

Contribuições da Consulta Pública - Formulário Técnico - Ventilação mecânica na insuficiência respiratória - CONITEC

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
25/10/2017	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	1ª - Concordo totalmente com a recomendação preliminar 2ª - Não 3ª - Não 4ª - Não 5ª - Não	
25/10/2017	Profissional de saúde	1ª - Concordo totalmente com a recomendação preliminar. A desospitalização não é só uma tendência como uma realidade com o programa melhor em casa! 2ª - Não 3ª - Não 4ª - Não 5ª - Não	
26/10/2017	Profissional de saúde	1ª - Concordo totalmente com a recomendação preliminar 2ª - Sim, 3ª - Sim, 4ª - Sim, 5ª - Não	
26/10/2017	Profissional de saúde	1ª - Concordo totalmente com a recomendação preliminar. Temos experiência aqui no estado da BAHIA, trabalho na Air liquide do Brasil, sou fisioterapeuta de formação, aqui trabalho como consultor em terapia respiratória. Temos parcerias com um hospital filantrópico, cujo a desospitalização acontece via PAVD- programa de assistência ventilatória domiciliar, entretanto, em alguns municípios ocorrem em parceria com o Estado, e estes pacientes são desospitalizados. Hoje temos cerca de 40 pacientes desospitalizados. 2ª - Não 3ª - Não 4ª - Não 5ª - Não	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
26/10/2017	Profissional de saúde	1ª - Concordo totalmente com a recomendação preliminar 2ª - Não 3ª - Não 4ª - Não 5ª - Não	
26/10/2017	Profissional de saúde	1ª - Concordo totalmente com a recomendação preliminar 2ª - Sim, Minha experiência com VMID é muito positiva, os cuidadores quando bem capacitados, conseguem tranquilamente prestar os cuidados necessários 3ª - Sim, O custo para as famílias aumenta. 4ª - Sim, Para os municípios o custo com estes equipamentos de alta tecnologia irão significar grande aumento.Será necessário um repasse da nação diferenciado aos municípios que adequarem e incorporarem esta modalidade na assistência 5ª - Não	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
26/10/2017	Profissional de saúde	<p>1ª - Concordo totalmente com a recomendação preliminar. Em Curitiba, no ano de 2013, a Secretaria de Saúde do Paraná (SESA), conseguiu compreender através de uma fisioterapeuta Cardiopulmona que sou eu, r que para o aparelho respiratório era composto de pulmão, caixa torácica, inervação, nervos motores e sensitivos, trocas gasosas, ou seja o programa de oxigenoterapia precisaria de todas os equipamentos necessários para que atendesse a diversos que atendesse a diversas patologias do aparelho respiratório. Com esta aceitação, fizeram licitação para equipamentos: como ventilador domiciliar para pacientes traqueostomizados, Bilevel com duas pressões para pacientes com insuficiência respiratória porem não tranqueostomizados, equipamento para realizar a tosse, ajudando na expectoração como Cough Assist, ajudando na eficácia da retirada da secreção que poderia causar pneumonia, equipamento oxigenoterapia como concentrador portátil, cilindro de oxigênio, concentrador de oxigênio domiciliar, oxímetro para aferição do oxigênio, aparelho para aspiração de secreção, traqueo fonada para o paciente falar. Esta licitação facilitou muito a implantação do projeto em Cascavel pois um dos grandes motivos para o paciente não ir para sua casa, era a falta de equipamentos adequados com sua patologia.CONCORDO MEGA PLENAMENTE, POIS TODOS OS PACIENTES E REPORTAGENS QUE VERÃO ABAIXO FORAM TIRADOS POR QUE HOUVE ALGUNS MÉDICOS INTERESSADOS, ALGUNS FISIOTERAPEUTAS , ENFERMEIRAS, PSICÓLOGOS DO PARANÁ COM INTERESSE EM AJUDAR.SE PUDER FAZER PARTE DO PROJETO DE IMPLANTAÇÃO IRIA REALIZAR=ME.</p> <p>2ª - Sim, O que impulssionou-me para querer implantar e estudar este assunto, foi o fato destes pacientes abaixo, todos em ventilacao mecanica 24 horas, e tiramos na garra, pois no Paraná, há 399 municipios, destes 69 têm gestão plena, Curitiba é um destes e o detalhe o programa de oxigenoterapia de Curitiba não contempla ventilador domiciliar 24 horas, somente tem poucos bipap, cpap e concentrador domiciliar de oxigênio, por exemplo o SAD do Hospital do Idoso Zibia Arns, nao atua desospitalizando pacientes idosos em ventilação mecânica, nem o município de Curitiba nem a maioria do Paraná.Veja a reportagem da contribuicao de pacientes que tiramos na "garra". Inclusive há pacientes que fizemos a campanha e houve doações onde instalamos em 7 pacientes.http://g1.globo.com/pr/parana/paranatv-1edicao/videos/t/edicoes/v/programa-disponibiliza-equipamentos-de-respiracao-para-pacientes-voltarem-para-casa/4468353/http://g1.globo.com/pr/parana/paranatv-1edicao/videos/t/edicoes/v/duas-familias-pedem-ajuda-para-continuar-com-o-tratamento-das-filhas-em-casa/4465395/http://g1.globo.com/pr/parana/bom-dia-pr/videos/t/edicoes/v/greve-de-funcionarios-da-apr-prejudica-o-tratamento-de-pacientes/5701884/</p> <p>3ª - Sim, O mestrado que pretendo estudar verifica exatamente isto ou seja o benefício de levar o paciente 24 horas em ventilação mecânica para casa, quantificando a quantidade de leitos e com isto a economia do SUS e maior rotatividade</p> <p>4ª - Sim, No primeiro momento o SUS terá que investir mais na implantação, com equipamentos corretos, contratação de servidores públicos, e toda estrutura necessária., mas no futuro mediato terão que investir menos nos leitos de hospitais, pois pacientes crônicos em ventilação mecânica que ficam 5 anos no hospital, como aconteceu com Brian de Cascável poderão ir para casa.</p> <p>5ª - Sim, Acredito que toda a equipe que fez o Melhor em Casa e da CONITEC estão de Parabéns.... e se eu</p>	<p>Clique aqui</p> <p>Clique aqui</p> <p>Clique aqui</p> <p>Clique aqui</p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p> pudesse ajudar na implantação da ventilação mecânica que especializei, eu iria trabalhar nestes focos abaixo: Implantar um sistema de desospitalização de pacientes dependentes de ventilação mecânica invasiva, não invasiva como ventilador para Home Care , dois níveis de pressão como BIPAP, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, reduzir os custos, a desinstitucionalização, qualidade de vida para os pacientes e a ampliação da autonomia dos usuários. Implantar o Programa de Atendimento Domiciliar (PAID) nos Municípios sincronizado com os equipamentos respiratórios que as Secretarias da Saúde dos Estados devem ter licitados. O maior problema percebido são as Secretarias das Saúdes terem licitados todos os equipamentos respiratórios necessários e ter uma equipe multidisciplinar especialista em terapia intensiva para atendimento domiciliar. OBJETIVOS ESPECÍFICOS - Reduzir os custos efetivos; - Diminuir o tempo de permanência do paciente x hospital; - Reorganizar as equipes que prestam atenção domiciliar; - Redução da demanda por atendimento hospitalar; - Aumentar o número de leitos no hospital para pacientes que estão na lista de espera; - Treinar as equipes multidisciplinar; - Treinar as equipes das Secretarias da Saúde; - Padronizar o modelo de edital para a licitação de equipamentos para ventilador domiciliar 24 horas, traqueostomizados.. Bilevel para pacientes não traqueostomizados com insuficiência respiratória , CPAP para pacientes com apnéia do sono, cough assist para pacientes com muita secreção ou seja todo paciente de ventilação mecânica receberia um cough assist, concentrador portátil de oxigênio, concentrador domiciliar, oxímetro, aspirador com bateria interna, no break para BIPAP e Ventilador. NA REALIDADE, EU COMO PROFISSIONAL DA SAÚDE, FISIOTERAPEUTA CARDIO PULMONAR COM RESIDÊNCIA NO INCOR/HC/SP, EM SAÚDE PÚBLICA, ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR E MBA EM GESTÃO DE NEGÓCIOS E MARKETING E POSSÍVEL MESTRANDA NA FEDERAL COM ORIENTADOR DR PAULO SANDOVAL E DR MILTON HANACHIRO , GOSTARIA MUITO QUE TODOS OS MUNICÍPIOS DO PARANÁ, TRABALHASSE COMO OXIGENOTERAPIA COMO UM TODO OU SEJA O PULMÃO NÃO É SÓ TROCAS GASOSAS, FORA DELE TEM A CAIXA TORÁCICA QUE HÁ MÚSCULOS E QUEM OS SUBSTITUI SÃO OS VENTILADORES DOMICILIARES , BILEVEL.. ACREDITO QUE O PROJETO PARA DAR REALMENTE CERTO SOBRE O TEMA VENTILAÇÃO MECÂNICA 24 HORAS EM CASA, TODOS OS MUNICÍPIOS QUE ADERIREM PARA RECEBEREM A VERBA TEM QUE TER O KIT RESPIRATÓRIO QUE SÃO OS EQUIPAMENTOS ACIMA) . OUTRO GRANDE DETALHE QUE VEJO QUE AS EMPRESAS QUE FORNECEM OS EQUIPAMENTOS QUEREM INFLUENCIAR QUEM FAZ EDITAL DAS SECRETARIAS DAS SAÚDE PARA SEUS EQUIPAMENTOS SEM PENSAR O QUE É MELHOR PARA O PACIENTE, POR ISTO SUGIRO QUE SEJA PADRONIZADO OS EQUIPAMENTOS PARA TODOS OS MUNICÍPIOS QUE ADERIREM E ASSIM, NÃO HAJA BENEFÍCIO PARA OS FORNECEDORES E SIM PARA O PACIENTE...TAMBÉM, SUGIRO QUE A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NÃO SEJA LEIGA NO ASSUNTO EM TERAPIA INTENSIVA E QUE ENTENDAM DOS EQUIPAMENTOS.. ACREDITO QUE O MINISTÉRIO DA SAÚDE DEVERIA REALIZAR UMA EQUIPE ESPECIALISTA NESTE ASSUNTO, COMO FUNCIONÁRIO PÚBLICO E ESTES SERIAM OS DIFUNDIRIAM O PROJETO PELO BRASIL. ACREDITO QUE O MINISTÉRIO DA SAÚDE DEVERIA TER UMA EQUIPE DE AUDITORIA E VISITAR CASA MUNICÍPIO QUE ADERIU E CONFERIR A EFICÁCIA, EFICIÊNCIA E EFETIVIDADE PARA TODOS PUDESSEM LEVAR A SÉRIO O PROJETO. CASO NÃO ATENDESSE, FOSSE CORTADO A VERBA. POR FIM, SOMENTE QUERO QUE ESTES INÚMEROS PACIENTES DO PARANÁ QUE ESTÃO NO PACIENTE POR FALTA DE VENTILADOR PULMONAR </p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		DOMICILIAR PUDESSE RECEBER ESTE EQUIPAMENTO E FOSSE PARA CASA PARA MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA, ESTAR COM SEUS FAMILIARES, LIBERAR A VAGA DO HOSPITAL PARA OUTROS PACIENTES QUE REALMENTE, PRECISAM ESTAR DENTRO DO HOSPITAL.	
26/10/2017	Profissional de saúde	<p>1ª - Concordo totalmente com a recomendação preliminar. Sou pediatra, em 2002, assumi meu primeiro paciente em ventilação mecânica domiciliar. Desde 01/03/05 coordeno o Programa de Assistência Ventilatória Domiciliar (PAVD) do Hospital Infantil Albert Sabin em Fortaleza -Ceará cujo perfil de pacientes assistidos em domicílio está definido pela dependência de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva.</p> <p>2ª - Sim, É importante estimular e proporcionar condições para que os serviços publiquem os resultados da assistência domiciliar inclusive com indicadores de resultados. No entanto, já existem indicadores estabelecidos pela ANVISA que são registrados no serviço que coordeno e que utilizamos mensalmente para acompanhamento dos resultados.</p> <p>3ª - Sim, Acompanhamos o custo diário de cada paciente no domicílio através do Dentro de custos do hospital Infantil Albert Sabin e evidenciamos custo reduzido em relação ao custo diário hospitalar além de disponibilizar leitos de Terapia Intensiva Pediátrica</p> <p>4ª - Sim, Custo médio diário do paciente no domicílio referente ao mês de agosto/17 = R\$128,41</p> <p>5ª - Sim, Sugiro analisar prevalência de pacientes pediátricos, adultos e idosos dependentes de ventilação mecânica e que estão em longa permanência nas UTI's devido necessidade de suporte ventilatório mecânico invasivo ou não -invasivo.</p>	<p>Clique aqui</p> <p>Clique aqui</p> <p>Clique aqui</p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
26/10/2017	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª - Concordo totalmente com a recomendação preliminar. Devido ao grande número de pacientes em uso de ventilação mecânica que se encontram hospitalizados e em muitos casos em leitos de UTI's</p> <p>2ª - Sim, O uso de oxigenoterapia domiciliar e o acompanhamento por uma equipe de Atenção Domiciliar proporcionam melhora na qualidade de vida e ampliação na sobrevida destes pacientes, prevenindo e/ou diminuindo o número de internações hospitalares. O paciente que encontra-se dentro de um ambiente conhecido, mantendo sua intimidade, pode realizar algumas tarefas laborais, manter alguns hábitos e atividades de lazer. A alimentação é mais variada e os horários não são rígidos. Fortalece a autonomia do usuário e sua integridade como pessoa</p> <p>3ª - Sim, Para o sistema de Saúde Pode-se reduzir internações hospitalares longas e de alto custo, tratamentos desnecessários ou futilidade terapêutica, propiciando alocação adequada de recursos. Os cuidados paliativos demandam basicamente boa comunicação, tratamento de sintomas – como dor e outros – no final da vida, geralmente de baixo custo, e ótima coordenação do processo do cuidado (WHO, 2004).</p> <p>4ª - Sim, Considerando que em torno de 20% dos pacientes em suporte ventilatório invasivo apresentam dificuldade no processo de liberação da ventilação mecânica, caracterizando a necessidade de ventilação mecânica prolongada (CARVALHO,2000), no ano de 2016 foram registrados 2.032 (duas mil e trinta e dois) pacientes internados em UTI's de gestão estadual no município de Palmas, deste total, 406 pacientes poderiam ser beneficiados com o serviço.</p> <p>5ª - Sim, Pacientes em VM estão crescendo em número e complexidade e apesar dos avanços tecnológicos, grande parte dos que sobrevivem sofrem significativa disfunção funcional e dependência de terapias de suporte. A ventilação mecânica domiciliar faz cada vez mais parte da realidade e tornou-se uma opção viável para pacientes com insuficiência respiratória crônica, sendo possível alcançar níveis adequados de qualidade de vida desde que sejam utilizados equipamentos e equipe de saúde especializada e o paciente e seus familiares estejam cientes de suas limitações. E assim, gerando também, impacto no desenvolvimento das ações referentes à Rede de Urgência e Emergência.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
27/10/2017	Profissional de saúde	<p>1ª - Concordo parcialmente da recomendação preliminar. O conteúdo do material divulgado é muito rico, porém sugiro que seja avaliado outras questões como o tempo recomendado de horas de uso na especificação técnica dos equipamentos. O Stellar é um ventilador simples e deve ser utilizado para pacientes que precisam de suporte ventilatório até 17 horas por dia ou pacientes que possuem "drive" respiratório. O ventilador Trilogy é um ventilador de suporte a vida e pode ser utilizado de forma contínua e ininterrupta. Importante ampliar e incluir outras tecnologias com registro na ANVISA no estudo de acordo com as categorias dos equipamentos e perfis dos pacientes para garantir a segurança e assistência contínua. Atualmente todos os equipamentos são importados e problemas de importação e estoque dos fabricantes e distribuidores podem impactar no serviço.</p> <p>2ª - Não</p> <p>3ª - Não</p> <p>4ª - Sim,</p> <p>5ª - Sim, 1 - Notificações Anvisa: É preciso ampliar o serviço de notificações de equipamentos médicos na ANVISA também para o setor de Home Care. Hoje a RDC 33 retira o serviço de Home Care da notificação, porém a notificação de eventos em equipamentos para Home Care é importante e deve ser considerada. 2 - Contar com serviço de área de abrangência do SAMU pré-identificando os pacientes em caso de emergência trará maior segurança em caso de necessidade de remoção do paciente para o hospital. 3 - Estabelecer procedimentos e divulgar as responsabilidades da família, cuidador e médico responsável pelo paciente em caso de deslocamento do paciente para lazer 4 - Estabelecer critério para controle das manutenções preventivas dos equipamentos 5 - Buscar treinamento prévio, mesmo que seja EAD para os profissionais e família que iniciam a ventilação mecânica em domicílio.</p>	
27/10/2017	Profissional de saúde	<p>1ª - Concordo totalmente com a recomendação preliminar</p> <p>2ª - Não</p> <p>3ª - Não</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Não</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
30/10/2017	Profissional de saúde	<p>1ª - Concordo parcialmente da recomendação preliminar. CONCORDO COM A INCORPORAÇÃO DA VMI DOMICILIAR, DESDE QUE A EQUIPE DO SAD ESTEJA EFETIVAMENTE APTOS À REALIZAR ESSA ASSISTÊNCIA. PARA TANTO, PELO MENOS NO MUNICÍPIO EM QUE TRABALHO VEJO A NECESSIDADE ABSOLUTA EM CAPACITAR OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE. EM 5 ANOS QUE ESTOU NO SAD, SOMENTE EM AGOSTO DESTE ANO PUDE PARTICIPAR DE UM CURSO DE CAPACITAÇÃO ESPECÍFICO PARA FISIOTERAPEUTA. ACREDITO QUE COM TRABALHO CONJUNTO E COM HARMONIA NA REDE DE SAÚDE, POSSAMOS ATENDER PACIENTES COM VMID DE FORMA DIGNA.</p> <p>2ª - Não</p> <p>3ª - Não</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Não</p>	
30/10/2017	Profissional de saúde	<p>1ª - Concordo parcialmente da recomendação preliminar. ACHO QUE PRECISA ESTAR ATRELADO A EQUIPE ESTAR CAPACITADA PARA ESSE PROCEDIMENTO</p> <p>2ª - Não</p> <p>3ª - Não</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Não</p>	
31/10/2017	Profissional de saúde	<p>1ª - Concordo totalmente com a recomendação preliminar</p> <p>2ª - Não</p> <p>3ª - Não</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Não</p>	
31/10/2017	Profissional de saúde	<p>1ª - Concordo totalmente com a recomendação preliminar</p> <p>2ª - Não</p> <p>3ª - Não</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Não</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
31/10/2017	Profissional de saúde	<p>1ª - Concordo totalmente com a recomendação preliminar. A VM é de fundamental importância para os pacientes em IRp, sua incorporação ao SUS para ser oferecida a domicílio pode, desde que bem manejada por profissionais capacitados, além de salvar muitas vidas, prevenir internações hospitalares que geram custos altíssimos ao sistema público.</p> <p>2ª - Não</p> <p>3ª - Sim, Internações hospitalares geram custos altíssimos ao sistema público. A VM domiciliar, desde que corretamente manejada, pode prevenir muitas internações e salvar muitas vidas.</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Não</p>	
02/11/2017	Profissional de saúde	<p>1ª - Concordo totalmente com a recomendação preliminar</p> <p>2ª - Não</p> <p>3ª - Não</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Não</p>	
02/11/2017	Profissional de saúde	<p>1ª - Concordo totalmente com a recomendação preliminar. Atualmente existem muitos usuários que dependem dessa tecnologia que ficam hospitalizados ocupando leitos hospitalares restringindo acesso a outros usuários que dependem do hospital além de estar expostos aos riscos do ambiente hospitalar e restrição do seu contato social proporcionando a piora da qualidade de vida e isolamento social. A incorporação dessa tecnologia dará a oportunidade de muitos usuários que dependem dessa tecnologia para sobrevivência, a reinserção social e reduzir os danos causados pela hospitalização prolongada.</p> <p>2ª - Sim, Em muitos países desenvolvidos e até mesmo os em desenvolvimento já tem essa prática consolidada com exito e cada vez mais estimula essa modalidade considerando que todos, usuários e sistema de saúde são beneficiados. Tem dificuldades para proporcionar os cuidados dessa população em casa mas os benefícios gerados superam esses desafios.</p> <p>3ª - Sim, Existem vasta evidência na literatura que o tratamento domiciliar é bem mais barato comparado com a assistência hospitalar.</p> <p>4ª - Sim, A vantagem de liberar o leito para proporcionar a rotatividade do mesmo permite ao gestor gerenciar a oferta e a demanda dos serviços de saúde permitindo oferecer mais assistência com menor custo.</p> <p>5ª - Sim, O aspecto de benefícios para os usuários e familiares são suficientemente convincentes para que a incorporação dessa tecnologia seja disponibilizada pelo SUS, uma vez que 75% da população brasileira é usuária exclusiva desse sistema.</p>	<p>Clique aqui</p> <p>Clique aqui</p> <p>Clique aqui</p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
06/11/2017	Interessado no tema	<p>1ª - Concordo totalmente com a recomendação preliminar. Os benefícios apontados no Relatório Técnico são aspectos a serem considerados para viabilizar a incorporação da ventilação mecânica invasiva domiciliar.</p> <p>2ª - Não</p> <p>3ª - Não</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Não</p>	
07/11/2017	Profissional de saúde	<p>1ª - Concordo totalmente com a recomendação preliminar. Além do custo efetividade, e diminuição de infecção hospitalar ao acometido da enfermidade, favorece ao paciente a possibilidade do convívio familiar e ao aspecto de qualidade de vida ao mesmo!</p> <p>2ª - Não</p> <p>3ª - Não</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Não</p>	
07/11/2017	Profissional de saúde	<p>1ª - Concordo totalmente com a recomendação preliminar. Como médico já tive pacientes em VM domiciliar e pude perceber a importancia do retorno destes indivíduos ao domicílio e as baixas taxas de complicações.</p> <p>2ª - Não</p> <p>3ª - Sim, Acredito que apesar de escassez de dados, o custo do leito domiciliar deva ser consideravelmente menor quando comparado aos leitos de UTI ou de enfermarias de hospitais terciários onde estes pacientes geralmente permanecem. Não só custo em termos de recursos humanos, mas também com menos complicações temos menos gastos com antibióticos, curativos e demais insumos de uso habitual no ambiente hospitalar.</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Sim, Creio que além dos aspectos citados, os laços familiares são de extrema importância para estes doentes portadores de doenças graves, muitas vezes progressivas e terminais. Nenhum ambiente hospitalar será capaz de trazer o cuidado e carinho que estes pacientes necessitam. O retorno ao domicílio proporciona a vinculação e o reforço dos laços familiares, muitas vezes propiciando melhor qualidade de terminalidade/morte.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
07/11/2017	Profissional de saúde	<p>1ª - Concordo totalmente com a recomendação preliminar</p> <p>2ª - Não</p> <p>3ª - Não</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Não</p>	
10/11/2017	Profissional de saúde	<p>1ª - Concordo parcialmente da recomendação preliminar. Concordo com a ventilação mecânica invasiva domiciliar porem em pacientes crônicos facilitando a desospitalização do mesmo e a melhoria de qualidade de vida preservando o convívio familiar, evitando processos infecciosos secundários. Alem de permitir maior rotatividade de leitos em UTIs e semi intensivo.</p> <p>2ª - Não</p> <p>3ª - Não</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Não</p>	
12/11/2017	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª - Concordo totalmente com a recomendação preliminar. Por permitir a convivência familiar e comunitária da pessoa (criança, na maioria dos casos. Em alinhamento com o artigo 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente).Por permitir acesso de outros usuários ao leito especializado de UTI, ocupado por usuários que dependem de tecnologia (como VMI) mas não de terapia intensiva.</p> <p>2ª - Sim, Em relação às crianças, há predomínio de mães como cuidadoras. Garantir a elas e outros cuidadores apoio e cuidado de respiro, até mesmo internações breves programadas para férias ao cuidador. Referência anexa.Garantir integração escolar das crianças.</p> <p>3ª - Não</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Não</p>	<p>Clique aqui</p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/11/2017	Profissional de saúde	<p>1ª - Concordo totalmente com a recomendação preliminar. Por permitir a convivência familiar e comunitária da pessoa (criança, na maioria dos casos. Em alinhamento com o artigo 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente).Por permitir acesso de outros usuários ao leito especializado de UTI, ocupado por usuários que dependem de tecnologia (como VMI) mas não de terapia intensiva.</p> <p>2ª - Sim, Em relação às crianças, há predomínio de mães como cuidadoras. Garantir a elas e outros cuidadores apoio e cuidado de respiro, até mesmo internações breves programadas para férias ao cuidador. Referência anexa.Garantir integração escolar das crianças. Garantir a perspectiva dos cuidados paliativos (OMS, 2002). Nos casos de óbito em domicílio, organizar fluxo para emissão da declaração de óbito pela equipe do SAD, a fim de que a família não precise buscar providências junto ao IML.</p> <p>3ª - Não</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Não</p>	<p>Clique aqui</p>
13/11/2017	Profissional de saúde	<p>1ª - Concordo totalmente com a recomendação preliminar</p> <p>2ª - Sim, melhora na qualidade de vida socialização do paciente melhora do vinculo familiar</p> <p>3ª - Sim, Desospitalização dos pacienteseconomia de leitos e hotelaria de hospital</p> <p>4ª - Sim,</p> <p>5ª - Sim,</p>	
13/11/2017	Profissional de saúde	<p>1ª - Concordo totalmente com a recomendação preliminar</p> <p>2ª - Não</p> <p>3ª - Não</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Não</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/11/2017	Profissional de saúde	<p>1ª - Concordo totalmente com a recomendação preliminar. A dependência de VM não deve ser motivo para a manutenção do paciente no hospital e muito menos na UTI. A sociedade deve estar preparada para receber estes pacientes em casa. Deve-se discutir sobre os cuidados paliativos também.</p> <p>2ª - Não</p> <p>3ª - Não</p> <p>4ª - Não</p> <p>5ª - Sim, A recente Resolução do CFM nº 2156, de 28 de outubro de 2016 (Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM no 2.156, de 28/10/2016), surge para estimular a implementação e o desenvolvimento dos serviços de cuidados paliativos no Brasil. Tal resolução estabelece critérios para a admissão e a alta de pacientes em UTIs, que devem ser seguidos por todos os médicos, tanto da rede pública quanto privada, com o objetivo de melhorar o fluxo de atendimento médico diante da carência de leitos de UTI no país, especialmente nos hospitais públicos. Segundo a OMS, todos os pacientes com doenças que ameacem a vida, devem receber de forma precoce e integrada cuidados curativos e paliativos, sendo a intensidade individualizada de acordo com as necessidades e os desejos dos pacientes e de seus familiares (WHO, organizador. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2002. 180 p.). Uma vez conhecidos os benefícios dos cuidados paliativos, não indicá-los implica infração do direito de acesso justo e equitativo a essa parcela vulnerável da população. Logo, a possibilidade de incremento da qualidade de vida destes pacientes, através da instituição dos cuidados paliativos impõe a dimensão ética do cumprimento de direitos fundamentais do ser humano, da defesa da equidade no acesso aos benefícios e, portanto, em maior visibilidade por parte do Estado.</p>	Clique aqui