



INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA COMPUTAÇÃO

Vitor de Carvalho Melo Lopes

<Título da Dissertação>

Fortaleza – CE

14 de março de 2017

Vitor de Carvalho Melo Lopes

<Título da Dissertação>

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Computação do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciência da Computação.

Linha de Pesquisa: Computação aplicada

Orientador: <Nome do Orientador>

Coorientador: <Nome do Coorientador>

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE)

Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação (PRPI)

Programa de Pós-Graduação em Ciência da Computação (PPGCC)

Fortaleza – CE

14 de março de 2017



Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE)
Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Inovação (PRPI)
Programa de Pós-Graduação em Ciência da Computação (PPGCC)

Vitor de Carvalho Melo Lopes

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Ciência da Computação, sendo aprovada pela Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Computação do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará e pela banca examinadora:

Orientador: <Nome do Orientador>
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do
Ceará (IFCE)

Coorientador: <Nome do Coorientador>
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do
Ceará (IFCE)

<Nome do Professor A>
<Instituição do Professor A> (<Sigla A>)

<Nome do Professor B>
<Instituição do Professor B> (<Sigla B>)

Fortaleza – CE
14 de março de 2017

*Este trabalho é dedicado às crianças adultas que,
quando pequenas, sonharam em se tornar cientistas.*

Agradecimentos

Os agradecimentos principais são direcionados à Gerald Weber, Miguel Frasson, Leslie H. Watter, Bruno Parente Lima, Flávio de Vasconcellos Corrêa, Otavio Real Salvador, Renato Machnievscz¹ e todos aqueles que contribuíram para que a produção de trabalhos acadêmicos conforme as normas ABNT com L^AT_EX fosse possível.

Agradecimentos especiais são direcionados ao Centro de Pesquisa em Arquitetura da Informação² da Universidade de Brasília (CPAI), ao grupo de usuários *latex-br*³ e aos novos voluntários do grupo *abnTEX2*⁴ que contribuíram e que ainda contribuirão para a evolução do abnTEX2.

¹ Os nomes dos integrantes do primeiro projeto abnTEX foram extraídos de <<http://codigolivre.org.br/projects/abntex/>>

² <<http://www.cpai.unb.br/>>

³ <<http://groups.google.com/group/latex-br>>

⁴ <<http://groups.google.com/group/abntex2>> e <<http://www.abntex.net.br/>>

“<*Citação Célebre*>”
(<*Autor da citação*>)

Resumo

A expectativa de vida do brasileiro teve aumento de 30 anos entre 1940 a 2015 (IBGE), passando de 45,5 para 75,5 anos. Para além desse aspecto, o processo de envelhecimento da população, desde a década de 1960, foi acentuado de forma crescente. Os idosos, por conta da fragilidade inerente à idade, podem necessitar de maiores cuidados hospitalares, com maior tempo de recuperação, o que aumenta o gasto com saúde por parte do Estado. Nesse sentido, a assistência domiciliar à saúde (ADS) - uma modalidade de atenção ao paciente realizado em seu próprio domicílio, que surgiu no Brasil na década de 1940 com o principal objetivo de liberar leitos nas unidades hospitalares – apresentou-se como opção viável para o atendimento ao paciente. À redução dos gastos hospitalares, estudos revelam que o espaço doméstico se constitui como local mais adequado para a recuperação do paciente, que pode contar com vários atores para auxiliá-lo: familiares, amigos, a equipe médica e o cuidador. Porém, um dos problemas identificados nesse cenário de ADS é a necessidade de auxiliar o paciente e o cuidador, tendo em vista que, geralmente, este não possui os conhecimentos necessários para atender o doente. O acompanhamento por parte da equipe médica também não é constante, e os familiares, muitas vezes, não podem ou não querem ajudar e, por fim, o paciente nem sempre conta com a figura do cuidador diariamente ou, em algumas situações, essa figura é inexistente. Para enfrentar tais questões, a tecnologia de informação e sistemas embarcados, mostram-se instrumentos eficazes para esse tipo de atendimento, ao proporcionar dispositivos menores, com maior poder de processamento e com mais opções de conectividade permitindo inseri-los nos mais diversos ambientes, incluindo o ambiente domiciliar. Nesse sentido, um Set-Top Box foi utilizado como concentrador, recebendo toda a carga dos diversos sensores instalados no ambiente domiciliar. Com a aplicação deste dispositivo, identificamos um outro problema. De posse dos dados coletados, percebeu-se a necessidade de disponibilizá-los para o provedor de saúde (Estado ou empresas privadas). Além disso, os atores envolvidos (equipe médica, familiares, amigos e cuidador) precisam de informações em tempo real sobre determinado evento. Portanto, para auxiliar o paciente e o cuidador no domicílio, mensagens e alertas são exibidos na televisão através do STB. Já a transmissão dos dados do STB para o provedor de saúde ocorre por meio do padrão OpenEHR. Como prova de conceito, parte desse processo foi implementado.

Palavras-chave: atenção domiciliar. computação ubíqua. computação pervasiva.

Abstract

This is the english abstract.

Keywords: latex, abntex, text editoration.

Lista de ilustrações

Figura 1 – (a) Representação gráfica das categorias defendida por Tavolari, Fernandes e Medina; (b) Representação gráfica das categorias defendida por Giacomozi.	35
Figura 2 – Representação gráfica das influências nas áreas de sistemas embarcados, computação ubíqua/pervasiva e meios de comunicação.	39
Figura 3 – Camadas do sistema embarcado.	56
Figura 4 – (a) Tela principal do STB. Destaque para o menu “Sua Saúde”; (b) Tela principal do menu “Sua Saúde”.	56
Figura 5 – (a) Notificação do tipo <i>pop-up</i> ; (b) Notificação do tipo caixa de diálogo.	59
Figura 6 – Tela principal do módulo <i>service.dado</i>	59

Lista de tabelas

Lista de algoritmos

Listas de códigos

1	Conteúdo da requisição de uma mensagem	57
2	Definição do método utilizado para apresentar as notificações no modo <i>pop-up</i>	58
3	Definição do método utilizado para apresentar as notificações no modo ok	58

Lista de abreviaturas e siglas

ABS	Anti-lock Breaking System
ADS	Assistência Domiciliar à Saúde
API	Application Programming Interface
JSON	JavaScript Object Notation
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
STB	Set-Top Box

List of symbols

Γ Greek letter Gamma

Λ Lambda

ζ Greek letter minuscule zeta

\in Pertains

Sumário

1	INTRODUÇÃO	29
1.1	Motivação para a Dissertação	31
1.2	Descrição do problema	31
1.3	Objetivos Geral e Específicos	32
1.4	Produção científica	32
1.5	Estrutura da Dissertação	32
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	33
2.1	Aspectos de Saúde	33
2.1.1	Assistência Domiciliar à Saúde	34
2.1.1.1	Envolvidos	34
2.1.1.2	Terminologia	35
2.2	Aspectos Tecnológicos	36
2.2.1	Sistemas Embarcados	36
2.2.1.1	Arquitetura	37
2.2.2	Computação ubíqua e pervasiva	38
2.2.3	Aplicações Sensíveis ao Contexto	40
3	TRABALHOS RELACIONADOS	43
4	PROPOSTA	45
4.1	Descrição da solução	45
4.2	TV-Health	46
4.3	Visão de Engenharia	46
4.4	Cenários de uso	46
5	CONCLUSÃO	49
5.1	Resultados práticos	49
5.2	Expectativas	49
5.3	Trabalhos futuros	50
	REFERÊNCIAS	51

APÊNDICES	53
APÊNDICE A – ASPECTOS DE IMPLEMENTAÇÃO	55
A.1 <i>Hardware utilizado</i>	55
A.2 <i>Software utilizado</i>	55
A.3 <i>Software implementado</i>	56
A.3.1 Módulo <i>web</i>	57
A.3.2 Módulo <i>service.notification</i>	57
A.3.3 Módulo <i>service.dado</i>	59
A.3.4 Módulo <i>service.panicbutton</i>	60

1 Introdução

O Brasil vem passando por um processo de envelhecimento da população e um aumento da expectativa de vida crescente desde a década de 1960. Com os atuais índices, a taxa do envelhecimento populacional atingirá, em 2025, cerca de 15% da população brasileira com indivíduos acima de 60 anos (GONÇALVES et al., 2006).

Os mais idosos, por conta da fragilidade inerente à idade, necessitam de cuidados especiais na hospitalização, além de demandarem mais tempo na recuperação. Muitas vezes há uma demanda de vários profissionais de uma equipe médica multidisciplinar para a total recuperação do doente.

Essa situação afeta políticas públicas dos governos municipais, estaduais e federal - que, segundo a Constituição Federal, devem prover atendimento hospitalar universal à população - tornando o gasto público com hospitalização de idosos maiores a cada ano (SILVEIRA et al., 2013).

Portanto, esse processo que a população brasileira vem atravessando, ocasiona mudanças nos paradigmas de atendimento à saúde. Nessa perspectiva, surge a atenção domiciliar ou *home care*, modelo definido como o tratamento do paciente em seu próprio lar, com a presença ou não, de um cuidador¹ - figura responsável por acompanhar o idoso em suas atividades diárias, ao assumir um papel de fundamental importância no acompanhamento do paciente em seu cotidiano.

Pesquisas indicam que esse método traz benefícios, pois o paciente encontra-se em um ambiente conhecido, podendo contar com a presença de seus familiares (HERMANN; LACERDA, 2007; DAY, 2010).

Assim, estudos realizados indicam uma mudança gradativa no modelo de tratamento de idosos. A escolha da atenção domiciliar em substituição da hospitalização mostra-se positivo nos planos social, psicológico e econômico.

No que concerne às políticas públicas desenvolvidas pelo Estado, a vantagem é de reduzir os custos com internação. Estudos revelam que é possível economizar, ao se substituir a internação hospitalar por uma abordagem em atenção domiciliar nos casos de menor gravidade, ou seja, casos em que o paciente não corre risco de morte (BOURDETTE et al., 1993).

Na atenção domiciliar, é de grande importância o acompanhamento do paciente. Essa tarefa é realizada por uma equipe médica que se desloca até o domicílio do idoso e

¹ Neste trabalho, a figura do cuidador refere-se tanto a familiares, amigos ou um profissional com remuneração.

executa a aferição de seus sinais vitais, além de conversar com o próprio paciente, eles também conversam com o cuidador e verificam, ainda, se o ambiente domiciliar está propício à melhoria do doente.

O avanço tecnológico nas áreas de sistemas embarcados e tecnologia da informação e comunicação permite o desenvolvimento e a produção de dispositivos cada vez mais potentes e eficientes no processamento e no consumo de energia. Além disso, a miniaturização dos dispositivos possibilitam o surgimento de novas aplicações e soluções voltadas para áreas antes não atendidas por essas tecnologias.

A área da assistência domiciliar à saúde se beneficia do aperfeiçoamento na tecnologia ao ser atendida por dispositivos implantados no ambiente doméstico. Pesquisas realizadas apontam para a utilização de equipamentos que monitorem o cotidiano do paciente e os auxilie nas formas de alertas para o paciente e cuidador, além de informar à equipe médica ou a emergência sobre questões pertinentes ao paciente.

Neste trabalho, um *Set-Top Box* (STB) - dispositivo responsável por receber o sinal da televisão digital e apresentá-lo na TV - foi utilizado como ponto principal em uma arquitetura composta por ele (STB), sensores e outros equipamentos para prover uma solução de atenção domiciliar. Vale ressaltar que este dispositivo é o resultado de um projeto de pesquisa, do qual participei de forma efetiva, que recebeu fomento da Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL), em parceria com a Empresa CRAFF, sediada no Município de Fortaleza.

O STB, além de realizar suas tarefas básicas explicadas anteriormente, tem poder de processamento para executar outras funções. Ele conta com interface de comunicação Wi-Fi, portas *ethernet* e HDMI e o padrão RCA para conexão com a TV, além de portas *USB*. Sendo assim, uma vez conectado à Internet, o STB servirá de *gateway* na casa do usuário, comunicando-se com sistemas de informática para saúde e com o próprio paciente.

Através dos sensores é possível coletar dados referentes ao paciente e ao contexto em que ele está inserido, como por exemplo, se ele está acamado ou se possui certa autonomia, ou ainda, se o doente está acompanhado. Em seguida, os dados coletados são repassados ao STB que os concentra, realiza um processamento, e os repassa para o provedor de *home care* (Estado ou empresa privada). Em determinados momentos, o sistema pode auxiliar os atores envolvidos, emitindo alertas por meio da televisão.

Até o momento uma parte desse processo já foi implementada, tal como as notificações dos alertas enviados ao doente e cuidador. A fase seguinte dirá a respeito ao envio constante dos dados para a equipe médica.

1.1 Motivação para a Dissertação

Observo na sociedade atual, através de notícias divulgadas nos meios de comunicação, de conversas informais, de filmes etc, que está cada vez mais crescente a preocupação com os idosos, haja vista o aumento da expectativa de vida. Me pergunto como é possível essas pessoas terem uma qualidade de vida na velhice se sabemos que, nessa idade, os problemas de saúde são acentuados, tais como, falta de autonomia, dificuldades de locomoção, preocupação com remédios, entre outros.

Em muitos casos, cresce o número de internações hospitalares e, consequentemente, os gastos do Estado. Visando enfrentar essa realidade, a comunidade acadêmica, começa a se perguntar sobre os cuidados aos idosos no espaço domiciliar.

A linha de pesquisa de computação aplicada à saúde é vista como uma parte importante para a melhoria na qualidade dos serviços prestados na área. Por meio de pesquisas, a comunidade acadêmica possibilitou o avanço no campo da atenção domiciliar, desenvolvendo sistemas inteligentes que auxiliem no tratamento e ajudem os envolvidos.

1.2 Descrição do problema

Tendo em vista o cenário de atenção domiciliar no qual o paciente encontra-se em tratamento e deve ser observado constantemente, se faz necessário um acompanhamento por parte do cuidador, que, ao perceber a piora do paciente realiza algum procedimento e em alguns casos, entra em contato com o socorro médico ou a equipe médica responsável pelo paciente.

O cuidador, como já afirmamos, é geralmente, um familiar, amigo, ou profissional remunerado, sem formação médica apropriada para a função que desempenha e sem, necessariamente, disponibilizar todo o seu horário para o paciente. Do exposto, percebe-se a dificuldade do cuidador de realizar um procedimento médico mais elaborado ou auxiliar o paciente durante 24 horas do dia.

Já a equipe médica, devido a não proximidade com o doente, carece de informações prévias para um socorro direcionado ao paciente, diminuindo assim, as chances de sucesso do atendimento realizado.

A partir das observações citadas anteriormente, constata-se que a assistência domiciliar é possível e desejável, desde que alguns obstáculos sejam superados. Portanto, o auxílio ao paciente, ao cuidador ou ainda, à equipe médica que o acompanha necessita de soluções eficientes e acessíveis.

1.3 Objetivos Geral e Específicos

Oferecer uma solução que auxilie, através de sistemas de informática, o cuidador, o doente e à equipe médica no tratamento do paciente em domicílio.

- Permitir um acompanhamento constante da equipe médica ao paciente;
- Facilitar as atividades diárias do cuidador em relação aos procedimentos destinados ao doente;

1.4 Produção científica

Durante este projeto de mestrado, os seguintes trabalhos científicos foram aceitos e publicados, a saber:

- Einstein, A., 1905. **The photoelectric effect**. Ann. Phys, 17(132), p.4;

1.5 Estrutura da Dissertação

2 Fundamentação Teórica

Este capítulo apresenta a fundamentação teórica, separada em aspectos de saúde e tecnológicos. As seções de saúde abordam termos como Assistência Domiciliar à Saúde e suas particularidades, além de explanar, brevemente, sobre a história da hospitalização no Brasil. A seção 2.2 trata das tecnologias e conceitos tecnológicos utilizados neste trabalho.

2.1 Aspectos de Saúde

Segundo Inaiá Mello, no livro “Humanização nos Hospitais do Brasil” (MELLO, 2008), uma das primeiras instituições voltadas para o cuidado com a saúde, foi a fundação da Santa Casa de Misericórdia de Santos, em 1543, cuja principal atividade era prestar assistência de cunho caritativo a pessoas pobres e desabrigados. Tal estrutura permanece inalterada até o final do século XIX, e início do século XX.

Com o Governo Getúlio Vargas, a partir de 1930, ocorre no Brasil o processo de industrialização, que trouxe crescimento rápido e desordenado às cidades, principalmente São Paulo e Rio de Janeiro. As transformações econômicas e sociais resultantes desse processo, a falta de saneamento básico, a pobreza etc foram motivos para que parte da população reivindicasse mais atenção do Governo em relação aos cuidados de saúde (CARVALHO, 1984).

Carvalho indica, ainda, que apesar dessa pressão, não existiu uma política de saúde clara por parte das autoridades. Muitas vezes, algumas ações se voltavam para a criação de condições sanitárias mínimas, que se mostravam limitadas frente às reais necessidades da população. Dessa forma, as décadas subsequentes não foram significativas no tocante a uma ampliação dos serviços de saúde oferecidos à população.

Conforme análise de Inaiá Mello, ainda nos anos 1970, surgem tentativas de universalizar o acesso à assistência à saúde. Alguns Programas e Sistemas foram iniciados, sendo válido citar, (i) Sistema Único e Descentralizado de Saúde, o SUDS e (ii) o Sistema Único de Saúde, o SUS. Entretanto, em virtude da vigência da ditadura militar, implantada em 1964, que levou o país a vivenciar um estado de exceção, tais propostas não conseguiram se concretizar. Assim, somente no período da redemocratização, ocorrida em meados dos anos 1980, é que o SUS foi criado oficialmente pela Constituição Federal de 1988, Lei 8080/90¹, com o objetivo de garantir à população Brasileira, o acesso universal às ações e serviços de saúde.

Paralelo à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorreu o avanço tecnoló-

¹ Acessível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>

gico que alcançou a prática médica, aperfeiçoando, com isso a infraestrutura hospitalar. Dessa forma, os hospitais deixaram de ser espaços para abrigarem pobres desamparados e passaram a proporcionar tratamentos mais elaborados. O hospital passa a oferecer procedimentos cirúrgicos, atendimentos de urgência, internações, tornando a instituição dispendiosa. Os estudiosos começam a identificar a possibilidade de tratamentos e cuidados com a saúde que não estejam, necessariamente, vinculados ao ambiente hospitalar.

Como consequência, surgiram diversas mudanças no atendimento, onde a Assistência Domiciliar à Saúde (ADS) se tornou uma modalidade disponível.

2.1.1 Assistência Domiciliar à Saúde

A Assistência Domiciliar à Saúde (ADS) divide-se basicamente em grupos de enfermagem e fisioterapia - nas modalidades mais básicas - até um atendimento multiprofissional, possibilitando um apoio ao paciente como um todo. A ADS pode ser provida tanto pelo setor privado quanto pelo setor público (AMARAL et al., 2001).

Os primeiros registros da ADS no Brasil surgem em 1967, na cidade de São Paulo, no Hospital do Servidor Público. O principal objetivo dessa abordagem era a liberação de leitos no hospital, levando para o domicílio procedimentos básicos, de baixa complexidade clínica.

Já na década de 90, segundo Tavolari, houve um aumento considerável na quantidade de empresas privadas provendo o serviço de ADS, apenas 5 empresas prestavam esse tipo de serviço, já em 1999, esse número subiu para mais de 180 (TAVOLARI; FERNANDES; MEDINA, 2000).

Amaral et al define a ADS como uma sequência de serviços residuais a serem oferecidos, depois que o indivíduo já recebeu atendimento primário e prévios, ou seja, aquele que já recebeu atendimento primário com consequente diagnóstico e tratamento.

Amaral e Tavolari lembram, ainda, que o atendimento domiciliar pode acelerar a recuperação do paciente e promover a redução de custos hospitalares, além de ser uma solução mais humanista para os portadores de doenças crônicas ou de longa duração, frente à hospitalização. Dessa forma, a assistência domiciliar à saúde, tem como objetivos principais: (1) humanização no atendimento; (2) maior rapidez na recuperação do paciente, devido à proximidade com os seus familiares; (3) diminuição do risco de infecção hospitalar; (4) Otimização de leitos hospitalares para pacientes que deles necessitem; e (5) Redução do custo/dia da internação.

2.1.1.1 Envolvidos

Para o entendimento geral da modalidade ADS, faz-se necessário separar e explicar a atuação de cada um dos envolvidos. O paciente, componente principal é aquele que sofre

algum problema físico ou mental. A família é responsável por prover um ambiente propício à melhora do paciente.

Outra figura importante na atenção ao paciente é a equipe multiprofissional - composta de médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas, assistentes sociais, farmacêuticos, cuidadores e outros - visando propiciar, através da integração das diversas áreas de conhecimentos, a melhoria efetiva do paciente.

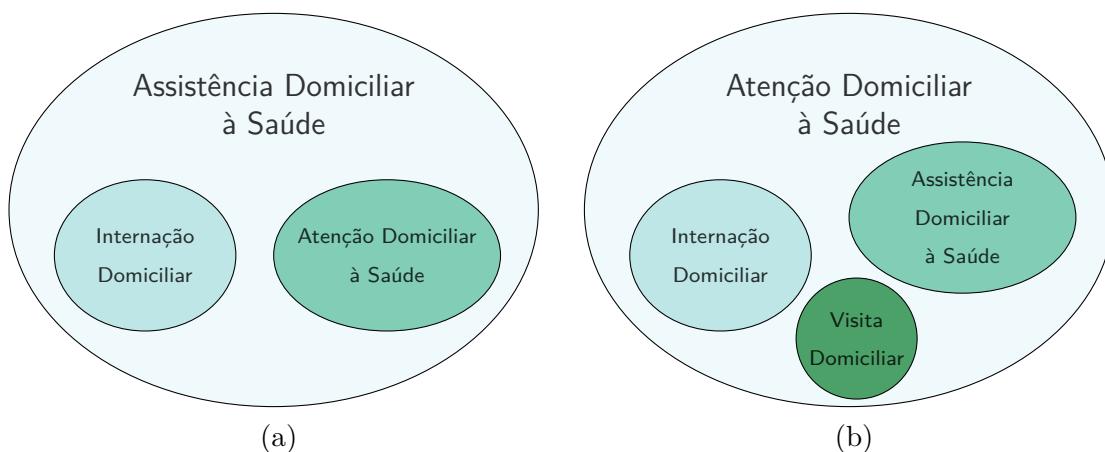
O cuidador, muitas vezes, é um familiar, alguém próximo à família ou alguém contratado. Seu papel principal é cuidar do paciente, ajudando nas tarefas diárias, como alimentação, lazer, socialização, limpeza do paciente, entre outros (AMARAL et al., 2001).

2.1.1.2 Terminologia

Apesar de não haver uma definição formal, a Assistência Domiciliar à Saúde pode ser separada em três modalidades, diferenciadas, principalmente, pelo grau de atenção dispensada ao paciente.

É defendido por Tavolari, Fernandes e Medina, que o termo Assistência Domiciliar à Saúde é genérico e referente a todo e qualquer procedimento de saúde realizado em domicílio, não importando o grau de complexidade. Já o termo Internação Domiciliar é aplicado quando, dos procedimentos realizados, o cuidado intensivo e multiprofissional é perceptível, caracterizando-se ainda, pelo transporte de parte da estrutura hospitalar para o domicílio do paciente. O paciente, nesse caso, é categorizado com complexidade alta ou moderada. Já no Atendimento Domiciliar, o paciente encontra-se num estado de menor complexidade médica, e a atenção a ele dispensada, pode ou não ser realizada por uma equipe multiprofissional (TAVOLARI; FERNANDES; MEDINA, 2000).

Figura 1 – (a) Representação gráfica das categorias defendida por Tavolari, Fernandes e Medina; (b) Representação gráfica das categorias defendida por Giacomozzi.



Fonte: Próprio autor.

Giacomozzi faz uma inversão das categorias propostas por Tavolari et al. e define Atenção Domiciliar à Saúde, como um termo mais genérico, englobando o atendimento, a visita e as internações domiciliares (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006). Segundo a autora, a atenção domiciliar é “um componente do *continuum* dos cuidados à saúde, pois os serviços de saúde são oferecidos ao indivíduos e sua família [...] minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças, incluindo aquelas sem perspectiva de cura.” Já o termo Assistência Domiciliar à Saúde, é formado por atividades de cunho ambulatorial, adicionando a essa categorização a modalidade Visita Domiciliar, voltada para verificar a realidade do paciente, além de realizar ações educativas.

A despeito da diversidade de categorização apresentada pelos autores, ao nosso trabalho interessa tanto aqueles pacientes que inspiram maiores cuidados, correndo, inclusive, risco de vida, quanto aqueles que demandam menos preocupações.

2.2 Aspectos Tecnológicos

Este trabalho foi amparado em tecnologias bem conhecidas, permitindo assim, que os objetivos fossem alcançados.

2.2.1 Sistemas Embarcados

Sistemas Embarcados estão inseridos em nossos cotidianos. Aparelhos como *smartphones*, *tablets* - com alto poder de processamento, produtos comumente encontrados em nossas casas, a exemplo do forno de micro-ondas, geladeiras e máquinas de lavar roupas, até computadores de bordo e controle de freios ABS (*Anti-lock Breaking System*)² em nossos carros, contêm sistemas embarcados. Essa diversidade de aplicações explicita a importância dessa área.

Nos exemplos citados anteriormente, temos uma classificação quanto à sua funcionalidade, porém, sua definição não é simples, nem muito menos taxativa, uma vez que possuem uma grande complexidade em sua composição. Dessa forma, podemos definir, a princípio, sistemas embarcados como qualquer dispositivo/equipamento que disponha de um sistema programável e que seu objetivo não seja o de um computador de propósito geral³ (WOLF, 2012).

Marwedel define: “Sistemas Embarcados (como) sistemas de processamento de informações incorporados à produtos.”, e, adicionado à esta definição, lista 5 características

² ABS: Tecnologia de freio considerada segura pois seu funcionamento impede que, em uma brecha brusca, as rodas deslizem, tornando difícil controlar o veículo

³ Computador de propósito geral é aquele em que é possível executar as mais diversas tarefas, tais como, navegar na Internet, escrever documentos, executar jogos etc, ou seja, não há uma função específica a ser realizada. Pelo exposto, percebe-se a complexidade da definição de sistemas embarcados, uma vez que, muitos deles, desempenham funções que antes cabiam apenas ao computador de propósito geral.

que devem levar em consideração:

- Segurança - ou seja, os dados confidenciais transmitidos ou recebidos pelo equipamento devem permanecer confidenciais e a comunicação deve ser autêntica;
- Seguro - característica indicativa de que o sistema não causará nenhum dano àqueles que o utilizam;
- Disponibilidade - sistema disponível para executar as funções para as quais foi programado;
- Confiabilidade - probabilidade que o sistema tem de que não falhará em sua execução; e
- Manutenabilidade, caso o sistema venha a falhar, deverá ser consertado em uma determinada janela de tempo.

Além disso, propriedades como sensores coletando informações do ambiente físico e atuadores controlando o ambiente no qual estão inseridos também caracterizam um sistema embarcado (MARWEDEL, 2010).

2.2.1.1 Arquitetura

A literatura divide o sistema embarcado em duas áreas, o *hardware* e o *software*. O primeiro é composto pelas partes físicas do sistema, tal como o processador, memória, interfaces de entrada e saída etc. O segundo é composto pelos componentes lógicos do sistema, ou seja, os programas que irão executar as funções previamente definidas do sistema embarcado.

No processo de *design* do sistema embarcado considera-se, dentro dos requisitos de *hardware*, quais dos processadores disponíveis no mercado atende melhor a necessidade do projeto, assim como, é necessário identificar a quantidade de memória a ser utilizada pelo *software*.

Ainda referente ao processo de design é necessário determinar quais serão as interfaces de entrada (responsáveis por receber os dados para posterior processamento) e as interfaces de saída (responsáveis por apresentar os dados processados). Em paralelo, os requisitos de *software* são alinhados para que o *hardware* seja melhor aproveitado (WOLF, 2012).

A depender da finalidade do produto, esses requisitos diferem bastante. Por exemplo, o sistema embarcado responsável por controlar uma máquina de lavar é simples (em termos de funcionalidade, processamento, consumo de energia etc), uma vez que aplica um componente microcontrolador de baixo poder de processamento (tal qual um microprocessador PIC de 16 bits) e um circuito auxiliar para atender as especificações de entrada e saída do sistema, assim como uma possível comunicação com outros sistemas.

Já o sistema embarcado em um *smartphone* realiza diversas funções, tem um alto

nível de processamento de dados e consome muita energia. Para atender a estes requisitos, a equipe responsável pelo *design* utiliza vários processadores de alto poder computacional (tal qual processadores ARM), como interface de entrada e saída uma tela sensível ao toque e faz uso, ainda, de diversos sensores para ajudar na usabilidade do dispositivo.

Semelhante aos *smartphones*, o sistema embarcado utilizado neste trabalho, o Set-Top Box (STB), processa grande quantidade de dados, além de realizar diferentes funções. Em que pese tais diferenças, o *hardware* utilizado é bastante semelhante.

2.2.2 Computação ubíqua e pervasiva

A convergência das diversas tecnologias pode ser observado no nosso dia-a-dia através de: informações constantes que recebemos nos dispositivos móveis, nos meios de comunicação, do monitoramento em tempo real do tráfego nas cidades de grande porte, dos relógios com tecnologia embarcada (*smartwatches*), das vestimentas inteligentes etc.

Percebemos, também, o distanciamento ou o desaparecimento da figura “computador pessoal (PC)”, em nosso cotidiano. A tecnologia está difundida ao ponto do termo “era pós pc” ser encontrado em diversos estudos (BONILLA; PRETTO, 2011; CHEN, 2011; PRESS, 1999) nas áreas de sistemas embarcados e tecnologias móveis.

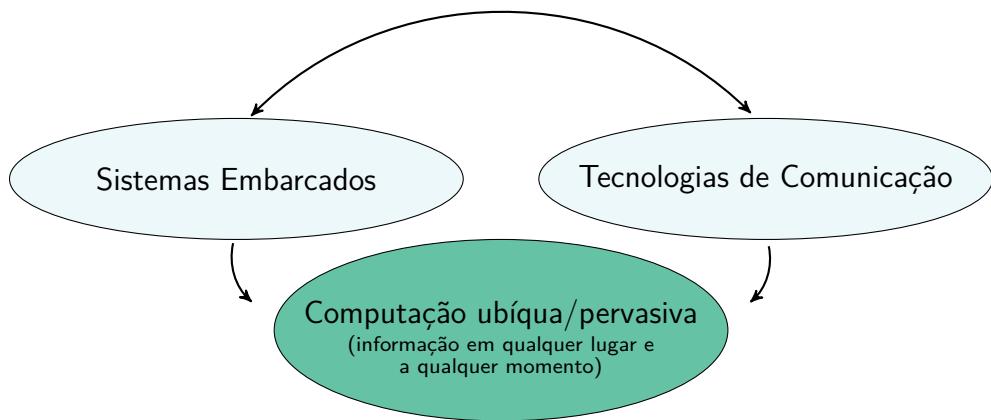
À essa tecnologia “em todo lugar” e o distanciamento do usuário com o computador pessoal deu-se o nome de computação ubíqua. Mark Weiser, considerado o pai desse termo, profetizou que encontrariámos tecnologia nos diversos objetos do nosso cotidiano, tais como etiquetas de roupas e alimentos, cadeiras, geladeiras, lixeiras, interruptores de luzes etc (WEISER, 1991). Essa previsão de Weiser já se concretizou em vários dispositivos.

Através de sensores e meios de comunicação, esses objetos ganham novas funções. A patente de Yang registra uma lixeira inteligente que abre sua tampa de acordo com a proximidade do usuário (YANG, 2005). Já a pesquisa de Wang demonstra a utilização de sensores em uma geladeira. A partir de um sistema de gerenciamento da geladeira é possível ter informações das comidas e recomendar receitas para o usuário de acordo com os alimentos disponíveis, além de verificar quais itens estão próximos do final da validade ou faltantes e gerar uma lista de compras personalizada (WANG; WANG; HOU, 2013).

Muitas vezes, a tecnologia inserida nesses objetos é invisível para o usuário final e essa transparência era defendida por Weiser para apresentar um outro termo, a “computação pervasiva”, assim definida pelo autor: “(...) criar um computador tão embarcado, tão natural que o usaríamos sem nem pensar sobre ele”. Além disso, computação pervasiva está relacionada à capacidade de dispositivos serem embarcados no mundo físico, obtendo informações do meio para auxiliar na computação, integrando, dessa forma, o ambiente físico e o mundo virtual (BOLSONI; CARDOSO; SOUZA, 2009; ARAUJO, 2003). A figura ?? demonstra a interligação entre as áreas de sistemas embarcados, computação ubíqua e

pervasiva com as tecnologias de comunicação.

Figura 2 – Representação gráfica das influências nas áreas de sistemas embarcados, computação ubíqua/pervasiva e meios de comunicação.



Fonte: Adaptado de (MARWEDEL, 2010).

Segundo Hansmann, a computação pervasiva tem 4 princípios fundamentais, detalhados a seguir (HANSMANN et al., 2013):

Descentralização os diversos dispositivos cooperam entre si e realizam pequenas tarefas e funções, contribuindo para o estabelecimento de uma dinâmica rede de comunicação;
Exemplos:

Diversificação diferente do computador de propósito geral - que proporciona a execução de várias tarefas - cada dispositivo tem um propósito específico atendendo a necessidades únicas; podemos citar, como exemplo, um sensor para leitura do nível de oxigênio no sangue, um relógio inteligente que conta quantos passos uma pessoa deu durante o dia etc; dentro dessa diversidade, cada um desempenha uma função específica.

Conectividade os dispositivos devem interagir de maneira transparente e aqueles que são móveis, devem mudar entre redes heterogêneas, sem o auxílio de um usuário; a conectividade diz respeito, também, à relação transparente entre dispositivo e usuário;

Simplicidade as funções desempenhadas pelos dispositivos devem ser simples e de fácil execução. Existem tipos de dispositivos que não requerem uma interação com o usuário; outros, no entanto, exigem alguma configuração e, nestes casos, a interação deve manter-se simples, capaz de oferecer acesso rápido ao usuário.

No que concerne à assistência domiciliar à saúde, as pesquisas nas áreas de computação ubíqua e pervasiva são as mais diversas. Isso porque o domicílio é um ambiente

propício à aplicação dessas técnicas. A utilização de sensores, como demonstrado no estudo de Warren, em que sensores vestíveis são empregados na leitura de oxigênio do paciente e o envio dos dados à um sistema de monitoramento pessoal para posterior processamento (WARREN; YAO; BARNES, 2002) exemplifica a utilização da computação pervasiva, uma vez que os dados coletados se tornam disponíveis a qualquer momento.

2.2.3 Aplicações Sensíveis ao Contexto

O dicionário Houaiss define contexto como um conjunto de palavras, frases ou texto que precede ou se segue a determinada palavra, frase ou texto e que contribuem para o seu significado. Podemos entender desta definição que contexto são circunstâncias que acompanham a situação ou determinado fato. A depender do contexto, nos portamos de maneira diferente, como por exemplo: nos portamos de uma maneira no ambiente de trabalho (contexto) e de uma maneira diferente quando estamos na praia (contexto).

Apesar de exemplificar de maneira clara o que é contexto, esse tipo de definição apresentada anteriormente é de difícil aplicação na área da computação. Portanto, outras abordagens com definições mais específicas foram surgindo com o passar do tempo. No trabalho de Schilit et al são definidos 3 aspectos importantes para o contexto, (1) onde você está, (2) com quem você está e (3) quais recursos estão próximos (SCHILIT; ADAMS; WANT, 1994). Pascoe define contexto como um conjunto de estados de interesse conceituais e físicos para uma entidade em particular (PASCOE, 1998).

O desenvolvedor precisa identificar se determinada informação é contexto ou não para determinada aplicação em determinado momento. Tomando como exemplo uma aplicação móvel de acompanhamento de um *tour* em um museu a céu aberto, tanto as informações de tempo (clima, precipitação, umidade etc) quanto as informações de pessoas (quantidades em cada setor) são informações de contexto, já em locais fechados, a informação de tempo não representa uma informação de contexto.

Davies realizou um trabalho semelhante ao apresentado acima. Foi desenvolvido uma aplicação de guia turístico sensível a contexto para a cidade de *Lancaster* na Inglaterra. A solução combinava computação móvel, comunicação sem fio e sistemas embarcados para prover aplicações interativas (DAVIES et al., 1999).

No sentido de simplificar o desenvolvimento de aplicações sensíveis ao contexto, Dey define "contexto (como) qualquer informação que pode ser utilizada para caracterizar a situação de uma entidade. Uma entidade pode ser uma pessoa, um lugar ou um objeto que é considerado relevante para a interação entre um usuário e uma aplicação, incluindo o usuário e a aplicação".

Portanto, é possível definir que um sistema computacional é sensível ao contexto se ele fizer uso do contexto para prover informações ou serviços relevantes para o usuário

de acordo com a sua tarefa no momento (DEY, 2001).

No que concerne a assistência domiciliar à saúde, os sistemas sensíveis a contexto podem fazer uso de informações de sensores médicos (leitura de sinais vitais do paciente), sensores de propósito geral (leituras no ambiente), ou ainda sensores virtuais (conjunto de programas cuja função é varrer as redes sociais e extrair informações válidas para determinada situação).

3 Trabalhos relacionados

Neste capítulo é apresentado os trabalhos relacionados à pesquisa. Peculiaridades de cada uma das soluções encontradas, seus pontos fortes e fracos de acordo com a visão do autor.

4 Proposta

Neste capítulo serão abordadas as etapas que constituem a estrutura geral do sistema de informática voltado para o atendimento de paciente no espaço domiciliar. Sua descrição é realizada na primeira seção. O TV-Health, parte integrante da solução, tem suas características apresentadas no item 4.2.

4.1 Descrição da solução

A arquitetura proposta soluciona o problema relatado na seção 1.2. Ela tem como ponto principal a utilização de um *Set-Top Box*, como pode ser visto na figura tal, quando se conectam a ele sensores implantados no ambiente, sensores de dispositivos como *smartphones* e *smartwatches* do paciente e do cuidador, e sensores médicos do doente.

Esse processo é composto de três momentos distintos, mas interligados, no qual o primeiro é relativo à aquisição de dados do ambiente e do paciente, e a transmissão desses dados ao stb. O segundo diz respeito ao processamento dos dados brutos. O terceiro momento o envio dos dados processados para a plataforma nextsaúde.

Neste sentido, os sensores gerais, relativos ao ambiente domiciliar, coletam informações como temperatura e umidade da residência, qualidade do ar e localização do paciente ou cuidador nos cômodos. A partir desses dados é possível dizer ao software se determinado espaço está muito quente, se a qualidade do ar não está favorável à melhoria do paciente etc. Dados extraídos de celulares, como a localização, também cooperam com o contexto, a exemplo da informação proveniente do celular do cuidador que informa, à equipe médica ou aos parentes, se este está junto ao paciente.

Já os sensores médicos têm como função principal coletar os sinais vitais do paciente (pressão arterial, frequência cardíaca, níveis de oxigênio no sangue etc). Em ambos os casos - sensores gerais e sensores médicos -, as informações coletadas pelos dispositivos repassam esses dados para o STB, seja através de interfaces com tecnologia *Bluetooth*, *NFC* ou *Wi-Fi*.

Essa quantidade de dados enviada ao STB deverá então ser processada e encaminhada para a plataforma NextSaúde. O processamento é referente ao tratamento do dado bruto recebido e a tradução para o padrão OpenEHR entendido pela plataforma NextSaúde. Em seguida a transmissão dos dados é feita através de uma arquitetura cliente/servidor. Já no sistema na nuvem, o dado relacionado ao paciente é extraído e persistido.

Para permitir ao STB tomar decisões no âmbito domiciliar, parte dos dados referentes ao contexto são tratados e processados diretamente no equipamento. Já os

dados referentes aos sinais vitais são enviados para plataforma. Dessa maneira, ocorre um processamento nos dados para tomada de decisões a nível clínico, por exemplo, indicar uma consulta na especialidade cardiológica.

Pelo exposto, uma funcionalidade importante do sistema é a geração de alertas e notificações para o paciente e o cuidador. Os atores recebem as notificações através da tela da televisão conectada ao STB. Para esse sistema, dois tipos de alertas foram desenvolvidos: o tipo *pop-up* e o caixa de diálogo. Além disso, a partir das informações de contexto, o sistema pode decidir entregar a mensagem não na tela da televisão e sim no *smartphone*.

4.2 TV-Health

O protótipo TV-Health surgiu no âmbito do projeto NextSaúde.

4.3 Visão de Engenharia

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetuer adipiscing elit. Ut purus elit, vestibulum ut, placerat ac, adipiscing vitae, felis. Curabitur dictum gravida mauris. Nam arcu libero, nonummy eget, consectetuer id, vulputate a, magna. Donec vehicula augue eu neque. Pellentesque habitant morbi tristique senectus et netus et malesuada fames ac turpis egestas. Mauris ut leo. Cras viverra metus rhoncus sem. Nulla et lectus vestibulum urna fringilla ultrices. Phasellus eu tellus sit amet tortor gravida placerat. Integer sapien est, iaculis in, pretium quis, viverra ac, nunc. Praesent eget sem vel leo ultrices bibendum. Aenean faucibus. Morbi dolor nulla, malesuada eu, pulvinar at, mollis ac, nulla. Curabitur auctor semper nulla. Donec varius orci eget risus. Duis nibh mi, congue eu, accumsan eleifend, sagittis quis, diam. Duis eget orci sit amet orci dignissim rutrum.

4.4 Cenários de uso

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetuer adipiscing elit. Ut purus elit, vestibulum ut, placerat ac, adipiscing vitae, felis. Curabitur dictum gravida mauris. Nam arcu libero, nonummy eget, consectetuer id, vulputate a, magna. Donec vehicula augue eu neque. Pellentesque habitant morbi tristique senectus et netus et malesuada fames ac turpis egestas. Mauris ut leo. Cras viverra metus rhoncus sem. Nulla et lectus vestibulum urna fringilla ultrices. Phasellus eu tellus sit amet tortor gravida placerat. Integer sapien est, iaculis in, pretium quis, viverra ac, nunc. Praesent eget sem vel leo ultrices bibendum. Aenean faucibus. Morbi dolor nulla, malesuada eu, pulvinar at, mollis ac, nulla. Curabitur

auctor semper nulla. Donec varius orci eget risus. Duis nibh mi, congue eu, accumsan eleifend, sagittis quis, diam. Duis eget orci sit amet orci dignissim rutrum.

5 Conclusão

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetuer adipiscing elit. Ut purus elit, vestibulum ut, placerat ac, adipiscing vitae, felis. Curabitur dictum gravida mauris. Nam arcu libero, nonummy eget, consectetuer id, vulputate a, magna. Donec vehicula augue eu neque. Pellentesque habitant morbi tristique senectus et netus et malesuada fames ac turpis egestas. Mauris ut leo. Cras viverra metus rhoncus sem. Nulla et lectus vestibulum urna fringilla ultrices. Phasellus eu tellus sit amet tortor gravida placerat. Integer sapien est, iaculis in, pretium quis, viverra ac, nunc. Praesent eget sem vel leo ultrices bibendum. Aenean faucibus. Morbi dolor nulla, malesuada eu, pulvinar at, mollis ac, nulla. Curabitur auctor semper nulla. Donec varius orci eget risus. Duis nibh mi, congue eu, accumsan eleifend, sagittis quis, diam. Duis eget orci sit amet orci dignissim rutrum.

5.1 Resultados práticos

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetuer adipiscing elit. Ut purus elit, vestibulum ut, placerat ac, adipiscing vitae, felis. Curabitur dictum gravida mauris. Nam arcu libero, nonummy eget, consectetuer id, vulputate a, magna. Donec vehicula augue eu neque. Pellentesque habitant morbi tristique senectus et netus et malesuada fames ac turpis egestas. Mauris ut leo. Cras viverra metus rhoncus sem. Nulla et lectus vestibulum urna fringilla ultrices. Phasellus eu tellus sit amet tortor gravida placerat. Integer sapien est, iaculis in, pretium quis, viverra ac, nunc. Praesent eget sem vel leo ultrices bibendum. Aenean faucibus. Morbi dolor nulla, malesuada eu, pulvinar at, mollis ac, nulla. Curabitur auctor semper nulla. Donec varius orci eget risus. Duis nibh mi, congue eu, accumsan eleifend, sagittis quis, diam. Duis eget orci sit amet orci dignissim rutrum.

5.2 Expectativas

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetuer adipiscing elit. Ut purus elit, vestibulum ut, placerat ac, adipiscing vitae, felis. Curabitur dictum gravida mauris. Nam arcu libero, nonummy eget, consectetuer id, vulputate a, magna. Donec vehicula augue eu neque. Pellentesque habitant morbi tristique senectus et netus et malesuada fames ac turpis egestas. Mauris ut leo. Cras viverra metus rhoncus sem. Nulla et lectus vestibulum urna fringilla ultrices. Phasellus eu tellus sit amet tortor gravida placerat. Integer sapien est, iaculis in, pretium quis, viverra ac, nunc. Praesent eget sem vel leo ultrices bibendum. Aenean faucibus. Morbi dolor nulla, malesuada eu, pulvinar at, mollis ac, nulla. Curabitur

auctor semper nulla. Donec varius orci eget risus. Duis nibh mi, congue eu, accumsan eleifend, sagittis quis, diam. Duis eget orci sit amet orci dignissim rutrum.

5.3 Trabalhos futuros

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetuer adipiscing elit. Ut purus elit, vestibulum ut, placerat ac, adipiscing vitae, felis. Curabitur dictum gravida mauris. Nam arcu libero, nonummy eget, consectetuer id, vulputate a, magna. Donec vehicula augue eu neque. Pellentesque habitant morbi tristique senectus et netus et malesuada fames ac turpis egestas. Mauris ut leo. Cras viverra metus rhoncus sem. Nulla et lectus vestibulum urna fringilla ultrices. Phasellus eu tellus sit amet tortor gravida placerat. Integer sapien est, iaculis in, pretium quis, viverra ac, nunc. Praesent eget sem vel leo ultrices bibendum. Aenean faucibus. Morbi dolor nulla, malesuada eu, pulvinar at, mollis ac, nulla. Curabitur auctor semper nulla. Donec varius orci eget risus. Duis nibh mi, congue eu, accumsan eleifend, sagittis quis, diam. Duis eget orci sit amet orci dignissim rutrum.

Referências

- AMARAL, N. d. et al. Assistência domiciliar à saúde (home health care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. *Rev Neurociencias*, v. 9, n. 3, p. 111–17, 2001. Citado 2 vezes nas páginas 34 e 35.
- ARAUJO, R. B. de. Computação ubíqua: Princípios, tecnologias e desafios. In: *XXI Simpósio Brasileiro de Redes de Computadores*. [S.l.: s.n.], 2003. v. 8, p. 11–13. Citado na página 38.
- BOLSONI, E. P.; CARDOSO, C.; SOUZA, C. H. M. d. Computação ubíqua, cloud computing e plc para continuidade comunicacional diante de desastres. *V Seminário Internacional de Defesa Civil-DEFENCIL*, 2009. Citado na página 38.
- BONILLA, M. H. S.; PRETTO, N. D. L. *Inclusão digital: polêmica contemporânea*. [S.l.]: EDUFBA, 2011. Citado na página 38.
- BOURDETTE, D. N. et al. Health care costs of veterans with multiple sclerosis: implications for the rehabilitation of ms. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, WB SAUNDERS CO INDEPENDENCE SQUARE WEST CURTIS CENTER, STE 300, PHILADELPHIA, PA 19106-3399, v. 74, n. 1, p. 26–31, 1993. Citado na página 29.
- CARVALHO, A. J. L. de. *PRONAN, o alimento da dominação: controle político e persistência da miséria em Fortaleza*. 1984. Citado na página 33.
- CHEN, T. M. 30th anniversary of the pc and the post-pc era [editor's note]. *IEEE Network*, v. 25, n. 5, p. 2–3, September 2011. ISSN 0890-8044. Citado na página 38.
- DAVIES, N. et al. 'caches in the air': disseminating tourist information in the guide system. In: IEEE. *Mobile Computing Systems and Applications, 1999. Proceedings. WMCSA'99. Second IEEE Workshop on*. [S.l.], 1999. p. 11–19. Citado na página 40.
- DAY, C. B. Benefícios da atenção domiciliar ao idoso portador de dano crônico: revisão sistemática da literatura. 2010. Citado na página 29.
- DEY, A. K. Understanding and using context. *Personal and ubiquitous computing*, Springer-Verlag, v. 5, n. 1, p. 4–7, 2001. Citado na página 41.
- GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto contexto enferm*, SciELO Brasil, v. 15, n. 4, p. 645–53, 2006. Citado na página 36.
- GONÇALVES, L. H. T. et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de florianópolis, sc. *Texto Contexto Enferm*, SciELO Brasil, v. 15, n. 4, p. 570–7, 2006. Citado na página 29.
- HANSMANN, U. et al. *Pervasive computing handbook*. [S.l.]: Springer Science & Business Media, 2013. Citado na página 39.
- HERMANN, A. P.; LACERDA, M. R. Atendimento domiciliar à saúde: um relato de experiência. *Cogitare Enfermagem*, v. 12, n. 4, 2007. Citado na página 29.

MARWEDEL, P. *Embedded system design: Embedded systems foundations of cyber-physical systems.* [S.l.]: Springer Science & Business Media, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 37 e 39.

MELLO, I. M. *Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais.* 1. ed. São Paulo: Rede Humaniza - FMUSPHC, 2008. Acesso em: 16 maio 2016. Citado na página 33.

PASCOE, J. Adding generic contextual capabilities to wearable computers. In: IEEE. *Wearable Computers, 1998. Digest of Papers. Second International Symposium on.* [S.l.], 1998. p. 92–99. Citado na página 40.

PRESS, L. Personal computing: the post-pc era. *Communications of the ACM*, ACM, v. 42, n. 10, p. 21–24, 1999. Citado na página 38.

SCHILIT, B.; ADAMS, N.; WANT, R. Context-aware computing applications. In: IEEE. *Mobile Computing Systems and Applications, 1994. WMCSA 1994. First Workshop on.* [S.l.], 1994. p. 85–90. Citado na página 40.

SILVEIRA, R. E. da et al. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no brasil: perspectivas de uma década. *Einstein (16794508)*, v. 11, n. 4, 2013. Citado na página 29.

TAVOLARI, C. E. L.; FERNANDES, F.; MEDINA, P. O desenvolvimento do home health care no brasil. *Revista de Administração em Saúde*, v. 3, n. 9, p. 15–18, 2000. Citado 2 vezes nas páginas 34 e 35.

WANG, X.; WANG, X. Y.; HOU, R. C. A food management system based on iot for smart refrigerator. In: *Mechanical Engineering, Industrial Electronics and Information Technology Applications in Industry.* [S.l.]: Trans Tech Publications, 2013. (Applied Mechanics and Materials, v. 427), p. 2936–2939. Citado na página 38.

WARREN, S.; YAO, J.; BARNES, G. E. Wearable sensors and component-based design for home health care. In: *Proceedings of the Second Joint 24th Annual Conference and the Annual Fall Meeting of the Biomedical Engineering Society] [Engineering in Medicine and Biology.* [S.l.: s.n.], 2002. v. 3, p. 1871–1872 vol.3. ISSN 1094-687X. Citado na página 40.

WEISER, M. The computer for the 21st century. *Scientific american*, Nature Publishing Group, v. 265, n. 3, p. 94–104, 1991. Citado na página 38.

WOLF, M. *Computers as components: principles of embedded computing system design.* [S.l.]: Elsevier, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 36 e 37.

YANG, F. *Trash can with sensor.* [S.l.]: Google Patents, 2005. US Patent App. 11/074,140. Citado na página 38.

Apêndices

APÊNDICE A – Aspectos de Implementação

A.1 *Hardware* utilizado

O *Set-Top Box* (STB) escolhido possui especificações técnicas robustas, listadas na tabela 1. Este STB foi resultado de um projeto de pesquisa financiado pela Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) e Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL) e foi reutilizado neste trabalho por se tratar de uma pesquisa em que o autor participou.

Tabela 1 – Especificação STB.

Seção	Propriedade	Especificação
Plataforma	Sistema Operacional	GNU/Linux Debian
	Chipset	A20 Allwinner
	Processador (CPU)	1.2 GHz
	Processador Gráfico (GPU)	Mali 400
Entrada e Saída	USB 2.0 (quantidade)	4
	Infravermelho	Sim
Rede	Ethernet	Sim
	Wi-Fi	Sim
Memória	NAND	4 GB
	RAM	2 GB
	Espaço para cartão	Sim (Até 32 GB)
Vídeo	HDMI	Sim
	RCA	Sim
	RGB	Não
Alimentação	Externa	Sim (9V)
	Bateria	Não

Fonte: Próprio autor.

A.2 *Software* utilizado

Por se tratar de um sistema embarcado robusto, faz-se necessário a instalação de programas capazes de gerenciar o *hardware* disponível. Para tanto, o sistema operacional escolhido foi o GNU/Linux distribuição Linaro (derivado da distribuição Ubuntu) *kernel* 3.4 portável para a arquitetura ARM com *drivers* específicos para a plataforma desenvolvida.

Figura 3 – Camadas do sistema embarcado.



Fonte: Próprio autor.

Na camada de usuário utilizamos o *software XBMC* - um gerenciador de mídia - como plataforma de exibição gráfica. É através dele que o usuário irá interagir com as aplicações desenvolvidas. Foram necessárias algumas modificações por conta dos objetivos específicos e do contexto do trabalho desenvolvido. Na figura 4a abaixo destaque para a tela inicial do *software XBMC* e para o menu “Sua Saúde”. Os outros menus representam funcionalidades padrão do *software* em questão, tais como acesso a mídias (imagens, vídeos e áudios) e acesso a TV Digital aberta.

Ao clicar no menu “Sua Saúde”, acessamos a tela com os módulos desenvolvidos para este trabalho.

Figura 4 – (a) Tela principal do STB. Destaque para o menu “Sua Saúde”; (b) Tela principal do menu “Sua Saúde”.



Fonte: Próprio autor.

A.3 Software implementado

Nossa solução foi projetada para atender aos requisitos que uma plataforma embarcada com essas características demanda. Apesar das especificações do *hardware*, o

desenvolvimento foi encaminhado para obtermos um *software* simples em consumo de recursos.

As soluções foram implementadas utilizando, quando necessário, o paradigma de programação Orientada a Objetos. O desenvolvimento procedural foi aplicado com o intuito de realizar pequenas tarefas no sistema, tais como agendamento de execução de tarefas, atualização das aplicações, desligamento automático etc.

Além disso, também fizemos uso de *webservices* através da Internet, acessando outros sistemas e complementando as funcionalidades desejadas. As linguagens escolhidas para compor o sistema foram as linguagens *Python* e *Shell Script*.

A.3.1 Módulo *web*

Foi necessária a implantação de um módulo *web* para gerenciar as informações básicas do usuário. Neste sistema será possível cadastrar um paciente, seus alertas e contatos de emergência. O sistema foi desenvolvido na linguagem *Python* e funciona na nuvem.

A.3.2 Módulo *service.notification*

O módulo *service.notification* foi desenvolvido utilizando a linguagem *Python* e sua lógica faz com que constantemente execute um *pooling* à aplicação em nuvem buscando por mensagens destinadas à esta instância de *software*. Caso a pergunta tenha uma resposta negativa, o programa espera um tempo e refaz a requisição. Caso a resposta seja positiva, ou seja, exista alguma mensagem para aquele usuário, o programa faz o *download* e agenda a exibição.

A resposta da requisição carrega informações pertinentes, um exemplo no formato JSON é apresentado a seguir:

```
{
  "id": "70e34cbb2b",
  "startDateTime": "2016-12-26T11:40:30.000000Z",
  "expirationDateTime": "2016-12-31T11:40:30.000000Z",
  "content": {
    "header": "Title",
    "message": "Body"
  },
  "type": "1",
  "critical": "True"
}
```

Listing 1 – Conteúdo da requisição de uma mensagem

O *software* no STB verifica o conteúdo JSON, atentando-se para os campos *startDateTime* e *expirationDateTime* que representam quando iniciar a exibição da mensagem e quando não exibir mais a mensagem respectivamente, o tipo de notificação - se será do tipo *pop-up* ou caixa de diálogo -, a criticidade da mensagem - indicando se ela deve ser exibida interrompendo a programação ou não e o conteúdo da mensagem.

Após a correta leitura do conteúdo JSON, a mensagem é preparada para ser exibida. O código 2 faz uso da API do aplicativo *XBM C* para apresentar a mensagem no formato *pop-up* representado pela figura 5a.

```
def showNotificationPopup(self, id, header, message):
    try:
        header = header.encode('utf-8')
        message = message.encode('utf-8')
        if XBMC_ENABLE == True:
            message_content = 'Notification("{0}", "{1}")'.format(header, message)
            xbmc.executebuiltin(message_content)
    except Exception, e:
        logging.error("Erro -> notificacao POPUP ID: %s : %s" % (id, e))
```

Listing 2 – Definição do método utilizado para apresentar as notificações no modo *pop-up*

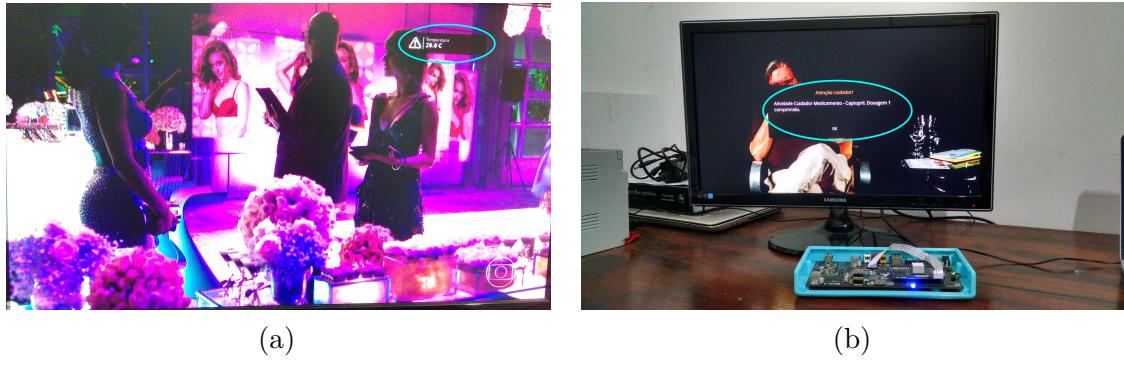
O método representado no código 3 faz uso de um outro método da API, obtendo o resultado visto na figura 5b.

```
def showNotificationOk(self, id, header, message):
    try:
        header = header.encode('utf-8')
        message = message.encode('utf-8')
        if XBMC_ENABLE == True:
            xbmcgui.Dialog().ok(header, message)
    except Exception, e:
        logging.error("Erro -> notificacao OK ID: %s : %s" % (id, e))
```

Listing 3 – Definição do método utilizado para apresentar as notificações no modo ok

A mensagem será exibida na tela de acordo com o tipo de notificação escolhida. O tipo caixa de diálogo ocupa o centro da tela e tem um tamanho considerado, o intuito é tomar a atenção do usuário para a mensagem a ser exibida, já o tipo *pop-up* aparece no canto superior da tela - sendo esta a mais discreta das duas. Veja nas figuras 5a e 5b as duas possibilidades em ação.

Figura 5 – (a) Notificação do tipo *pop-up*; (b) Notificação do tipo caixa de diálogo.



Fonte: Próprio autor.

A.3.3 Módulo *service.dado*

O módulo *service.dado* foi desenvolvido utilizando a linguagem *Python*. O usuário pode iniciar a aplicação através do menu “Sua Saúde” (figura 4a) e em seguida escolher a opção “Não está se sentindo bem?” (figura 4b) no *Set-Top Box* através do controle remoto. O módulo apresenta uma tela inicial como a apresentada na figura 6.

O funcionamento deste módulo baseia-se no acionamento da aplicação através do controle remoto do *Set-Top Box* e a interação através de suas telas no televisor do usuário.

Figura 6 – Tela principal do módulo *service.dado*



Fonte: Próprio autor.

A partir da tela principal da aplicação, o usuário que se sente mal escolhe dentre um conjunto de sintomas, àqueles que representam o seu estado atual. Em seguida, esses

sintomas são enviados através de um *webservice* para um módulo de inferência. A conclusão é retornada para o STB, que a processa e apresenta para o usuário.

A.3.4 Módulo *service.panicbutton*