência e um planejamento para a alta, com foco em identificar e mitigar os fatores que podem dificultar a desospitalização. “Nesse cenário, a educação do paciente e da família merece especial atenção. Atuamos em duas frentes. Uma delas consiste no processo de melhoria no planejamento e educação para a alta do paciente de curta permanência. E

outra envolve um grupo multidisciplinar, o GPC (Gestão de Pacientes Crônicos), que atua junto ao paciente e à família, médico, equipes interdisciplinares e operadoras de saúde no sentido de sincronizar as ações para que a desospitalização aconteça de maneira segura e rápida”.

Cláudia destaca ainda que essa prática é relativamente recente no Einstein, implantada com o Programa Acelerador do Fluxo do Paciente, em 2011. Atualmente, existem duas metas na instituição: redução de tempo médio de permanência dos pacientes e redução do percentual de leitos/dia ocupados com pacientes de longa permanência. “As metas são avaliadas todos os meses e há planos de melhoria para cada meta não atingida”, ressalta a especialista.

Na opinião de Cláudia, o Home Care tem papel fundamental na desospitalização, seja no paciente agudo ou crônico. No agudo, o preparo para alta do paciente começa antes de ele internar. “Em algumas cirurgias, como nas ortopédicas, pacientes recebem visita pré-operatória do Home Care em suas casas, que avalia e adapta as condições ambientais e educa paciente e família para o período de internação e pós-alta”.

INDICAÇÃO PARA INTERNAÇÕES PROLONGADAS

Para os convênios de saúde a desospitalização também é uma boa opção, sobretudo para pacientes crônicos. Na opinião de **Andréa de Medeiros Matsushita**, superintendente de operações médicas da SulAmérica Seguros, para internações prolongadas com necessidades assistenciais mais complexas, o ideal é o paciente ir para o Home Care, que funciona, por exemplo,

como alternativa para finalização de alguns tratamentos demorados, “como o término de antibioticoterapia ou realização de curativos para feridas complexas”, destaca.

O Home Care, prossegue a superintendente, quando indicado de acordo com critérios técnicos adequados, além de menos oneroso do que a permanência hospitalar, apresenta como vantagens a manutenção da assistência necessária, o fato de o paciente ficar menos exposto ao stress ocasionado por uma internação hospitalar (como risco de infecções hospitalares, por exemplo), estar em ambiente conhecido, mais tranquilo e aconchegante, e, ainda, representa maior comodidade aos seus familiares, que podem participar mais ativamente do tratamento e da recuperação.

Para garantir a segurança de seus clientes, a SulAmérica utiliza um controle, desde 2012, o Índice de Qualidade da Assistência Domiciliar (IQAD). É uma ferramenta de gestão através da qual as empresas prestadoras de serviço de Home Care são avaliadas anualmente em quatro dimensões: Desfecho Clínico, Operação, Investimento e Estrutura e Satisfação do Cliente.

Esta avaliação permite, tanto à operadora quanto às empresas prestadoras de serviço, maior conhecimento dos pontos fortes e de atenção que podem ser aprimorados. “Como consequência, é garantido aos nossos clientes maior segurança na prestação de serviços”, finalizou.



S.O.S. VIDA PROMOVE CICLO DE PALESTRAS

Para esclarecer e tirar dúvidas sobre o processo de desospitalização, a S.O.S. Vida vem promovendo, desde janeiro, encontros com o corpo clínico dos principais hospitais de Salvador. Já foram realizados com os hospitais Aliança, Evangélico, Português, São Rafael e Santa Izabel.

A médica Mônica Moreno, coordenadora clínica da S.O.S. Vida, apresenta o tema “Desospitalização: possibilidades e desafios”, abordando vários aspectos, como a importância da detecção precoce de pacientes com indicação para internação domiciliar e como fazer uma desospitalização segura. Depois a plateia participa, fazendo perguntas.

A médica Gabriela de Souza, do Santa Izabel, destaca a importância do encontro. “Eu achei o evento interessante, porque mostra o serviço oferecido e os critérios. Muitas vezes as pessoas não têm uma noção do que é um paciente elegível para Home Care e de como é prestado esse cuidado”, disse.





“A bactéria multirresistente não é mais agressiva que as outras”

UM DOS MAIS CONCEITUADOS INFECTOLOGISTAS DA BAHIA, COM 30 ANOS DE CARREIRA, O MÉDICO **ANTÔNIO CARLOS DE ALBUQUERQUE BANDEIRA** RECEBEU A REPORTAGEM DO INFORMATIVO DA S.O.S. VIDA PARA FALAR SOBRE BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES E SOBRE O CONTROLE DE INFECÇÃO EM HOME CARE. PROFESSOR DA FTC E COORDENADOR DO SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO DO HOSPITAL ALIANÇA, O MÉDICO FEZ RESIDÊNCIA E MESTRADO NA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP) E CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO NOS EUA, NA UNIVERSIDADE JOHNS HOPKINS.

Em seu cotidiano, o Sr. tem sentido uma maior conscientização dos profissionais de saúde sobre cuidados para evitar infecção?

Hoje sim, mas quando eu me formei, praticamente não se falava no assunto. O grande impulsionador dessa conscientização foi a AIDS. Antes dessa doença, não havia um controle tão rigoroso no uso da agulha, nem no contato com o sangue e material biológico dos pacientes. O aparecimento da AIDS, em meados dos anos 1980, fez com que houvesse uma preocupação universal sobre o assunto. Logo depois, os profissionais da área de saúde passaram a falar em processo de infecção hospitalar, tendo um maior cuidado com a higienização das mãos e dos equipamentos. Hoje em dia já existe uma grande quantidade de artigos, revistas especializadas e congressos voltados para esse tema.

“O aparecimento da AIDS fez com que houvesse uma preocupação universal sobre infecção”

O cuidado deve ser redobrado para se evitar a superbactéria? O que é mito e o que é verdade sobre esse assunto?

Existem as duas coisas. A verdade é que as bactérias sofrem uma adaptação natural. Se o ambiente se torna mais hostil, aqueles clones de bactéria que não se adaptam ao ambiente morrem. E vão sobrevivendo aquelas que têm maior resistência às situações adversas, seja devido ao próprio meio, seja quando são expostas aos antibióticos. Vão morrer 99,9%, mas a quantidade mínima que sobra começa a ficar resistente. Dentro da unidade de saúde, ela passa de um paciente que está saindo para outro que está entrando e este sucessivamente para os demais. Ela pode também permanecer no ambiente hospitalar, nas mesas, nas camas e nos equipamentos em geral.

O mito é que essas bactérias são extremamente violentas e vão matar todo mundo. Elas não são consideradas mais virulentas (capacidade de causar doença grave) do que as outras. Na verdade, elas causam a mesma doença que aquela que não tem essa resistência. O *Staphylococcus aureus*, por exemplo, sensível a todos os antibióticos, é capaz de causar a mesma doença que a bactéria resistente a diversos antibióticos.

O que acontece é que quando a superbactéria causa doença e o médico não sabe que ela está presente, ele vai prescrever vários tipos de antibióticos e o doente tende a piorar. Com o tempo, ele pode vir a falecer.

A tecnologia não avançou nesse campo para detectar exatamente a bactéria que a pessoa tem?

Hoje fazemos a chamada cultura de vigilância, cultivando várias superfícies do corpo (como cavidade oral e região perianal) para ver se no laboratório detectamos as bactérias multirresistentes. Só que isso não dá para fazer com todo mundo, pois tem um custo alto e um trabalho grande do laboratório. Só se faz isso em pacientes com maior risco para colonização, como aqueles que estão muito tempo na UTI ou internados e também aqueles que estão tomando antibiótico por um período prolongado. Pacientes que vêm de outros hospitais também são submetidos a essa vigilância, pois podem estar trazendo uma bactéria resistente.

Em relação ao Home Care, os cuidados são diferenciados?

O Home Care recebe muitas vezes o paciente crônico, aquele indivíduo que foi submetido a um grande número de antibióticos e pode ter uma bactéria multirresistente. No domicílio, mesmo que ele esteja com uma infecção, essa bactéria não vai se manifestar e, como eu disse, ela não é mais agressiva que as outras. As pessoas nem vão saber que se

contaminaram e essa bactéria vai viver transitoriamente, pois a flora normal dos indivíduos saudáveis muitas vezes a suplanta. Resumindo: em contato com pessoas saudáveis, essas bactérias não causam risco algum.

O que eu acho importante no Home Care é o cuidado que os profissionais de saúde devem ter com a higienização das mãos e dos equipamentos utilizados. A preocupação em uma residência deve ser a mesma de um hospital. Ou seja, usar luva, avental, higienizar as mãos e utilizar álcool gel com frequência.

Qual o comportamento que a família deve ter?

Tomar as precauções de higiene necessárias, mas sem deixar de ter contato com o paciente. Essas bactérias resistentes às vezes persistem por dois anos. Não podemos manter o paciente dentro de casa isolado dos familiares todo esse tempo. Até porque ele foi para casa para ser abraçado, ter contato com os entes queridos.

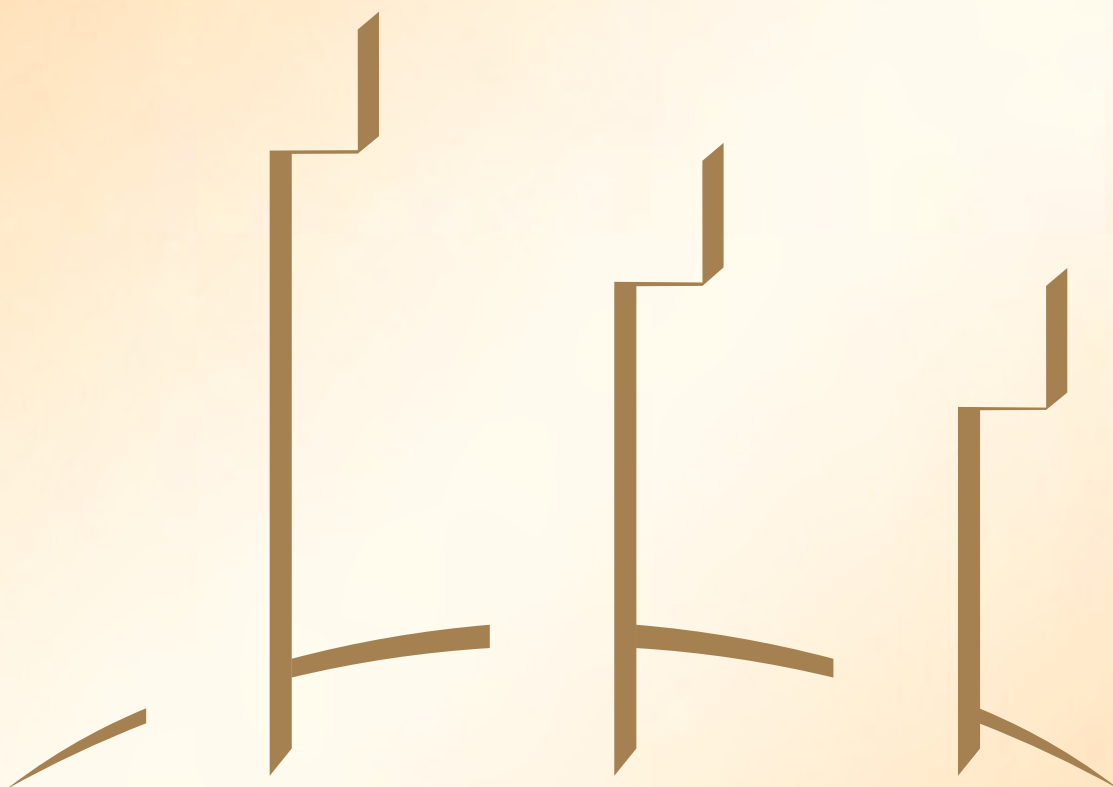
Qual a mensagem final que o Sr. deixaria sobre esse assunto?

A bactéria multirresistente não causa doença, necessariamente. Ela não voa e não pula de uma pessoa para a outra. A forma de transmissão mais comum é o contato. Às vezes o indivíduo tem uma bactéria no trato gastrointestinal, mas está colonizada na pele, na boca. Ele cumprimenta uma pessoa e esta, ao levar a mão ou um alimento à boca, acaba se contaminando. Por isso é fundamental que as pessoas se preocupem em higienizar as mãos com frequência e os profissionais de saúde fiquem atentos também aos instrumentos que entram em contato com o paciente, como o estetoscópio, por exemplo.

“O importante no Home Care é o cuidado que os profissionais de saúde devem ter com a higienização das mãos e dos equipamentos utilizados”

S.O.S. VIDA - 5 ANOS EM 1º LUGAR

A VERDADEIRA REFERÊNCIA EM HOME CARE.



**PRÊMIO BENCHMARKING
SAÚDE 2015/16**

S.O.S. Vida
Inovando em Saúde



Organization Accredited
by Joint Commission International