ISSN 2446-841X

Revista Brasileira de Atenção Domiciliar

Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar

Editorial

Resumos - CIAD 2023

Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar

Volume VII | Número VII | jan./jun. 2023

Revista Brasileira de Atenção Domiciliar

Revista Brasileira de Atenção Domiciliar

Publicação periódica do Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar, realizado pelo Nadi – Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar – do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Ano VII - Número VII - 2023
ISSN 2446-841X

Editora Setembro
Holambra (SP)
2023

Ciad – Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar
Nadi – Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 255
4º andar – Bl. 5 – São Paulo (SP) – CEP 05403-000

Editora Setembro

Rua Antônio Jorge Frade, 202 – Centro – Holambra (SP) - CEP 13825-000
Fone: (19) 98820 5588 | (19) 99736 9372
Site: www.editorasetembro.com.br
E-mail: editor@editorasetembro.com.br | comercial@editorasetembro.com.br

Ficha Catalográfica

Revista Brasileira de Atenção Domiciliar. Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar. Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar – Nadi. Holambra: Editora Setembro, SP, n. VII (2023).

Ano VII n. VII 2023
Anual
ISSN 2446-841X

1. Atenção domiciliar – Periódicos. I. Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar - Nadi. Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar.

CDD - 610

Permuta/*Exchange*
Aceita-se Permuta
We ask for Exchange

Revista Brasileira de Atenção Domiciliar
Publicação periódica do Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar, realizado pelo Nadi – Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar – do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Ano VII - Número VII - 2023
ISSN 2446-841X

Editor-Chefe
Wilson Jacob Filho

Conselho Editorial
Angélica Massako Yamaguchi – Nadi/ICHCFMUSP
Fábio Campos Leonel – Nadi/ICHCFMUSP
Fernanda de Souza Lopes – Nadi/ICHCFMUSP
Ivone Bianchini de Oliveira – Nadi/ICHCFMUSP
Keila T. Higa Taniguchi – Nadi/ICHCFMUSP
Letícia Andrade – Nadi/ICHCFMUSP

Colaboradores
Alfredo Almeida Pina de Oliveira – UNG e ACMG/HSFMUSP
Aliciana Basílio Ramos de Oliveira – Nadi/ICHCFMUSP
André Minchillo – Grupo Ideal Care
Claudia Fernandes Laham – Nadi/ICHCFMUSP
Silvia Maria de Macedo Barbosa – ICR/HCFMUSP

Política editorial
O conteúdo dos resumos é de estrita responsabilidade dos autores.
O conteúdo dos artigos publicados não reflete necessariamente a opinião do Conselho Editorial.

Editorial

Cuidar se aprende cuidando

Parafraseando nosso grande mestre Drummond e sua belíssima obra, "Amar se aprende amando", não há assertiva maior do que a que escolhemos como tema central do evento que ora se apresenta: CUIDAR SE APRENDE CUIDANDO.

Não há teoria, conjecturas ou experimentos que substituam o exercício cotidiano que é cuidar. Cuidar do outro, de si, da cidade em que moramos, do bairro e, por que não, do mundo que habitamos.

Mas "sem omitir o real cotidiano, também matéria de poesia", o cuidado ao outro, nos dias atuais, tem sido relegado a segundo plano, seja pela correria justificada do dia a dia, pelo narcisismo injustificável que domina, pela banalização quase normalizada do descuido ou pela sensação de impotência e insuficiência que nos cerca. Cuidar do outro?! Não dou conta de cuidar de mim mesmo! É a frase que impera.

Mas cuidar é do gênero humano, e muito mais do que inato, como querem acreditar alguns, constitui-se em um exercício que requer aprendizado, paciência, constância, altruísmo e, principalmente, querer.

Na área da Saúde aprendemos a cuidar tecnicamente, especializando-nos primeiramente na profissão que escolhemos, em que teoria e prática, aptidão e frustação se somam na experiência que vai se acumulando no nosso dia a dia. Quanto mais experiência temos, mais reconhecemos nossa incompletude e parcialidade. Só essa vivência nos mostra o quanto precisamos do outro, seja esse outro paciente, família, profissionais de diferentes áreas, colegas da mesma profissão ou parceiros institucionais. O cuidado só se concretiza na relação, seja esta relação de amor, dor, responsabilidade, conveniência, obrigação, devoção.

"O tempo passa? Não passa." Recita-nos o poeta. Sensação presente nos relatos dos pacientes graves e cronicamente enfermos, cuja vida, às vezes, se resume em ser doente.

"Eu quisera ver o mundo", continua Drummond, mas a vida foi reduzida à tarefa de cuidar do familiar enfermo por décadas de dependência, em algumas situações, sem auxílio, sem políticas públicas condizentes com a necessidade das famílias vulneráveis e sem nenhuma garantia após o desenrolar da situação.

Sobre "o primeiro morto", verseja nosso poeta maior. Quantos familiares vivem essa situação pela primeira vez? Quais os cuidados a serem dispensados pelas equipes de atenção domiciliar no intuito de garantir uma morte digna e não traumática para quem a acompanhará?

Como não poderíamos esquecer, a pandemia nos mostrou que "uma pedra havia no meio do caminho". Uma "pedra" que nos relegou ao isolamento social, nos obrigou a repensarmos nossas prioridades e necessidades, a valorizarmos o que anteriormente nem notávamos existir e a convivermos com uma doença grave, com a morte ou com o risco desta. Mas "a pedra", contornada no caminho, deixou seu legado: aprendemos? Ainda estamos aprendendo: os limites e possibilidades dos atendimentos online, dos cursos a distância e das aproximações com segurança. Limites espaciais, emocionais e institucionais; o quanto o distanciamento social nos protege, mas também isola, impacta e faz sofrer.

"O mundo é grande", nos lembra Drummond, mas pode se resumir à casa visitada diariamente para quem nela habita. Um mundo de valores, fragilidades, possibilidades, amor, desamor, cuidados e descuidos. Um mundo que requer respeito e cuidado.

"Cuidar se aprende cuidando": aprende-se no dia a dia da atenção domiciliar que atender no mundo do outro é, primeiramente, se despir de certezas prévias e reconhecer limites, possibilidades, fragilidades e potências de cada um de nós, profissionais, e principalmente do espaço que nos é aberto para também aprendermos a nele estar. Um espaço que pode nos limitar, mas, por outro lado, pode nos abrir um universo de possibilidades.

Esta é a proposta do CIAD 2023: demonstrar como tem se tornado grande o mundo da assistência domiciliar brasileira, frente ao desafio lançado pelo poeta: "o mundo é grande e cabe nesta janela sobre o mar".

Letícia Andrade

Sumário

ARTIGOS

A importância da equipe multiprofissional do Programa Melhor em Casa da Associação Hospitalar Vila Nova na reabilitação de paciente grave pós-Covid-19 – Um relato de caso 13

Desospitalizar é preciso: relato de dois casos de crianças com condições crônicas complexas e dependentes de tecnologia 20

Uso do ambiente virtual como forma de apoio e suporte ao cuidador: resultados de uma revisão de escopo 27

Óbito em domicílio: quando a finitude encontra o cuidado 34

Multidisciplinaridade e prevenção de broncoaspiração na assistência domiciliar: experiência de um home care de Maceió-AL 39

RESUMOS: APRESENTAÇÕES DE PÔSTERES

Procedimentos psicológicos na Atenção Domiciliar do SUS 46

Intervenções farmacêuticas na realização do cuidado ao paciente em um home care na cidade de Maceió/Alagoas 46

Adequações de rotinas e protocolos pelo Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (SAD-HRMS) durante a pandemia de Covid-19 47

Reconstrução de cuidado no ambiente domiciliar: imagética e estratégia de saberes 47

Mudança de paradigma: transição do cuidado x Projeto Terapêutico Singular compartilhado com níveis de atenção à saúde 48

Pós-operatório de artroplastia total de quadril primária: perfil de pacientes atendidos e não atendidos pela visita domiciliar de instituto especializado em cirurgias de alta complexidade ortopédica 49

Atenção Domiciliar nas condições crônicas complexas pediátricas 50

Programa de Atenção Domiciliar da CASSI/RS como articulador na gestão das internações hospitalares 50

Serviço de descanso como forma de apoio ao cuidador: unidade de análise de revisão de escopo 51

Sistematização da passagem de plantão: uma ferramenta de comunicação na transição do cuidado em um home care de Alagoas 51

A experiência com a transição de cuidados entre PAD e APS na CASSI/RS 52

Sinais de agravamento clínico e atendimento às intercorrências de pacientes em assistência domiciliar 53

A visita institucional na desospitalização: planejamento da alta segura do paciente ortopédico 53

Dimensionamento de enfermeiros assistenciais: um desafio em um home care de Alagoas 54
Análise de implementação do "Projeto Cinderela" em serviço de home care 55
Apoio social ao cuidador de pessoas com dependência funcional: unidade de análise em revisão de escopo 55
Treinamento de equipe de técnicos de enfermagem e cuidadores de pacientes em Atenção Domiciliar: um relato de experiência de serviço de home care em Maceió 56
Apoio social ao cuidador de pessoas com dependência funcional: análise de estudos qualitativos em revisão de escopo 57
Revisão do protocolo de desospitalização de pacientes internados em hospitais e UPAs no Distrito Federal 57
Politrauma em pediatria: acompanhamento de paciente atendido pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) da Associação Hospitalar Vila Nova em Porto Alegre/RS 58
Efetividade da Atenção Domiciliar para usuários com necessidade de reabilitação intensiva: uma revisão sistemática 59
Os benefícios da parceria entre a farmácia clínica e a equipe médica em um Serviço de Atenção Domiciliar 59
A importância do atendimento domiciliar e a efetividade da equipe multidisciplinar 60
Intervenções e tipos de apoio/suporte ofertados a cuidadores domiciliares de pacientes com acidente vascular cerebral: revisão de escopo 61
A desupalização como estratégia para continuidade do cuidado 61
Funcionamento de uma equipe de cuidados paliativos no Programa Melhor em Casa da Associação Hospitalar Vila Nova em Porto Alegre/RS 62
Cuidados paliativos na pediatria: o olhar de uma equipe multiprofissional no atendimento domiciliar 63
O telemonitoramento como ferramenta de otimização do atendimento domiciliar 63
O papel da equipe multidisciplinar no domicílio 64
Desospitalizações realizadas pelo Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (SAD-HRMS) durante a pandemia de Covid-19 64
Cuidados paliativos-óbito no domicílio 65
Programa Melhor em Casa: a importância da participação da família e sua relação com a equipe multidisciplinar na Atenção Domiciliar 65
Hidratação do paciente atendido no domicílio 66
Estado nutricional de pacientes em assistência domiciliar – estudo ENUPAD 67
Hipodermóclise: um método antigo para um novo olhar de cuidado 67
Avaliação do aprendizado em pós-graduação na Gestão do Atendimento Domiciliar 68
DPOC e hipercapnia: evolução gasométrica após indicação de VNI em pacientes com oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) 68
Programa Melhor em Casa: desafios enfrentados no atendimento do paciente durante a pandemia de Covid-19 69

Terapia fotodinâmica (TFD) em lesões por pressão no Programa Melhor em Casa: uma realidade possível no SUS 70

Experiência do colaborador de Atenção Domiciliar: Programa "Ser KZT" 70

Análise interdisciplinar de um processo de terminalidade e cuidados paliativos realizados por uma equipe do Melhor em Casa 71

Utilização de tecnologias para fomentar a segurança do paciente 72

SAD estadual: caminhos abertos pela pandemia de Covid-19 72

O modelo de comunicação essencial no acolhimento da assistência domiciliar 73

Indicação precoce e telemonitoramento de ventilação não invasiva em pacientes com doenças neuromusculares: um estudo prospectivo da Unidade de Atenção Domiciliar e dos Cuidados Paliativos da Universidade Federal de Uberlândia 74

Cuidado às crianças com condições crônicas complexas e suas famílias no domicílio: experiência da equipe do PADI-IFF/FIOCRUZ no enfrentamento da Covid-19 74

Acompanhamento domiciliar interdisciplinar a paciente pediátrico com dependência tecnológica e indicação de transplante pulmonar 75

Acolhimento da espiritualidade na atuação domiciliar em cuidados paliativos 76

Macropotências: articulação em rede nos cuidados com lesão 76

Cuidado paliativo na assistência domiciliar: experiência de um home care de Maceió-AL 77

Perfil das solicitações de acompanhamento do Programa Melhor em Casa de Porto Alegre (RS) em 2022 78

Impacto da interação do Programa Melhor em Casa e Núcleos Internos de Regulação dos Hospitais na Rede de Saúde de Porto Alegre 78

Estruturação dos cuidados: promovendo morte digna no domicílio 79

A importância de estimular a autonomia do paciente domiciliado: inserção em serviços de saúde 80

Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) na Atenção Domiciliar: inovação e autonomia 82

Push Tool: uma ferramenta para acompanhamento de lesão por pressão em pacientes na Atenção Domiciliar 82

Trabalho em equipe: caso exitoso 83

RESUMOS: APRESENTAÇÕES ORAIS

Programa Melhor em Casa: perfil global do atendimento domiciliar de uma EMAD do município de São Paulo 85

Processo de decanulação em domicílio: da experiência ao protocolo 85

Projeto Cuidando Melhor em Casa: utilização de plataformas digitais como ferramenta para auxiliar os cuidadores 86

Atendimento às intercorrências clínicas domiciliares: um indicador de qualidade da assistência em um home care de Alagoas 87

Terapia da dignidade na Atenção Domiciliar ao paciente com esclerose lateral amiotrófica: relato de experiência 87

Atendimento domiciliar de nível AD3 em cuidados paliativos no Programa Melhor em Casa da Associação Hospitalar Vila Nova de Porto Alegre/RS 88

Apoio espiritual em domicílio: cuidados além do físico 88

Desempenho assistencial de central de telemonitoramento médico-enfermagem de pacientes acamados... 89

Avaliação da incidência da apneia obstrutiva do sono em pacientes portadores de doenças neuromusculares: poligrafia domiciliar 90

Gerenciamento da efetividade clínica em uma instituição de atendimento domiciliar de Alagoas..... 90

Análise do sinal eletromiográfico, força e variabilidade da frequência cardíaca em cuidadores do SAD-HC/UFU antes e depois de uma jornada de trabalho 91

Programa de atendimento multidisciplinar a idosos acamados em operadora de saúde verticalizada 92

Validação farmacêutica na pré-implantação: admissão segura do paciente em um home care da cidade de Maceió/Alagoas 93

Capacidade funcional de idosos pós-Covid-19 que foram atendidos por um Serviço de Atenção Domiciliar após a alta hospitalar 93

Planejamento terapêutico do paciente com Alzheimer avançado atendido no domicílio 94

A força do coletivo na saúde: experiência de um grupo de WhatsApp de mães de pacientes acompanhados pelo PADI-RJ..... 94

Monitoramento remoto de pacientes traqueostomizados, ventilados mecanicamente em domicílio: um relato de experiência de um home care em Maceió..... 95

Processo de desospitalização de pacientes mecanicamente ventilados no Serviço de Atenção Domiciliar da Associação Hospitalar Vila Nova em Porto Alegre/RS 96

Desospitalizações de pacientes pediátricos complexos realizadas no período de 2017 a 2022 pelo Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (SAD-HRMS) 96

ARTIGOS

A importância da equipe multiprofissional do Programa Melhor em Casa da Associação Hospitalar Vila Nova na reabilitação de paciente grave pós-Covid-19 – Um relato de caso

Autores: Rodrigues GO, Veppo AA, Padilha KB, Trenhago FB, Souza JR.
Instituição: Associação Hospitalar Vila Nova (Porto Alegre - RS) - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/ Programa Melhor em Casa.
E-mail: gr.rodrigues27@gmail.com

Resumo: De todos os fatores de risco relacionados à forma grave da Covid-19, a obesidade se destaca, principalmente, por atingir pacientes jovens. Como as duas doenças são inflamatórias, os obesos são mais propensos a evoluir para a fase de hiperinflamação da doença, podendo causar insuficiência respiratória grave, sepse e óbito. Objetivo: Relatar o caso de um paciente pós-Covid-19, obesidade mórbida (IMC: 88,37), com internação hospitalar prolongada em UTI, necessitando de VM por longo período. Método: As informações foram obtidas por meio de revisão de prontuário, atendimento domiciliar com equipe multiprofissional, contatos telefônicos mensais até a data de janeiro de 2023 e revisão da literatura. Descrição do caso: Paciente do sexo masculino, 41 anos, admitido pelo Programa Melhor em Casa da Associação Hospitalar Vila Nova em maio de 2021. Acamado, obeso, apresentando polineuropatia grave, dor intensa em membro inferior esquerdo, lesão por pressão em região sacral que se estende até a região interglútea e região calcânea, Índice de Barthel de 20 pontos, uso de sonda vesical de demora, necessitando de reabilitação motora e cuidados de equipe multidisciplinar. Foram realizados atendimentos semanais por equipe multidisciplinar. Paciente recebeu alta após nove meses de acompanhamento pelo serviço, completamente reabilitado, com estado funcional classificado como independente para suas atividades de vida diária, conforme Índice de Barthel em 90 pontos. Em contatos telefônicos posteriores à alta, paciente nega reinternações e queixas, mantendo capacidade funcional adequada. Conclusão: O caso relatado traz à luz a importância da reabilitação de pacientes com Covid-19 após longo período de internação, o atendimento prestado a domicílio pelo Programa Melhor em Casa (PMC) e a integração entre profissionais da atenção básica, do PMC e família do paciente.
Palavras-chave: Covid-19. Reabilitação. Obesidade. Atenção domiciliar.

Introdução

O novo coronavírus, SARS-CoV2, foi identificado em Wuhan, na China, em dezembro de 2019. E logo os casos se espalharam rapidamente pelo mundo: primeiro pelo continente asiático e depois por outros países. Durante a doença, frequentemente ocorre aumento da produção de citocinas pró-inflamatórias, associada a uma reação exagerada do sistema imunológico, a chamada tempestade de citocinas. Por ser uma doença inflamatória, a obesidade é associada à piora do diagnóstico. Mesmo que os jovens apresentem menor risco de Covid-19 grave, se a obesidade for uma condição concomitante, os pacientes têm cerca de duas vezes mais probabilidade de precisar de cuidados intensivos na internação[1].

Apesar de o impacto do SARS-CoV-2 nos pulmões ser precedente e assustador, impactos duradouros no sistema nervoso podem ser maiores e até mais avassaladores por causa da difícil regeneração do tecido nervoso, podendo resultar em incapacidades gerais. Estudos mostram uma polineuropatia que aparece de forma muito aguda, rápida e grave, englobando fraqueza muscular, perda muscular e de motricidade. Alguns pacientes podem apresentar desenvolvimento gradativo de sinais da polineuropatia, como sensação de formigamento e dormência, dor semelhante à queimação e incapacidade de sentir vibrações ou a posição dos membros e das articulações[2].

Objetivo

Relatar o caso de um paciente pós-Covid-19, obesidade grau 3, após internação hospitalar prolongada em UTI, o qual foi assistido por equipe multidisciplinar em atenção domiciliar visando à transição de cuidados.

Materiais e métodos

Trata-se de um relato de caso realizado no Serviço de Atenção Domiciliar da Associação Hospitalar Vila Nova (AHVN), em Porto Alegre/RS. As informações foram obtidas por meio de revisão de prontuário, atendimento domiciliar com equipe multiprofissional, contatos telefônicos mensais até a data de janeiro de 2023 e revisão da literatura. O paciente assinou termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando a divulgação do seu caso em formato científico. A AHVN é uma instituição privada e não possui Comitê de Ética em Pesquisa.

Descrição do caso

Paciente do sexo masculino, 41 anos, encaminhado por hospital do município de Porto Alegre/RS, foi admitido pelo Programa Melhor em Casa (PMC) da AHVN em maio de 2021. Estava acamado, obeso (IMC: 88,37), apresentando polineuropatia grave, dor intensa, diminuição de força muscular e sensibilidade tátil em membro inferior esquerdo, diminuição de força muscular em membro superior direito, lesão por pressão (LPP), déficit funcional severo com Índice de Barthel de 20 pontos, uso de sonda vesical de demora, necessitando de reabilitação motora e cuidados de equipe multidisciplinar.

Foram realizados atendimentos semanais da equipe do PMC, sendo acompanhado pela equipe de enfermeiros, fisioterapeuta, médico, nutricionista e assistente social.

As LPPs se localizavam em região sacral, estendendo-se até a região interglútea, estágio 3, leito com tecido de granulação coberto por esfacelo, exsudato seroso em grande quantidade, borda irregular e epitelizada e região perilesional friável (Imagem 1) e em região calcânea. O paciente recebeu tratamento das suas LPPs por meio de curativos especializados por equipe de enfermagem. As avaliações e realização do curativo ocorriam semanalmente, com uso de coberturas visando à regeneração do tecido até completa cicatrização (Imagem 2). Durante os procedimentos, a família do paciente era treinada para realizar os curativos nos demais dias da semana, até a visita domiciliar seguinte. As coberturas eram fornecidas pela equipe do PMC, e os demais insumos, pela Unidade de Saúde Básica de referência do paciente.

Quanto à reabilitação funcional do paciente, ele iniciou acompanhamento com redução da força muscular, sendo considerada em grau 1 a 2 nos membros inferiores e 2 a 3 nos membros superiores em Escala MRC, déficit funcional severo medido por meio do Índice de Barthel em 20 pontos, acamado, sem ter saído do leito em nenhum momento durante a internação ou após a alta hospitalar. Relatava vida ativa e sem queixas funcionais previamente à internação. Foram feitas visitas semanais, sendo realizados

exercícios resistidos para ganho de força inicialmente com peso corporal, exercícios ativos e passivos para ganho de amplitude de movimento, mobilizações ativas na cama e treino de transferências na cama para reforço inicial da autonomia. O treino de transferências de decúbito dorsal para lateral foi incluído para possibilitar a independência do paciente em passar de deitado para sentado, sendo realizado até o paciente tolerar sedestação à beira-leito.

Imagem 1 – Lesão sacral inicial.

Imagem 2 – Lesão sacral no momento da alta.

Posteriormente, foi feito treinamento para realização de transferências para cadeira de rodas (Imagem 3), com auxílio dos membros da equipe multiprofissional e família, para garantir a segurança do paciente e estimulá-lo a atingir o máximo de capacidade funcional a cada dia. Com o passar das visitas, foi possível iniciar treino em ortostase (Imagem 4) e, finalmente, alguns passos com auxílio de muleta, fato bastante comemorado pela equipe, paciente e seus familiares. Durante a visita domiciliar, a família era treinada a realizar os exercícios prescritos com o paciente, a fim de executá-los nos demais dias da semana, otimizando a recuperação funcional do paciente.

Imagem 3 – Primeira transferência para cadeira de rodas.

Imagem 4 – Ortostase sem auxílio.

O paciente recebeu orientações nutricionais por meio das visitas domiciliares periódicas da nutricionista, bem como atendimentos do serviço social para suporte social e obtenção do benefício assistencial.

Durante o acompanhamento, o paciente recebeu esquema de analgesia permanente para dor neuropática e avaliações médicas semanais, além de ter a retirada da sonda vesical de demora, sem intercorrências posteriores.

Paciente recebeu alta após nove meses de acompanhamento pelo PMC com atendimentos semanais, completamente reabilitado, com estado funcional classificado como independente para suas atividades de vida diária, conforme Índice de Barthel em 90 pontos (Imagem 5).

Após a sua alta, foi realizado contato com Unidade Básica de Saúde de referência do paciente e realizado discussão de caso, apresentando nota de alta do programa e reforçando importância de seguimento de acompanhamento na atenção básica e em ambulatórios de especialidades.

Foram realizados, mensalmente, contatos telefônicos posteriores à alta do PMC, nos quais o paciente negou reinternações e queixas, mantendo capacidade funcional adequada (Imagem 6).

Imagem 5 – Dia da alta do PMC.

Imagem 6 – Seis meses após alta do PMC.

Discussão

Covid-19

Muitos pacientes hospitalizados permaneceram sob ventilação mecânica invasiva por tempo prolongado, necessitando de posição prona e uso de sedação, bloqueador neuromuscular e/ou corticoides. Por isso, muitos desses pacientes poderão apresentar alterações como redução da força e da resistência da musculatura periférica e respiratória (relacionada à fraqueza muscular adquirida na UTI), do tônus muscular e da amplitude de movimento articular, bem como déficits de equilíbrio e coordenação motora, entre diversas outras alterações[2].

A LPP, que ocorre como resultado da pressão exercida pelo peso corporal projetado sobre as proeminências ósseas e, consequentemente, sobre a pele e tecidos subjacentes, e que encontra na superfície de apoio a pressão na direção contrária, o que ocasiona a interrupção da circulação local e a consequente morte tecidual, é uma adversidade hospitalar frequente em pacientes internados. Estudos mostram que as LPPs em pacientes com Covid se desenvolvem da mesma forma que em outras afecções, porém de maneira mais rápida e agressiva, tendo como característica atingir planos mais profundos rapidamente e com grandes extensões. Este acometimento agressivo dos tecidos tem como causa a inflamação disseminada causada pelo vírus, incluindo os vasos sanguíneos. Com o acometimento dos vasos sanguíneos, o suprimento de sangue para os tecidos fica prejudicado. Somando-se à pressão exercida sobre as proeminências ósseas, o dano tecidual é acelerado[3].

Covid-19 e obesidade

A obesidade já pode ser considerada uma epidemia de proporção global, com pelo menos 2,8 milhões de óbitos em razão de alterações orgânicas provocadas pela condição de sobrepeso ou obesidade. Até 2016, mais de 1,9 bilhão de adultos em todo o mundo podiam ser classificados com sobrepeso, enquanto 650 milhões já eram considerados obesos. No Brasil, dados preocupantes mostram que houve um aumento de 72% no número de pessoas obesas entre 2006 e 2019, saindo de um índice de 11,8% para 20,3% de prevalência na população nacional, segundo dados da pesquisa[4].

Sabemos que o estado nutricional desempenha importante papel no resultado de uma variedade de doenças infecciosas. O sistema imunológico é afetado pela obesidade, com diminuição das respostas imunes, aumentando risco de infecção e gravidade da doença. A composição corporal, especialmente a alta adiposidade, é associada à piora do prognóstico. A alta prevalência de obesidade é descrita entre pacientes hospitalizados, e as estatísticas mostram que: em unidades de terapia intensiva (UTI) da Espanha, 48% dos primeiros pacientes admitidos com Covid-19 eram obesos; entre 1.482 dos pacientes hospitalizados nos EUA com Covid-19, 48,3% foram obesos; e um estudo da China mostrou que 43% dos pacientes hospitalizados com Covid-19 eram obesos ou tinham sobrepeso[4].

Mesmo que os jovens estejam em menor risco de Covid-19 grave, se a obesidade for uma condição concomitante, os pacientes têm cerca de duas vezes mais probabilidade de precisar de cuidados intensivos na internação. A associação entre pacientes mais jovens com um IMC ≥ 25 kg/m^2 e pneumonia na admissão também foi descrita. A obesidade acomete também os pulmões: a ventilação mecânica invasiva em pacientes com Covid-19 foi positivamente correlacionada com obesidade, independentemente da idade. Células adiposas viscerais aumentadas em obesos podem atuar como reservatório para vírus, aumentando, assim, a carga total de vírus[5].

Sequelas e fisioterapia

Segundo uma pesquisa do Hospital das Clínicas da USP, 60 a 80% dos pacientes que tiveram Covid-19 em 2020 estão em condições de saúde semelhantes, mesmo após um ano da alta hospitalar. Além disso, parte também relata sintomas cardiológicos e emocionais ou cognitivos, como perda de memória, insônia, concentração prejudicada, ansiedade e depressão[6]. A reabilitação de doentes críticos acometidos por Covid-19 após alta hospitalar é de fundamental importância, especialmente naqueles que evoluíram com o quadro grave da doença e que necessitaram de internação em UTI. A adequada avaliação para mensuração do impacto na funcionalidade irá fornecer as informações necessárias para uma reabilitação individualizada e eficaz.

Têm sido relatados programas de reabilitação funcional que propõem reduzir os déficits funcionais pós-alta hospitalar destes indivíduos, demonstrando alívio dos sintomas e incremento da independência funcional[7].

Na Itália, foram relatados inúmeros problemas relacionados aos cuidados de UTI de pacientes com doença aguda Covid-19, incluindo disfagia, marcha e equilíbrio prejudicados, fraqueza muscular, miopatia, dor no pescoço e/ou ombro (em razão da colocação em posição prona por um período prolongado), neuropatia, problemas psicológicos e redução da mobilidade articular. Os autores também relatam a necessidade de fisioterapia respiratória[6].

Os fisioterapeutas surgiram como profissionais da atenção primária no enfrentamento da Covid-19, desta forma é importante destacar seu papel na prevenção e promoção à saúde. O valor da fisioterapia também está no tratamento e na prevenção, e, quando o assunto é Covid-19 e suas respectivas disfunções, o fisiotera-

peuta assume seu protagonismo, tornando-se indispensável dentro do processo. É importante entender que o tratamento pode e deve ser prolongado, mesmo após o acometimento do vírus, evitando o desenvolvimento de sequelas graves e proporcionando o retorno às atividades diárias dos pacientes sem alterações ou com mínimas sequelas possíveis. Embora seja uma patologia com viés respiratório, foi possível observar alterações causadas pelo vírus em outras estruturas do corpo. No entanto, a literatura apresenta menor quantidade de dados em relação ao tratamento nessas outras áreas afetadas. Desta forma, fazem-se necessários novos estudos com o intuito de trazer informações mais detalhadas sobre intervenções e sequelas específicas para cada uma delas[8].

Estudos recentes realizados no Brasil apontam que cerca de 2/3 dos pacientes recuperados da Covid-19, sem internação, apresentam algum tipo de sintoma neurológico nos meses subsequentes à infecção, e de forma persistente. Entre os que necessitaram de internação, este índice parece ser ainda maior. Entre as condições apresentadas, chama atenção a ocorrência de neuropatia periférica ou polineuropatia – afecção que acomete os nervos a partir de sua saída na medula espinhal ou tronco cerebral, possivelmente consequente a uma reação imunológica exagerada do organismo a partir da penetração do vírus no sistema nervoso. O tratamento das polineuropatias pós-Covid-19 segue as diretrizes da IASP utilizadas nas polineuropatias de outras causas, como uso de tricíclicos (amitriptilina e nortriptilina), duais (duloxetina e venlafaxina) e anticonvulsivantes (gabapentina e pregabalina), como escolha de primeira linha, e emplastro de lidocaína a 5%, opioides fortes e tramadol, como segunda linha[9].

Rede de atenção à saúde e equipe multidisciplinar

Após a alta hospitalar, o indivíduo pode ser recebido por um Serviço de Atenção Domiciliar, por meio do PMC, para receber transição de cuidados de curto e médio prazo. A assistência domiciliar é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar, de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade, em que a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, paliação, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador, oportunizando a transição de cuidados entre hospital e domicílio[10].

O município de Porto Alegre possui, atualmente, 15 equipes de atenção domiciliar no PMC, sendo 5 equipes do Grupo Hospitalar Conceição e 10 da AHVN, os quais realizam acompanhamento multiprofissional por meio das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) compostas por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), que podem ser compostas por fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, assistentes sociais, odontólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos ou farmacêutico[10].

O trabalho em equipe multiprofissional com foco interdisciplinar favorece a garantia de um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a integralidade, além de corroborar o conceito ampliado de saúde. As diversas especialidades atuam de maneira articulada e colaborativa com a finalidade de prestar uma assistência que compreenda todas as necessidades de saúde do mesmo indivíduo[11].

Conclusão

O caso relatado traz à luz a importância da reabilitação de pacientes com Covid-19 após longo período de internação, o atendimento prestado a domicílio pelo PMC e a integração entre profissionais da atenção básica, do PMC e família do paciente.

Referências

1 Silverio R, Gonçalves DC, Andrade MF, Seelaender M. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Nutritional Status: The Missing Link? Adv Nutr. 2021;12(3):682-92. doi: 10.1093/advances/nmaa125.

2 Wang L, He W, Yu X, Hu D, Bao M, Liu HM, et al. Coronavirus disease 2019 in elderly patients: Characteristics and prognostic factors based on 4-week follow-up. J Infect. 2020;80(6):639-45. doi: 10.1016/j.jinf.2020.03.019.

3 Carvalho LD, Rodrigues NKSS. Ocorrência de lesão por pressão em pacientes acometidos pela COVID-19 em decorrência da posição prona. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. 2022;8(4):668-81.

4 Silva IM, Silva MATBF, Santos RG, Ferreira RKG. Trabalho da Equipe Multiprofissional no contexto da COVID-19: Diversos olhares, um só objetivo. Research, Society and Development. 2021;10(3):e53210313439.

5 Carvalho HO. Frequência de casos graves e síndrome pós-COVID-19 em pacientes com sobrepeso e obesidade acompanhados por equipe multiprofissional: um estudo transversal [trabalho de conclusão de curso]. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; 2023.

6 Grendene CS, Gulo RB, Betiol RSM, Puglisi MA. Coronavírus (COVID-19): história, conhecimento atual e sequelas de longo prazo. Revista Científica Corpus Hippocraticum. 2021;1(1):112-7.

7 Cacau LAP, Mesquita R, Furlanetto KC, Borges DLS, Forgiarini Junior LA, Maldaner V, et al. Avaliação e intervenção para a reabilitação cardiopulmonar de pacientes recuperados da COVID-19. ASSOBRAFIR Ciência. 2020;11(Supl 1):183-93.

8 Gonçalves LF, Lima WH, Aires RD. A atuação da fisioterapia na reabilitação de pacientes pós-COVID-19: uma revisão de literatura. FACSETE Health Sciences. 2023;2(1):1-9.

9 Palladini M. Dor Neuropática Pós-COVID. SNC em Foco. 2021;1(1):1-8.

10 Biblioteca Virtual da Atenção Primária à Saúde. Melhor em Casa [internet]. Porto Alegre: Secretaria de Saúde; 2023 [citado em 5 maio 2023]. Disponível em: https://sites.google.com/view/bvsapspoa/servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde/aten%C3%A7%C3%A3o-domiciliar/melhor-em-casa.

11 Silva GM, Pesce GB, Martins DC, Carreira L, Fernandes CAM, Jacques AE. Obesidade como fator agravante da COVID-19 em adultos hospitalizados: revisão integrativa. Acta Paul Enferm. 2021;34:eAPE02321.

Desospitalizar é preciso: relato de dois casos de crianças com condições crônicas complexas e dependentes de tecnologia

Autores: Souza KMO, Conceição DS, Simões F, Gomes GD, Carvalho JL.
Instituição: IFF/FIOCRUZ.
E-mail: mosskatia@gmail.com

Resumo: O presente artigo aborda a complexa tarefa do planejamento para a desospitalização de duas crianças com condições crônicas complexas (CCC) dependentes de tecnologia. Destaca a importância de considerar as necessidades individuais, contextos familiares e desafios específicos. Utilizamos o método qualitativo de relato de casos, nos quais as condutas foram gerenciadas a partir de uma importante ferramenta de gestão do cuidado, o Projeto Terapêutico Singular (PTS). As características clínicas, condição socioeconômica familiar, natureza do vínculo materno e condições de moradia formaram os eixos elementares das avaliações dos fatores concorrentes para o sucesso da desospitalização. Concluímos que a personalização das condutas e o estabelecimento de trocas dialógicas entre familiares e equipes, com foco na singularidade de cada cenário em que se revela o contexto de adoecimento crônico, promoveram resultados positivos e garantiram a continuidade dos cuidados no ambiente domiciliar.
Palavras-chave: Desospitalização. Pediatria. Doença crônica complexa. Atenção domiciliar.

"O correr da vida embrulha tudo,
a vida é assim: esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem".
Guimarães Rosa

Introdução

A desospitalização é entendida como a retirada do paciente do ambiente hospitalar de forma segura e responsável, com base no planejamento minucioso e sistemático, quando a alta complexidade é substituída pela alta dependência. O indivíduo retorna para sua comunidade, mas não encerra seus cuidados, dada a necessidade de assistência específica, diferenciada e complexa. Trata-se de um processo em que a família participa da elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), uma vez que ocupará o lugar de protagonismo no processo de cuidado em domicílio[1].

O Ministério da Saúde (MS), em documento produzido sobre reflexões acerca do cuidado em saúde e atuação multiprofissional, reforça a definição ao apontar que a desospitalização tem como proposição a transferência das pessoas internadas em hospital para o domicílio. Sugere o amparo das equipes de atenção básica a fim que sejam oferecidos os cuidados, prevenindo reinternações desnecessárias, com foco na humanização e participação das famílias nas práticas de cuidados[2].

Nas últimas décadas, os grandes avanços tecnológicos, científicos, socioeconômicos e sanitários permitiram que as cronicidades recebessem maior destaque no cenário pediátrico[2], de forma que, atualmente, em razão desses avanços, as crianças com condições crônicas e complexas de saúde possuem maiores chances de sobreviver. No entanto, o movimento de ida para casa se constitui em um arranjo de grande envergadura, em que diversos pontos necessitam de um precioso alinhamento. Isto porque são pacientes (com condições crônicas complexas) mantidos em cuidados permanentes nos diferentes níveis de atenção à saúde, de modo que as tecnologias como suporte ventilatório, traqueostomia, gastrostomia, cateteres de longa permanência, nutrição parenteral e outros recursos são fundamentais para a manutenção da vida e fazem parte do cotidiano dessas crianças que vivem com algumas limitações ou sequelas. Apesar da nítida contribuição dos avanços e prolongamento da sobrevida dos pacientes, desospitalizar é uma missão que exige o comprometimento de muitos atores da produção de cuidados, gerando apreensão e inseguranças[1,3].

Para melhor categorização das crianças com condições crônicas complexas, Cohen et al. (2011)[4] propõem quatro eixos estruturais, a partir de suas afinidades: 1) Presença de uma ou mais condições crônicas ao longo da vida, muitas vezes incurável, tão grave que possa acometer múltiplos órgãos e/ou sistemas do corpo; 2) Limitação funcional significativa na capacidade de desempenhar funções corporais básicas, incluindo (embora não apenas) a capacidade de comer, beber, respirar, andar, conversar etc., quase sempre requerendo assistência tecnológica; 3) Necessidade de cuidados específicos e contínuos: inúmeros prestadores de serviços de saúde (por exemplo, especialistas, terapeutas, enfermeiras domiciliares) e tratamentos (por exemplo, vários medicamentos e equipamentos médicos) para manutenção da saúde; 4) Elevada utilização dos serviços de saúde por intermédio de inúmeras consultas ambulatoriais, prescrição de medicamentos, hospitalizações recorrentes e visitas à rede de emergência e cuidados domiciliares contínuos.

Diante do perfil exposto, a desospitalização é apontada como a conduta ideal, sobretudo para esse grupo infantil de pacientes. Além de ser uma prática referida à humanização da assistência, já que oferece aos usuários uma recuperação mais rápida, em ambiente familiar e livre de riscos relacionados ao processo de internação, ao mesmo tempo é uma oportunidade de liberar os leitos hospitalares[5].

Para tanto, no primeiro plano estratégico, a desospitalização da criança deve, impreterivelmente, contar com uma equipe multidisciplinar especializada na assistência aos pacientes com condições complexas de saúde, com extensão à equipe de atendimento domiciliar. Cabe às equipes das unidades de internação garantir a segurança clínica da retirada do ambiente hospitalar para a casa, e à equipe de atendimento domiciliar a responsabilidade de manter o nível adequado do cuidado quando na residência, assim como alimentar o diálogo com a atenção básica de saúde do território. A propósito, o conjunto dessas equipes configura um grupo multiprofissional que responde institucionalmente pelo Programa de Desospitalização Pediátrica. Trabalham conjuntamente e complementam a estratégia com a inserção da família, formando a tríade unidades de internação-atendimento domiciliar-família.

Esta última ocupa um lugar definidor quanto às tomadas de decisões e ações que apontam para as mudanças que enfrentará ao levar para casa uma criança com dependência de tecnologia. Nesse sentido, a ferramenta do PTS auxilia as equipes a refletir que, ao retirar a criança do hospital, quem melhor define o caminho de retorno é a própria família. Vejamos dois relatos de casos bem-sucedidos e minuciosamente planejados com o uso da ferramenta de gestão PTS.

Projeto Terapêutico Singular – Caracteriza-se por extremos aparentemente antagônicos. Um lado considera o caráter multifatorial da doença, vista por lentes multiprofissionais, e o outro focaliza a singularidade do doente. Pensar o PTS inclui considerar as vulnerabilidades humanas, como cada sujeito determina suas ações, as demandas e as ofertas em jogo. Constitui-se em encontros de projetos, ideologias, desejos, interesses, visões

de mundo e subjetividades; em cenário de resistências, identificação, afirmação, mediação e resolução de conflitos; em espaço de produção e reprodução, onde operam forças capazes de desconstruir ou reafirmar modos de inovação da gestão do cuidado. As discussões do PTS nascem das múltiplas reflexões críticas das resoluções de demandas individualizadas. Portanto, descarta as ações estereotipadas ou padronizadas que ditam modos de compreender os problemas de saúde como uma produção em série[6]. Assim, o PTS é um dispositivo de planejamento de atenção pensado para um sujeito que se distingue de todos os outros pelas suas características individuais e contextuais[7]. Além disso, tem como objetivo promover ao sujeito a produção de autonomia e apropriação do processo de cuidado[8]. Na perspectiva da equipe, é um conjunto de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual, pautado no resultado da discussão da equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. É na reunião de toda a equipe que as opiniões são tecidas para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, consequentemente, definir propostas de ações[9].

Método – O relato de caso foi construído por meio de análise de prontuário e recuperação dos relatórios resultantes dos rounds da equipe de desospitalização, atendimentos das equipes de saúde mental e serviço social. Para dialogar com o levantamento dos relatórios, o trabalho é ancorado no referencial teórico de estudos referentes à saúde de crianças e adolescentes cronicamente adoecidos e aos processos de desospitalização. Quanto à metodologia do relato de caso, apresenta-se oportuna para a compreensão dos fenômenos nos contextos de ampla complexidade. Capacita apreensão das especificidades da vida real, possibilitando acessos às limitações e variáveis nos cenários em que são produzidas, tornando possível a exploração detalhada das particularidades[10].

Campo – Os dois pacientes foram atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em uma instituição de referência nacional em diversas doenças raras no estado do Rio de Janeiro. Foram crianças hospitalizadas na área de atenção à criança e ao adolescente, a qual articula ações específicas que prescrevem aplicação de cuidados de alta complexidade em ambiente hospitalar, ambulatorial, na rotina do hospital dia e na modalidade de atenção domiciliar.

Coleta dos dados – Foram selecionados dois casos de malformação. Portanto, trata-se de crianças admitidas em função da necessidade de assistência especializada na qual o hospital é referência: osteogênese imperfeita (OI) e Arnald de Chiari tipo II /mielomeningocele. Ambas permaneceram hospitalizadas por mais de dois anos. A escolha limitada de dois casos nos permitiu explorar mais detalhadamente as diferentes variáveis e os caminhos das diversas condutas para o êxito. Os nomes utilizados nos relatos foram alterados a fim de manter o anonimato dos envolvidos.

Relato 1 – No ano de 2020, nasceu João Cândido, uma criança para fazer companhia à irmã de 3 anos. A surpresa da família não foi apenas a chegada de um bebê, mas o fato que a criança nasceria com uma doença rara, complexa e crônica; diga-se, com a patologia semelhante à de sua irmã: osteogênese imperfeita. Para os pais, ter a segunda criança com a mesma condição de saúde faz com que adquirissem um nível diferenciado de conhecimento sobre os cuidados. Contudo, João apresentou complexidade clínica com diagnóstico de Síndrome de Bruck (OI + artrogripose), necessitando de ventilação mecânica invasiva prolongada / síndrome hipóxico-isquêmica (pós-parada cardiorrespiratória), além de possuir traqueostomia e gastrostomia. Permaneceu hospitalizado por um longo período nos dois primeiros anos de vida. Sobre a família, trata-se de um casal de jovens agricultores, residentes na região serrana do Rio de Janeiro. A distância entre o hospital e a residência correspondia a 139 km. No período da hospitalização de João, os cuidados da filha mais velha do casal ficaram sob a responsabilidade da avó materna. No entanto, em função das cirurgias ortopédicas resultantes da própria OI, a mãe se dividia na atenção dos dois filhos, simultaneamente, em hospitais diferentes.

Com o passar do tempo, João se tornou, dentro das suas limitações, um paciente clinicamente estável. Pelo fato de ser um paciente com doença rara e prognóstico reservado, a equipe manteve um fluxo contínuo

de conversas com a família sobre a condição de cuidados paliativos e, paradoxalmente, sobre a possibilidade de retirá-lo do hospital. Nesse tempo, em que a mãe compreendeu a irrevogável dependência tecnológica, a importância do treinamento para os cuidadores no ambiente domiciliar, a possibilidade da convivência do João com sua família, rapidamente verbalizou o desejo de levá-lo para casa. A partir desse comunicado, narrativas sobre como deixar o hospital passaram a ser uma pauta constante das conversas com a família. Contudo, alguns fatores contribuíram para os tensionamentos do processo de desospitalização. O fato de residirem na área rural configurava um território com fragilidades em relação ao acesso das redes de atenção à saúde, principalmente para os episódios de intercorrências. A dependência tecnológica e o uso de equipamentos demandam alto custo, não assumido pelo Estado e inacessíveis à família em função dos valores. Na mesma ocasião, vivenciamos a pandemia da Covid-19, o que potencializava para a família, assim como para a equipe de profissionais, sentimentos ambivalentes em relação à desospitalização. Como parte das estratégias de gestão, foram realizadas reuniões virtuais com as equipes do Programa Melhor em Casa (PMC) do território e o grupo do programa de desospitalização do hospital, em que se discutia o PTS, com ênfase no treinamento dos cuidadores e na capacidade de resposta na rede de saúde nas emergências. Foi necessário haver acordos e orientações, a exemplo da contratação de uma médica pediátrica. Quanto aos familiares, mesmo com a recomendação de se mudarem para um local mais próximo ao centro urbano, decidiram por garantir uma vida rodeada de verde e ar puro para João, contando com a assistência do PMC da região mais próxima. Com o intuito de proteger os direitos à saúde do filho, a família convocou redes políticas e judiciárias da cidade, promovendo a visibilidade da presença da criança no território, a importância do serviço de ambulância e a necessidade de insumos. A fim de manter uma reserva financeira, para o retorno do João, a família realizou entre amigos e vizinhos a rifa de um bezerro. Contrariando as expectativas, João está em casa por 1 ano e 10 meses, recebe assistência e insumos da equipe do PMC, permanece com uso dos equipamentos com concentrador, aspirador, bala de oxigênio, cedidos temporariamente pelo hospital de origem. Periodicamente João é transportado com ambulância para as trocas de cânula no hospital de origem, sem nunca ter sido reinternado por intercorrências.

Relato 2 – Imagine uma família com pais e oito filhos (quatro meninos e quatro meninas), e o anúncio da chegada de uma menina para desempatar o time. Cinco meninas! Dalva foi o nome escolhido por sua mãe, Maia. A alegria da chegada de mais um lacinho rosa foi interrompida no pré-natal quando os exames da medicina fetal fizeram com que as notícias perdessem o colorido. O diagnóstico de Arnald de Chiari tipo II /mielomeningocele foi recebido como algo aterrorizante para a mãe. A memória dos nascimentos dos filhos saudáveis a fizeram incrédula, diante da vinda de uma "criança especial". No conjunto das experiências difíceis, Maia vivia o luto da própria mãe – avó materna de Dalva, falecida pouco antes da descoberta da gravidez. O acontecimento que talvez apaziguasse o luto, ao contrário, fez com que a dor aumentasse, pois para Maia a notícia do diagnóstico significava uma segunda perda. Perdera, primeiramente, a mãe e, na gravidez, o filho construído no seu imaginário – o bebê saudável.

Maia vivenciou diferentes etapas durante os três anos de hospitalização, aqui relatado em fases.

1ª fase: Berçário – Nos primeiros meses, no berçário de alto risco, a equipe sentia certo distanciamento. Foram percebidas suas dificuldades de estabelecer vínculo com a criança, justificado pela tristeza em função da morte da mãe e o pressentimento do mesmo desfecho para a filha. Parecia pouco entender a natureza da patologia, do tratamento e do prognóstico. Nos contatos com a equipe, comparecia sem a companhia de outro familiar, tinha postura de introspecção e interação monossilábica.

2ª fase: Unidade Intermediária – Etapa seguinte, após quatro meses de internação no berçário, Dalva foi transferida para a Unidade Intermediária (UI), local onde os responsáveis podem permanecer e dormir em uma cadeira reclinável. Contudo, Maia oscilava em sua frequência na unidade, ora presente, ora distante, o que

prejudicava o engajamento do treinamento dos cuidados. Sentia-se insegura e tinha medo de assumir tarefas mais simples, como o banho. Dalva permanecia com o quadro de gravidade, quedas bruscas de saturação e outras intercorrências inerentes à patologia. Foram realizadas reuniões com a equipe e com Maia (poucas com a presença do pai) com o objetivo fortalecer o vínculo com a criança, encorajá-la para o treinamento, promover visitas de irmãos para que fossem apresentados, o que só aconteceu após dois anos de hospitalização. Diante da estabilidade clínica, foi introduzida a pauta sobre a possibilidade de desospitalização, no primeiro momento com mínima expressão de adesão por parte da mãe.

No momento da proposta de se iniciar o processo de desospitalização, os pais de Dalva enfrentaram conflitos na relação conjugal, gerando uma temporária separação, período em que Maia ingressou no mercado de trabalho para garantia do sustento dos filhos mais velhos e se manteve por mais tempo distante. Quando comparecia para visitação, eram nítidos o seu cansaço e sua tristeza. Por outro lado, Dalva apresentava maior estabilidade clínica, dentro de suas limitações. Nesse momento, a equipe reuniu esforços para acionar as estratégias de desospitalização.

3ª fase: Unidade Pediátrica de Internação – A favor do tempo, sua irmã mais velha completou 18 anos, fato que possibilitou sua permanência como acompanhante e participação no treinamento. Maia reatou a relação com o marido e saiu do emprego com a promessa de dedicar-se mais aos cuidados da filha, para que a desospitalização acontecesse. Parece ter ocorrido uma mudança que afetou todos, favorecendo uma verdadeira inserção da criança com uma pessoa da família. Foi avaliada a possibilidade de a assistência ser assumida pelo PADI do próprio hospital. Na avaliação da residência de aproximadamente 40 m² edificados, foram recomendadas alterações importantes na estrutura da casa, como a construção de um quarto na área externa. A família recebeu auxílio financeiro de voluntários ligados ao hospital. A mãe organizou a visita de todos os filhos menores para serem apresentados à irmã.

4ª fase: Programa de Atenção Domiciliar – A desospitalização aconteceu após três anos, a criança é assistida pelo PADI, que fez acordos e orientações às unidades de saúde do território. Dalva é uma paciente em cuidados paliativos que está efetivamente inserida na família sob a guarda, amor e cuidado de todos os irmãos. O pai se faz presente no contexto familiar. Ocorreu uma reinternação desde que foi desospitalizada. Comemorou o aniversário de 4 anos em casa, vive rodeada do carinho dos familiares e brilha na vida de Maia.

No Quadro 1, temos um resumo comparativo dos dois relatos.

Quadro 1 – Resumo dos dois relatos de caso.

Relatos de caso	**João**	**Dalva**
Data de nascimento	15/05/2019	05/05/2019
Patologia	Síndrome de Bruck (OI + artrogripose)	Arnald de Chiari tipo II / mielomeningocele
Cuidados paliativos	Sim	Sim
Tempo de internação	Mais de 2 anos	Mais de 2 anos
Configuração familiar	Pais + 1 irmã	Pais + 8 irmãos
Desejo de desospitalizar	Presente	Inicialmente ausente
Rede de apoio familiar	Avós maternos	Inicialmente sem rede
Condições da residência	Aprovada	Necessidade de construção
Distância para o hospital	139 km	64 km
USB no território	Difícil acesso	Fácil acesso
Continuidade do cuidado	PMC	PADI/IFF
Tempo de desospitalização	22 meses	9 meses

Discussão

A elaboração do PTS de cada criança seguiu condutas diferentes, embora, nos dois casos, tenhamos encontrado pontos de semelhanças, como a presença de uma doença rara e complexa que demandou das equipes grande empenho para definir o melhor tratamento e garantir a continuidade da vida. A permanência no hospital ultrapassou dois anos de hospitalização. As crianças eram reconhecidas com necessidades de cuidados paliativos e tinham a rede familiar configurada por pais e irmãos presentes.

Apesar das semelhanças, algumas condições exigiram estratégias distintas para o manejo dos casos. As estratégias de comunicação com as famílias foram o ponto central, no tocante ao desejo em desospitalizar. Visto de modo retrospectivo, a dificuldade de vinculação, o medo da perda fez com que o processo Dalva acontecesse mais lentamente. No entanto, apesar do imediato desejo da família de João em desospitalizá-lo, o tempo não se apressou diante das dificuldades encontradas no território. Cada obstáculo necessitou do seu tempo de enfrentamento. As vulnerabilidades eram distintas e foram conduzidas considerando as demandas de recursos expressos pelas famílias. João e seus pais, juntamente com a equipe da desospitalização, construíram a rede de saúde necessária para passar os dias na área rural sob os cuidados do PMC da sua região. Sobre Maia e suas dificuldades de vinculação, ficou nítido que a vivência do luto da própria mãe a impediu elaborar o nascimento da filha com uma doença rara e construir recursos emocionais para a construção de um novo momento de vida.

Considerações finais

O fato de o PTS ser uma construção conjunta possibilitou, mediante o diálogo, a intervenção de profissionais de diferentes categorias, preocupados em formar uma rede de segurança, por meio da pactuação de responsabilidades e respeito às necessidades das famílias. Para além das complexidades clínicas, a equipe se debruçou sobre outras complexidades fundamentais para que, pela primeira vez, essas crianças, apesar dos equipamentos, pudessem respirar outros ares e conhecer as cores existentes longe dos muros do hospital.

Referências

1 Carvalho MSN, Menezes LA, Cruz da Filho AD, Maciel CMP, organizadores. Desospitalização de crianças com condições crônicas complexas: perspectivas e desafios. Rio de Janeiro: Editora Eldorado; 2019.

2 Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

3 Torquato RC, Rovere GP, Pitombeira MGV, Pereira AS, Santos LKX. Preparação para cuidar de crianças com doenças crônicas: a percepção dos cuidadores. Rev. Rene. 2020;21:e43870.

4 Cohen E, Kuo DZ, Agrawal R, Berry JG, Bhagat SKM, Simon TD, et al. Children with medical complexity: an emerging population for clinical and research initiatives. Pediatrics 2011;127(3):529-38.

5 Silva KL, Sena RR, Castro WS. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(4):e67762.

6 Oliveira GN. O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde [mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2007.

7 Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. Práxis e formação paidéia: apoio e co-gestão em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.

8 Merhy EE. Apostando em Projetos Terapêuticos Cuidadores: desafios para a mudança da escola médica ou utilizando-se da produção dos projetos terapêuticos em saúde como dispositivo de transformação das práticas de ensino-aprendizagem que definem os perfis profissionais dos médicos. Campinas: [editor desconhecido]; 1999.

9 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

10 Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2001.

Uso do ambiente virtual como forma de apoio e suporte ao cuidador: resultados de uma revisão de escopo

Autores: Fonseca MR, Oliveira SG, Zillmer JGV, Tristão FS, Schiller GS.
Instituição: Universidade Federal de Pelotas.
E-mail: michelerodrigues091992@gmail.com

Resumo: O ambiente virtual de aprendizagem (AVA) pode ser uma importante fonte de apoio/suporte ao cuidador de pessoas com dependência funcional, uma vez que proporciona conhecimentos de modo online. Objetivo: Descrever o ambiente virtual como forma de apoio/suporte ao cuidador de pacientes com dependência funcional no domicílio. Metodologia: Trata-se de um recorte da revisão de escopo, aprovada na Chamada CNPq/Decit/SCTIE/MS nº 16/2021, registrada no Open Science Framework, desenvolvida de 2021 a 2022. Foram realizadas buscas nas bases de dados PubMed, LILACS, BDENF, WoS, Scopus, CINAHL e SciELO, com os descritores "suporte social", "cuidadores", "serviços de assistência domiciliar", "serviços de descanso", "apoio domiciliar", "cuidadores intermitentes" e "assistência domiciliar", totalizando 2.048 para análise de resumo. Para a leitura na íntegra, foram selecionados 390 artigos, e para extração dos dados, 201, resultando ao final em 56 artigos, mas para a nossa análise 9 foram analisados. Para o gerenciamento e organização dos dados, foi utilizado o programa Endnote. Já para a análise dos dados, foi empregada a análise de conteúdo dirigido. Já para a codificação, foi usado o software Nvivo. Foram selecionados artigos sobre cuidadores domiciliares de pessoas dependentes funcionalmente com menção a alguma forma de apoio/suporte fornecido ao cuidador. Resultados: Foram encontrados nove artigos que utilizaram o ambiente virtual como forma de apoio/suporte ao cuidador: cinco eram intervenção psicoeducacional; três, intervenção psicossocial; e um, intervenção do tipo estratégia. Os tipos de apoio gerados aos cuidadores domiciliares foram: emocional, informacional, instrumental, interação social positiva e afetivo. O ambiente virtual pode ser efetivo, pois permite que os cuidadores acessem informações em sites e páginas da web de forma econômica e contínua. Conclusão: O ambiente virtual apresenta-se como uma possibilidade efetiva de apoio/suporte ao cuidador de pessoas com dependência funcional no domicílio.
Palavras-chave: Cuidadores. Apoio social. Serviços de assistência domiciliar. Intervenção baseada em internet. Revisão.

Introdução

O cuidador é definido como um cônjuge, companheiro ou outro membro da família que não é remunerado, mas responsável pelo apoio físico, emocional e até mesmo financeiro de outra pessoa que não pode cuidar de si por causa de algum tipo de incapacidade ou agravo à saúde[1]. Desde o início dos anos 2000, os cuidadores informais de pessoas com dependência funcional têm participado de pesquisas quantitativas que mostram escores de sobrecarga altos, níveis aumentados de depressão, ansiedade e estresse[2]. Assim, os cuidadores precisam ser foco de formas de apoio/suporte, não somente para ensiná-los sobre como realizar o cuidado, mas também para ofertar um espaço de compartilhamento de seus anseios.

Com a expansão de equipes e Serviços de Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde, faz-se necessária a utilização de tecnologias que auxiliem o cuidador na manutenção da pessoa com dependência funcional no domicílio. Um exemplo de tecnologias é o ambiente virtual. Para Piraino et al.[2], a utilização de ambiente virtual de aprendizagem (AVA) pode ser uma possibilidade econômica, pois não requer deslocamentos de profissionais ou mesmo dos cuidadores. Assim, ofertar apoio em ambiente virtual proporciona uma rede online ao cuidador domiciliar, com contato social, capacitações, orientações, interação com profissionais de saúde e outros cuidadores, além do compartilhamento de experiências e vivências no contexto do cuidado domiciliar.

Nesse sentido, identificar na literatura as formas de apoio/suporte ao cuidador desenvolvidas no AVA possibilita caracterizá-las e conhecer as possibilidades que podem oferecer, proporcionando o acesso a tais informações para potencializar o uso em serviços de saúde no Brasil.

Objetivo

Descrever o ambiente virtual como forma de apoio/suporte ao cuidador de pacientes com dependência funcional no domicílio

Metodologia

Trata-se de um recorte de uma revisão de escopo desenvolvida de 2021 a 2022[3], aprovada na Chamada CNPq/Decit/SCTIE/MS nº 16/2021 e registrada no Open Science Framework .

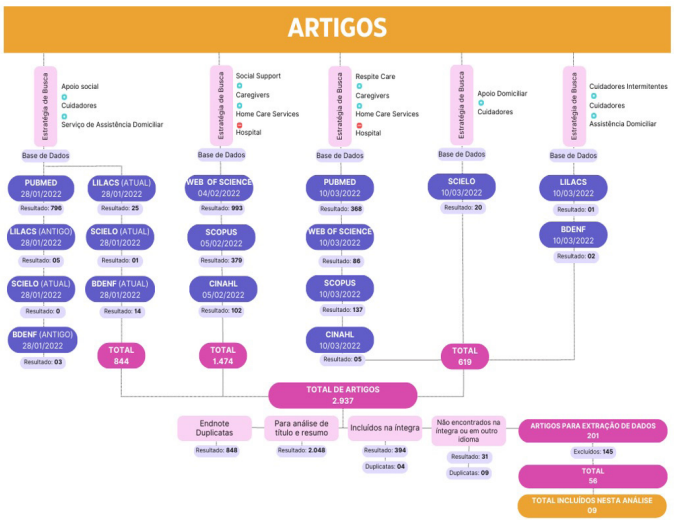
Revisões de escopo são utilizadas para mapear a literatura sobre determinado campo de interesse, reunindo diversos tipos de desenhos de estudos[4]. Nesta revisão de escopo, buscou-se mapear as formas de apoio/suporte ofertadas ao cuidador de pessoas dependentes funcionalmente no domicílio. Para isso, foram incluídos artigos, documentos institucionais, teses e dissertações. Para este trabalho, foram utilizados apenas os resultados dos artigos.

Os critérios de elegibilidade eram artigos sobre cuidadores domiciliares de pessoas dependentes funcionalmente com menção a alguma forma de apoio/suporte oferecida ao cuidador, publicados no período de 2002 a 2022, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos estudos que não abordassem conceitos relevantes para o alcance do objetivo, revisões, estudos repetidos, carta ao editor e resumos publicados em anais.

Os artigos científicos foram acessados por bolsista de desenvolvimento tecnológico e industrial (DTI-C), com formação em biblioteconomia, nas seguintes bases de dados: PubMed, LILACS, BDENF, Web of Science, Scopus, CINAHL e SciELO.

Foi utilizado o programa Endnote pela bibliotecária para gerenciamento e organização dos estudos. Os estudos duplicados foram removidos, e, posteriormente, ocorreu a primeira etapa de aplicação dos critérios de elegibilidade pelos pesquisadores e discentes da equipe, qual seja, a leitura do título e do resumo dos artigos. Esta etapa teve início em fevereiro e se estendeu até março de 2022. A segunda etapa de aplicabilidade dos critérios de inclusão e exclusão ocorreu com a leitura na íntegra dos artigos, sendo realizada entre os meses de maio e junho de 2022. A equipe foi dividida em pares em todas as etapas do processo e seguiu um guia de etapas de aplicabilidade dos critérios de inclusão e exclusão. Para a leitura na íntegra, foram incluídos 201 artigos, dos quais 56 compuseram o banco de dados final da revisão de escopo. Para elaboração deste trabalho, nove artigos foram analisados (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma de etapas da seleção dos artigos da revisão de escopo.



Fonte: elaborada pelas autoras.

Para análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo dirigido, que permite validar ou estender conceitualmente uma teoria já existente[5]. Desse modo, as pesquisadoras identificaram conceitos-chave como categorias de codificação iniciais, e, assim, iniciaram-se as codificações com códigos predeterminados por meio do software de análise qualitativa Nvivo.

Resultados

Foram encontrados na literatura, a partir da revisão de escopo, nove estudos que utilizaram o AVA como forma de apoio/suporte ao cuidador domiciliar, publicados no período de 2002 a 2021[2,6-13].

Caracterização dos estudos

Entre os tipos de formas de apoio/suporte, cinco estudos apresentaram intervenções psicoeducacionais[2,6,7,9,10]; três, intervenções psicossociais[8,12,13]; e um, estratégia[11]. As estratégias são serviços ou programas contínuos, e as intervenções possuem etapas de desenvolvimento com início, meio e fim. Ainda, as últimas variam em seus objetivos: a psicoeducacional visa à capacitação e desenvolvimento de formas de enfrentamento; a psicossocial objetiva o desenvolvimento de formas de enfrentamento, mas também a identificação e como acionar a rede de apoio social[3].

Ainda foi possível identificar os tipos de apoio gerados aos cuidadores domiciliares, quais sejam: emocional (diz respeito às relações afetivas, de escuta, compreensão e zelo), informacional (refere-se às orientações, sugestões e conselhos), instrumental (diz respeito à ajuda material ou prática), interação social positiva (produz alívio de estresse a partir de atividades de lazer) e afetivo (envolve demonstrações de carinho e amor)[14].

Os AVA estavam em sites, plataformas, redes fechadas ou aplicativos. Entre as ações desenvolvidas pelas intervenções estavam o fornecimento de apoio e informação, mediante perguntas e discussão de questões relacionadas ao cuidado, o contato assíncrono via e-mail, as informações educacionais temáticas, as oportunidades de autogestão, os fóruns online, a disponibilização de links educacionais de sites confiáveis.

Intervenções psicoeducacionais

As intervenções psicoeducacionais que correspondem ao AVA são site CaringWeb, sistema DEM-DISC, aplicativo CareHeroes e rede Tyze Personal Networks.

O site CaringWeb, organizado por enfermeiros, foi identificado em duas publicações[6,7]. Na publicação de Pierce, Steiner e Govoni[6], em 2002, a finalidade era fornecer apoio e informação por meio de três mecanismos: 1) oportunidade de perguntas e discussão de questões relacionadas ao cuidado para a enfermagem; 2) oportunidade de contato assíncrono via e-mail, conectando o cuidador tanto à enfermagem quanto a outros cuidadores participantes; 3) informações educacionais temáticas. Esta modalidade gerou apoio informacional por meio dos temas específicos do agravo do paciente. Na publicação de Steiner et al.[7], de 2008, o objetivo era fornecer apoio e educação. Na reformulação, o site foi constituído por quatro componentes: 1) pergunta para a enfermeira por e-mail; 2) grupo de apoio via e-mail; 3) dica do mês com informações personalizadas; 4) links educacionais de sites confiáveis. O apoio gerado foi emocional por estabelecer relação significativa entre apoio emocional e saúde do cuidador.

O sistema DEM-DISC[9] buscou oferecer oportunidades de autogestão para o cuidador, organizando questões de partida, e, a partir da seleção, conforme a necessidade do usuário, há uma ramificação de informações. Também há informações de oferta de cuidados na região de residência. Por último, uma página pessoal é elaborada com informações personalizadas relativas às necessidades. Os apoios gerados foram: emocional, com diminuição de sintomas neuropsiquiátricos do cuidador; informacional, pelo acesso amplo de temas conforme a necessidade; e instrumental, com desenvolvimento de maior competência no papel de cuidador.

Ainda, com intervenção em formato de aplicativo, o CareHeroes[10], desenvolvido por enfermeiros, objetivou fornecer aos cuidadores uma plataforma para o compartilhamento de observações e conhecimento. O aplicativo tem base em teoria centrada na família, possibilitando que ela seja vista como especialista nas necessidades de uma pessoa com condição crônica. Os cuidadores devem ser vistos como parceiros pelos profissionais de saúde. Além disso, foram fornecidos conteúdos temáticos e espaço para discussão de anseios do cuidador. Também estavam disponíveis links sobre outros recursos e serviços. O apoio gerado foi o instrumental, com o aumento da confiança na determinação de soluções.

Em formato de rede, o Tyze Personal Networks[2] buscou apoiar os cuidadores, amigos e familiares para coordenar os cuidados. Ainda, visou compartilhar informações e comunicar sobre situações de cuidado e esclarecer informações relativas às dúvidas do cuidador. A rede tem múltiplas ferramentas, tais como: calendário, agendamento, armazenamento de arquivos, envio de mensagens e criação de tarefas, além de postagem de histórias e fotos. Com esta intervenção, foram geradas as seguintes formas de apoio: emocional, com benefícios pelo contato social e interação com seus pares, proporcionando a sensação de que não estavam sozinhos; informacional, com o compartilhamento de formas de cuidar bem-sucedidas, esclarecimento de informações, necessidades de equipamentos, atualização de status de saúde, mudanças na medicação e recursos fornecidos na comunidade; e instrumental, com a melhoria dos métodos de comunicação e possibilidade de agendamento de visitas domiciliares.

Intervenções psicossociais

As intervenções psicossociais que correspondem ao AVA são: página na internet SafetyNet, telessaúde TeleFAMILIES e telessaúde FAMTECHCARE.

Entre as três intervenções, uma delas consistiu na rede de apoio multimunicipal em página na internet SafetyNet, a qual buscou apoiar cuidadores, aumentando seu conhecimento e criando redes de apoio. Possui duas subredes, sendo uma direcionada para cuidadores de pessoas com demência ou acidente vascular cerebral (AVC) e a outra para cuidadores de crianças e adolescentes com deficiências. Os temas versam sobre os diagnósticos, nutrição, serviço social e direitos públicos voltados para as necessidades de cada grupo. Há links para homepages, fórum online e comunicação por câmera web e centro de atendimento telefônico[8]. Esta intervenção produziu apoio emocional, que consistiu na importância em dar e receber apoio emocional, percepção dos pares da rede de apoio comparado à própria família para expressão de pensamentos e emoções, percepção dos pares da rede como família. Já a interação social positiva teve organização de excursões ou festas, amizades, encontros regulares, facilidades de comunicação com pessoas e reuniões presenciais para estar distante de casa.

Ainda, a intervenção psicossocial de telessaúde TeleFAMILIES[12] tem como finalidade reforçar a rede de apoio, diminuindo demandas emocionais e práticas. Busca desenvolver aprendizados de enfrentamento e se constitui em três etapas: aconselhamento e avaliação das necessidades; sessões grupais de aconselhamento familiar com cuidador; e aconselhamento individual para consolidar as realizações e aprendizados das reuniões. Esta intervenção gerou apoio emocional, melhorando o humor do cuidador e reduzindo sintomas depressivos, além de diminuir a sobrecarga na busca por serviços ao seu familiar com demência, pela facilidade de acesso por meio da intervenção de telessaúde.

A terceira e última intervenção psicossocial consiste em telessaúde, denominada FAMTECHCARE, que permite a gravação de vídeo de situações e comportamentos desafiadores de pacientes com demência ou Alzheimer. Na sequência, os vídeos são enviados para a equipe avaliar e enviar feedback. Os vídeos são analisados por enfermeiros, psiquiatras geriátricos, assistente social e psicólogos[13]. Os apoios gerados foram emocional, com a redução da depressão, e o instrumental, com aumento da competência para realizar o cuidado e orientação para manutenção de utensílios habituais, identificados nos vídeos, para não confundir ou estressar o paciente.

Estratégia como apoio/suporte do tipo virtual

A única forma de apoio e suporte em AVA, classificada como estratégia, estava em formato de rede de saúde fechada. Ela gerou mais formas de apoio, contando com cinco: emocional, informacional, instrumental, interação social positiva e afetiva.

Também organizada de forma híbrida, esta rede, elaborada em cooperação por municípios, com acompanhamento de enfermeira, ofertou comunicação mediada por computador. A tecnologia de informação e comunicação (TIC) também foi utilizada nas formas de call center, plataforma, fórum e reuniões sociais presenciais. No apoio emocional, gerou sentimentos de otimismo, motivação e força para prosseguir no cuidado; no informacional, acesso a temas de interesse e motivação para compartilhar conhecimentos entre os pares; no instrumental, recebimento de auxílio prático em preenchimento de formulários eletrônicos; na interação social positiva, empatia, empoderamento, fortalecimento das relações, planejamento futuro, compartilhamento de boas notícias e apoio entre as mensagens trocadas; e no afetivo, preocupação entre os pares, troca de mensagens positivas e empáticas, proporcionando sentimentos de compaixão, conforto e consolo[11].

Por fim, o uso de formas de apoio/suporte em AVA podem demonstrar efetividade no fornecimento de apoio aos cuidadores, permitindo que estes possam acessar informações em sites e páginas na web no domicílio ou onde estiverem, sendo econômico ao sistema, pois não há necessidade de deslocamentos de profissionais, e o apoio pode ser ofertado de forma contínua.

Conclusão

Os resultados demonstraram que ainda há produção científica insuficiente referente ao ambiente virtual como forma de apoio e suporte ao cuidador familiar de pessoas com dependência funcional.

Foram identificadas formas de apoio e suporte do tipo psicoeducacional que geraram apoios do tipo informacional, emocional e instrumental, por meio de discussão sobre agravos do paciente e outras temáticas; promoção da saúde do cuidador e da interação social; e desenvolvimento de competência e confiança para o papel de cuidador. Com isso, percebe-se que há maior investimento na produção de informação para capacitar o cuidador.

Entretanto, tão importante quanto informar, é ativar a rede social do cuidador, evidenciado pelos estudos com abordagem psicossocial que apareceram em segundo lugar e que geraram, principalmente, apoio emocional, por meio da promoção de apoio familiar mútuo, e redução de sintomas depressivos. Ainda foram gerados apoio do tipo interação social positiva com realização de festas, encontros e reuniões com trocas interpessoais.

Por fim, apenas um estudo abordou intervenção do tipo estratégia, mas esta foi a que gerou todos os tipos de apoio e suporte, quais sejam: emocional, informacional, instrumental, interação social positiva e afetiva, com produção de sentimentos positivos, acesso e compartilhamento de informação, auxílio prático, fortalecimento de relações e promoção de conforto e consolo.

Assim, entre as formas de apoio e suporte ao cuidador, o ambiente virtual apresenta-se como uma possibilidade efetiva na produção de apoio. Estudos futuros são necessários para analisar o impacto do ambiente virtual na promoção de apoio e suporte ao cuidador de pessoas com dependência funcional.

Referências

1 Family Caregiver Alliance. Caregiver Statistics: Demographics. San Francisco: Family Caregiver Allianc; 2023.

2 Piraino E, Byrne K, Heckman GA, Stolee P. Caring in the Information Age: Personal Online Networks to Improve Caregiver Support. Can Geriatr J. 2017;20(2):85-93.

3 Oliveira SG, Viegas AC, Almeida C, Tristão FS, Cordeiro FR, Schiller GS, et al. Formas de organização de apoio/suporte ao cuidador de pessoas com dependência funcional na atenção domiciliar: revisão de escopo – Parte I [internet]. Pelotas: UFPel/Faculdade de Enfermagem; 2023 [citado em 6 abr 2023]. Disponível em: https://pergamum.ufpel.edu.br/pergamumweb/vinculos/0000e9/0000e919.pdf..

4 Cordeiro L, Baldini Soares C. Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. BIS. Boletim do Instituto de Saúde. 2020;20(2):37-43.

5 Hsieh HF, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. Qualitative Health Research. 2005;15(9):1277-88.

6 Pierce LL, Steiner V, Govoni AL. In-home Online Support for Caregivers of Survivors of Stroke: A Feasibility Study. CIN: Computers, Informatics, Nursing. 2002;20(4):157-64.

7 Steiner V, Pierce L, Drahuschak S, Nofziger E, Buchman D, Szirony T. Emotional support, physical help, and health of caregivers of stroke survivors. J Neurosci Nurs. 2008;40(1):48-54.

8 Torp S, Bing-Jonsson PC, Hanson E. Experiences with using information and communication technology to build a multi-municipal support network for informal carers. Informatics for Health and Social Care. 2013;38(3):265-79.

9 Mierlo LDV, Meiland FJM, Ven PMV, Hout HPJ, Dröes RM. Evaluation of DEM-DISC, customized e-advice on health and social support services for informal carers and case managers of people with dementia; a cluster randomized trial. International Psychogeriatrics. 2015;27(8):1365-78.

10 Brown EL, Ruggiano N, Page TF, Roberts L, Hristidis V, Whiteman KL, et al. CareHeroes Web and Android™ Apps for Dementia Caregivers: A Feasibility Study. Res Gerontol Nurs. 2016;9(4):193-203.

11 Solli H, Bjørk IT, Hvalvik S, Hellesø R. Like an extended family: Relationships that emerge when older caregivers use written messages to communicate in an ICT-based healthcare service. Informatics for Health and Social Care. 2017;43(2):207-17.

12 Rice JD, Sperling SA, Brown DS, Mittleman MS, Manning CA. Evaluating the efficacy of TeleFAMILIES: a telehealth intervention for caregivers of community-dwelling people with dementia. Aging Mental Health. 2021;28(8):1613-19.

13 Williams K, Shaw C, Hein M, Perkhounkova Y, Coleman C. Satisfaction, Utilization, and Feasibility of a Telehealth Intervention for In-home Dementia Care Support: A Mixed Methods Study. Dementia (London). 2021;20(5):1565-85.

14 Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. Soc Sci Med. 1991;32(6):705-14.

Óbito em domicílio: quando a finitude encontra o cuidado

Autores: Ribeiro NC, Caetano JA, Reis V, Almeida AECG.
Instituição: Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.
E-mail: niellyrib@gmail.com

Resumo: A perda de funcionalidade acompanha a trajetória da maioria das doenças que ameaçam a continuidade da vida, fazendo-se necessária, nesse contexto, a assistência domiciliar para continuidade dos cuidados. A Unidade de Atenção Domiciliar e dos Cuidados Paliativos (UADCP) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) contempla uma gama de pacientes nesse contexto e tem o objetivo de promover o cuidado desde a admissão na assistência domiciliar até a alta ou óbito. A UADCP é composta por uma equipe interdisciplinar com enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, assistentes sociais, dentista, nutricionista e psicóloga, que realiza visitas domiciliares a pacientes, em sua maioria, em cuidados paliativos, incluindo pacientes em fase final de vida. A equipe realiza um trabalho interdisciplinar de planejamento com paciente e cuidadores, respeitando valores e vontades do paciente, e, caso o desejo seja manter-se em casa até o desfecho final, oferece assistência ao óbito domiciliar de forma digna. No período de um ano (de março de 2022 a março de 2023), ocorreram 33 óbitos em domicílio de pacientes assistidos pela UADCP. Durante o processo de fase final de vida, são realizadas visitas mais frequentes, podendo ocorrer até duas vezes ao dia, provendo suporte a todo contexto biopsicossocial. São realizados procedimentos quando necessários, como analgesia contínua por bomba de infusão, punção de acesso venoso periférico ou hipodermóclise e sedação paliativa, com intuito de controle de sintomas. A escuta ativa e o acolhimento são fundamentais nesse processo; o vínculo ocorre não só com o enfermo, mas também com familiares, proporcionando dignidade e conforto no processo de morte.
Palavras-chave: Óbito. Domicílio. Cuidados paliativos.

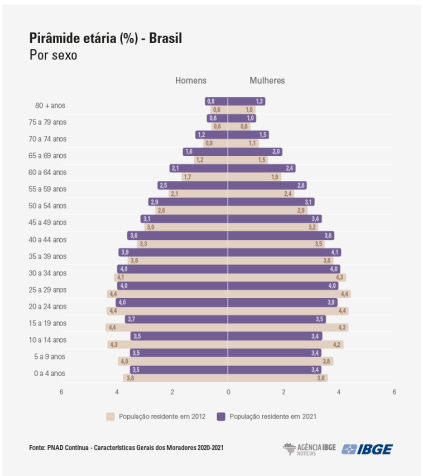
É nítido o envelhecimento populacional. Estima-se, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que a expectativa de vida em 2050 no Brasil seja de 81 anos. Com o aumento do tempo de vida, cresceram também problemas sociais, destacando-se o manejo da saúde da pessoa idosa[1].

A Organização Mundial da Saúde (OMS) relata uma estimativa que, até 2030, as causas de óbito mais numerosas serão em decorrência de doenças crônicas não transmissíveis, tais como: neoplasias, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, doenças pulmonares crônicas etc. À medida que aumenta a ocorrência de doenças crônicas, o nível de dependência tende a crescer. Patologias como as citadas anteriormente, com frequência, pioram a qualidade de vida dos pacientes por longos períodos antes do óbito (Gráfico 1)[2].

Considerando maior prevalência de doenças crônicas, deve-se levar em conta também mais indivíduos com elegibilidade a cuidados paliativos. Esse termo designa-se como uma abordagem que aumenta a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares que enfrentam uma doença ameaçadora à vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, com a identificação precoce, a avaliação correta e o tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais[3].

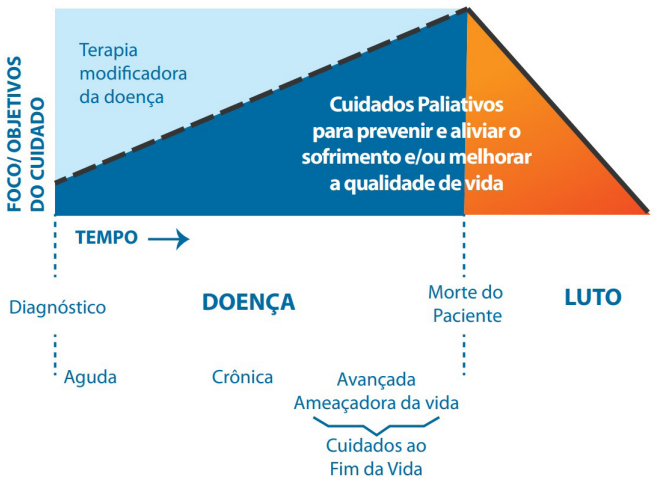
Idealmente, deve-se abordar o paciente em cuidados paliativos desde o seu diagnóstico, com focos e objetivos diferentes, a depender da fase da doença, como mostra o Gráfico 2.

Gráfico 1 – Pirâmide etária por sexo.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística[4].

Gráfico 2 – Fases de abordagem dos cuidados paliativos.



Fonte: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia[5].

A perda de funcionalidade em pacientes com doenças ameaçadoras à vida é frequente, sendo, dessa forma, o atendimento domiciliar um importante acesso à saúde para esses indivíduos, com atendimento continuado por equipe interdisciplinar.

A assistência dos cuidados paliativos prestados em ambiente domiciliar está associada à redução da carga de sintomas e ao aumento da satisfação do paciente e do cuidador, além de redução da utilização de recursos e custos de saúde.[6]

Realizar visita domiciliar proporciona ao médico uma perspectiva única sobre a vida do paciente. O profissional atende o indivíduo em seu próprio ambiente, com avaliação direta de seu estado, e realiza reunião entre familiares/cuidadores em ambiente familiar e confortável para eles. Além disso, é possível observar as condições em que o paciente vive e sua rede de apoio. Essas informações são importantes para determinar necessidades de saúde e cuidados.

A Unidade de Atendimento Domiciliar e dos Cuidados Paliativos (UADCP) do HC-UFU conta com uma equipe composta por enfermeiros, médicas, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicóloga, assistentes sociais, nutricionista e dentista.

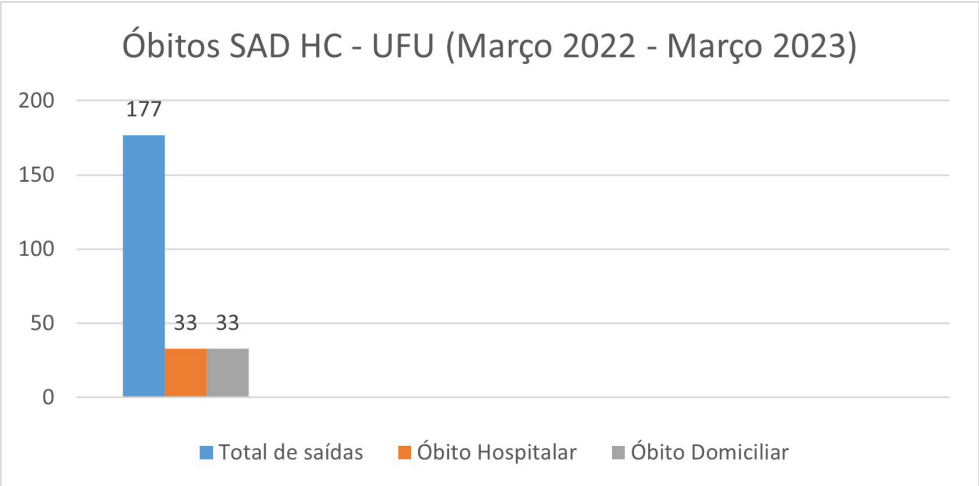
Os pacientes atendidos pela equipe, em sua maioria, são elegíveis a cuidados paliativos, incluindo pacientes em fase final de vida, e são abordados desde sua admissão até a alta ou óbito.

No período entre março de 2022 e março de 2023, houve um total de 177 saídas do programa, sendo 66 óbitos, metade deles em domicílio e a outra parte em ambiente hospitalar (Gráfico 3).

Após identificação de piora clínica, com possibilidade de óbito próximo/fase de processo ativo de morte em algum paciente da UADCP, as visitas são realizadas de forma mais frequente, até duas vezes ao dia, e, se necessário, faz-se a administração de algum medicamento parenteral. É possível ainda a visita suplementar para esse fim.

São realizados também procedimentos, caso necessário, como punção de acesso venoso periférico ou subcutâneo (hipodermóclise), analgesia por bomba de infusão contínua e, em casos refratários, sedação paliativa.

Gráfico 3 – Óbitos na UADCP HC-UFU (março 2022 - março 2023).



Fonte: Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia[7].

É realizado também suporte biopsicossocial, com abordagem a cuidadores/familiares no pós-óbito. A morte de familiares pode ter significados diferentes para cada indivíduo, a depender do vínculo, do preparo para a morte, do contexto familiar e social, além da causa e modo da morte[3].

Desde que haja assistência no processo, e o óbito em ambiente domiciliar seja um desejo/vontade do paciente, em detrimento ao óbito hospitalar, a experiência do óbito domiciliar pode proporcionar dignidade ao paciente, com controle de sintomas em ambiente que lhe é mais familiar. A escolha de morte no lar pode ser desafiadora para o paciente e familiares, por isso a necessidade de equipe técnica com capacidade para tal assistência.

Mesmo com a maioria dos óbitos sendo em ambiente hospitalar, vários países têm buscado reduzir essa proporção por meio de políticas públicas específicas, tanto pela questão da qualidade do óbito quanto pelo custo envolvido. A partir da década de 1980, sobretudo os países mais desenvolvidos economicamente apresentaram uma redução dos óbitos hospitalares, tanto para pacientes oncológicos quanto para os não oncológicos. Estes óbitos não foram balanceados com o aumento de óbitos domiciliares, mas sim com a ampliação de leitos em instituições de longa permanência (ILP) especializadas, como hospices ou casas de cuidado[2].

É importante salientar que o conceito de controle de sintomas é complexo e carregado de variáveis. Nesse sentido, podemos citar o conceito de dor total, que fala não apenas sobre a dor física, mas também sobre dor espiritual, social e emocional (Figura 1).

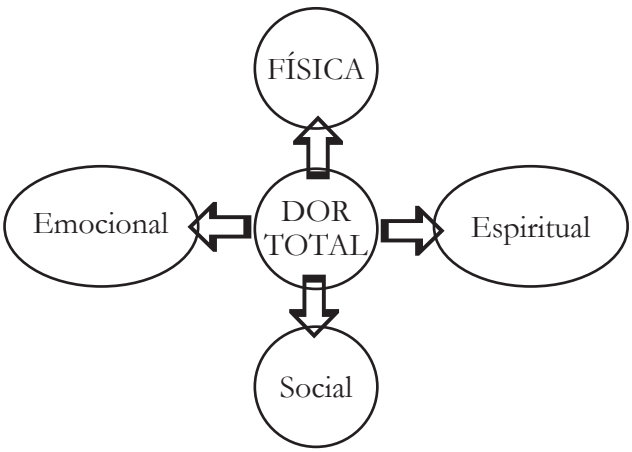
Durante todo o processo de finitude, a escuta ativa e o acolhimento são fundamentais. É necessário exercer essas características não só com o enfermo, mas também com familiares mais próximos e cuidadores, considerando que eles estarão presentes em período integral com o paciente proporcionando assistência durante todo o tempo.

O processo de morrer pode ser vivido de maneiras diferentes pelos indivíduos, dependendo do contexto social, histórico e cultural em que estão inseridos[8].

Entende-se que os profissionais paliativistas não têm como objeto de cuidado somente o enfermo, mas também sua rede de relações familiares. Uma das vantagens dos cuidados paliativos baseia-se na possibilidade de melhor enfrentamento da morte, promovendo sua aceitação e reduzindo o sofrimento físico e psicológico, tanto do paciente como de sua família. Dessa forma, é essencial a participação ativa da família no processo[8].

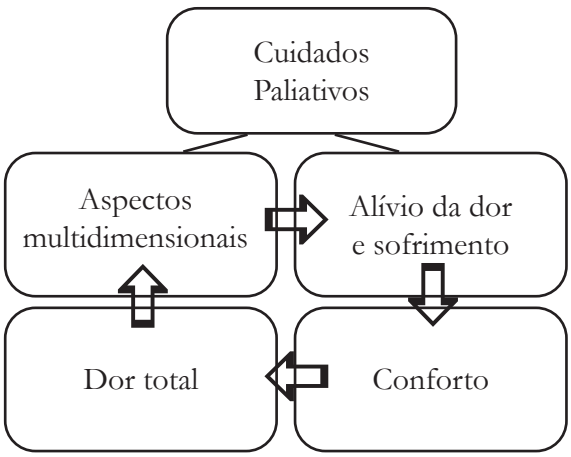
Dentro dos cuidados paliativos, é necessária a interconexão dos aspectos multidimensionais da Dor Total, com a dor e o sofrimento, dada a necessidade de conforto centrada no paciente, para além do manejo de sintomas isolados de uma doença. Assim, na dinâmica dos cuidados paliativos, o cuidado é para o conforto e o ponto de partida do conforto[5]. Essa afirmação é demonstrada na Figura 2.

Figura 1 – Dor total.



Fonte: Castro et al.[9].

Figura 2 – Dor total e conforto.



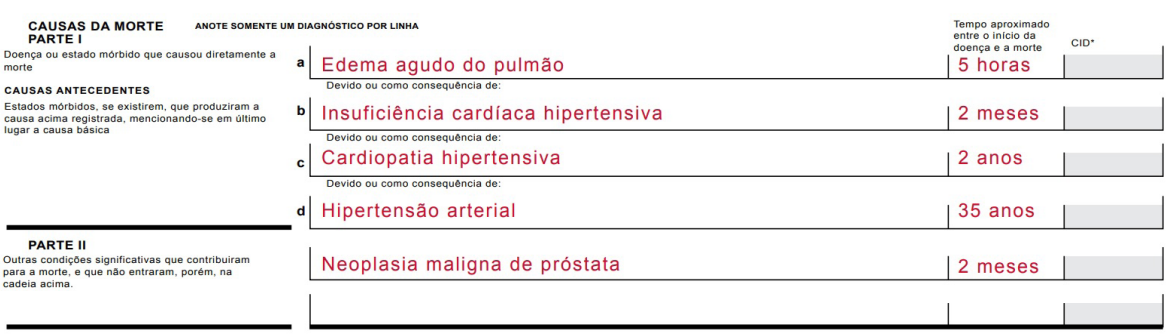
Fonte: Castro et al.[9].

No processo de preparação para óbito domiciliar na UADCP, são sanados questionamentos tanto por parte do paciente quanto dos familiares. É comum haver dúvidas sobre as mudanças fisiológicas do processo de morte, como hiporexia, rebaixamento do nível de consciência e, por vezes, alteração do estado mental (por exemplo, confusão). A equipe realiza um trabalho interdisciplinar e sana dúvidas que ocorrem nesse período.

Nesse processo, caso ainda não tenham sido confeccionadas, são feitas e entregue ao paciente e familiar as diretivas antecipadas de vontades. O documento é explicado, e sua confecção é realizada após conversa e compartilhamento de decisões. Nesse documento constam o nome, o diagnóstico, a elegibilidade a cuidados paliativos, o estádio da doença e não indicação de procedimentos como intubação orotraqueal ou diálise. O intuito é evitar que pacientes sejam submetidos a procedimentos causadores de distanásia e, caso tenham, por exemplo, descompensação de sintomas em tempo fora da cobertura da UADCP, sejam levados a unidades fora do domicílio.

A declaração de óbito é realizada por médico assistente da unidade, após averiguação do corpo. A Figura 3 traz um exemplo de preenchimento da declaração de óbito.

Figura 3 – Exemplo de declaração de óbito.



CAUSAS DA MORTE **PARTE I** — ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA

		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID*
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte	a Edema agudo do pulmão	5 horas	
Devido ou como consequência de:			
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica	b Insuficiência cardíaca hipertensiva	2 meses	
Devido ou como consequência de:			
	c Cardiopatia hipertensiva	2 anos	
Devido ou como consequência de:			
	d Hipertensão arterial	35 anos	
PARTE II Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.	Neoplasia maligna de próstata	2 meses	

Fonte: Ministério da Saúde[10].

Após o óbito domiciliar, é realizada ainda a visita domiciliar pós-óbito, entre familiares mais próximos e parte da equipe interdisciplinar da unidade que prestou assistência nesse período. Nesse momento, os familiares/cuidadores falam sobre a experiência da morte de seu ente no lar e as angústias e tristezas com a perda, mas, em sua maioria, referem sentimento de gratidão pela assistência e de como o desejo do paciente em viver até seus últimos dias em domicílio foi respeitado.

Referências

1 Rizzatti SJS, Lampert MA, Brondani CM, Donati L, Hofmann IC, Engel RH. Cuidados paliativos e o preparo para o óbito no domicílio: relato de experiência. Revista Contexto & Saúde. 2011;11(20):865-8.

2 Marcucci FCI, Cabrera MAS. Morte no hospital e no domicílio: Influências populacionais e das políticas de saúde em Londrina-PR (1996 a 2010). Ciência & Saúde Coletiva. 2015;20(3):833-40.

3 Rodrigues IG, Zago MMF. A morte e o morrer: maior desafio de uma equipe de cuidados paliativos. Ciênc. Cuid. Saúde. 2012;11(supl):31-8.

4 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021 [internet]. Agência IBGE Notícias, 22 jul 2022 [citado em 2 mar 2023]. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021.

5 Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Vamos falar de cuidados paliativos. Brasília: SBGG, ANCP; 2015.

6 Twaddle ML, McCormick E. Palliative care delivery in the home [internet]. UpToDate Inc, 24 maio 2023 [citado em 3 jun 2023]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-delivery-in-the-home#!.

7 Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Censo UADCP. Uberlândia: HC-UFU; 2023.

8 Fratezi RF, GUTIERREZ BAO. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(7):3241-8.

9 Castro MCF, Fulya PSC, Santosa MLSC, Chagas MC. Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42:e20200311.

10 Ministério da Saúde (BR). A declaração de óbito: documento necessário e importante [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado em 2 mar 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_obito_3ed.pdf.

Multidisciplinaridade e prevenção de broncoaspiração na assistência domiciliar: experiência de um home care de Maceió-AL

Autores: Carcavilla TLS, Farias IP, Lôbo ALAC, Vanderlei RS, Freitas BM, Costa CFGN.
Instituição: Saúde & Suporte Home Care.
E-mail: tuanyfono@gmail.com

Resumo: Introdução: A assistência domiciliar (AD) consiste no cuidado de saúde oferecido na residência e envolve o paciente, sua família/cuidadores e uma equipe de cuidados em saúde. Essa modalidade de atendimento facilita o processo de alta e previne a readmissão hospitalar, visto que possibilita a continuidade da assistência em casa, atuando na prevenção e reabilitação quando possível. A broncoaspiração é a entrada de partículas alimentares e/ou saliva nas vias aéreas inferiores, podendo desencadear pneumonia, e é um incidente comum em indivíduos que necessitam da AD, pois alguns possuem patologias de base que têm a disfagia, que é a dificuldade de deglutição, como um dos sintomas apresentados. Experiência do serviço: Trata-se de um relato de experiência sobre a atuação da equipe multidisciplinar do Saúde & Suporte Home Care nas ações de prevenção de broncoaspiração no âmbito domiciliar. É realizado mensalmente o gerenciamento de risco por meio da estratificação do risco de broncoaspiração, classificação da escala de comprometimento da deglutição, notificação de eventos adversos que podem ou que resultaram em dano ao paciente, como também ações de prevenção por intermédio de fôlderes, vídeos e material escrito colocado no mural da residência do paciente. Todas as ações realizadas, além de sensibilizarem a equipe multiprofissional sobre a prevenção de pneumonia broncoaspirativa, propiciaram reflexões quanto à importância de manter constantemente a educação de pacientes e familiares sobre os riscos inerentes a cada condição clínica. Houve estabelecimento de rotinas de atendimento, gerenciamento e segurança do paciente. Conclusões: As ações da equipe multiprofissional sobre condutas preventivas e gerenciamento de risco proporcionaram conhecimento e competências à equipe multiprofissional e familiares/pacientes para os cuidados que visam à redução dos riscos de pneumonia por broncoaspiração, evitando reinternações hospitalares e promovendo melhora da qualidade de vida.
Palavras-chave: Equipe de assistência ao paciente. Assistência domiciliar. Broncopneumonia. Prevenção de doenças.

Introdução

A assistência domiciliar (AD) é uma forma de atenção à saúde oferecida na residência, que envolve paciente, familiares/cuidadores e equipe de cuidados de saúde, com intuito de realizar ações de promoção, prevenção, reabilitação e paliação de doenças, garantindo continuidade de cuidados. Essa forma de cuidado vai variar de acordo com a complexidade de cada paciente, os recursos tecnológicos necessários, o prognóstico e a participação da equipe de saúde[1].

Esse modelo de assistência à saúde é capaz de promover atendimento mais humanizado e personalizado, possibilitando maior rapidez na recuperação ou gerenciamento dos pacientes, facilitando o processo de alta hospitalar e prevenindo reinternações desnecessárias, por causa da possibilidade da oferta do cuidado em casa e, assim, diminuição do risco de infecções[1].

A AD é indicada para indivíduos com estabilidade clínica que necessitam de cuidados especializados intensificados em razão de sua condição de saúde (doenças agudas ou crônicas graves), exigindo maior frequência de cuidado para pessoas com dificuldade ou impossibilidade de locomoção para as redes de atenção à saúde ou redes credenciadas às operadoras de saúde[2].

A evolução dos conceitos de AD seguiu a lógica das grandes mudanças nos modelos de atenção à saúde, e os fatores que levaram ao seu ressurgimento e reforço incluem especialmente a transição epidemiológica, com o envelhecimento da sociedade, a ampliação das ferramentas tecnológicas, que permitem maior segurança do paciente em casa, e a otimização de custos e recursos em saúde[3].

Savassi et al.[3] ressaltam que, além disso, o cuidado no domicílio em substituição ao hospital leva a melhores resultados clínicos, maior satisfação do paciente e da família, melhores resultados funcionais em casa e menos testes laboratoriais e de diagnóstico, em comparação com pacientes semelhantes em cuidados hospitalares agudos.

O declínio funcional, presente em muitos pacientes na AD, é caracterizado pelo comprometimento na realização das atividades de vida diária, incluindo as limitações relacionadas à alimentação. As modificações fisiológicas que acontecem na deglutição podem acometer cerca de 25 a 45% na população pediátrica e de 16 a 33% na população idosa. Essas alterações afetam a segurança do ato de engolir e gerar mudanças nos hábitos e rotinas alimentares[4,5].

A disfagia é definida como toda e qualquer dificuldade que ocorre durante o percurso do alimento ou saliva que vai da boca até o estômago. Quando a dificuldade acomete a região da boca e/ou faringe, podem ser chamadas de orofaríngeas ou disfagias altas; quando acomete a região esofágica, são mais conhecidas por disfagia baixa. A disfagia é uma condição cada vez mais presente em indivíduos com alguma doença crônica ou aguda e merece atenção da equipe multiprofissional com objetivo de prevenir a pneumonia broncoaspirativa[4].

A disfagia acontece quando existe uma incoordenação das funções de respiração e deglutição. É comum na população pediátrica e idosa, podendo ser altamente debilitante, pois pode ocasionar a diminuição de peso, redução de ingesta nutricional e, nos casos mais graves, prejuízos na saúde pulmonar. Entre os sinais e sintomas mais comuns estão: tempo prolongado para se alimentar, presença de tosse ou engasgo durante as refeições, dificuldade de manejar a própria saliva, episódios de cianose, queda de saturação ou até pausas respiratórias frequentes[6,7].

A broncoaspiração é a entrada de partículas alimentares, saliva ou conteúdo gástrico nas vias aéreas inferiores, podendo desencadear pneumonia infecciosa, pneumonite química ou síndrome da angústia respiratória, e é um incidente comum em indivíduos que necessitam da AD, pois alguns possuem patologias de base que têm a disfagia como repercussão de sintomas apresentados[8].

Entre os fatores de risco associados à broncoaspiração destacam-se as doenças neurológicas, uso de dietas enterais, medicações psiquiátricas e depressoras do sistema nervoso central, doenças pulmonares, cardiopatias, neoplasias e processo de senescência[8].

A ocorrência de um episódio de broncoaspiração pode resultar em uma série de sinais clínicos, incluindo alterações no ritmo respiratório, na ausculta pulmonar e na diminuição da oxigenação sanguínea. No entanto, há episódios que não desencadeiam alterações perceptíveis ao profissional de saúde durante a avaliação clínica

do paciente, sendo denominados de aspiração silenciosa ou microaspiração, que acomete os pacientes de forma mais frequente do que as aspirações de volumes maiores[1,8].

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 2020, no Brasil, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) evidenciou, por meio das notificações, 86 óbitos de pacientes causados por aspiração broncopulmonar, representando 9% do total de óbitos decorrentes de eventos adversos no período de um ano, constituindo-se na segunda principal causa de morte, atrás apenas das falhas durante a assistência à saúde[1].

Os dados reforçam a importância da instituição de medidas estratégicas para a redução e prevenção deste tipo de evento adverso em serviços de saúde. Diante da atuação na AD, com familiares/cuidadores/pacientes, a equipe multidisciplinar tem papel relevante na identificação e minimização dos fatores agravantes da broncoaspiração, aos quais os pacientes estão expostos. As ações preventivas são fundamentais a fim de melhorar a qualidade do cuidado e contribuir para a segurança do paciente[1,3]. Diante do exposto, este estudo tem por objetivo descrever a experiência da equipe multiprofissional na atuação da prevenção da broncoaspiração na AD.

Método

Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência, de caráter descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, referente à criação e implantação do Protocolo Preventivo de Broncoaspiração em um serviço de home care, em Alagoas, de 2021 a 2023.

O Saúde e Suporte Home Care é uma instituição, privada, que possui selo nível 3 pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), e presta AD em Maceió e em cidades do interior do estado de Alagoas, bem como no estado de Sergipe, nas modalidades Programa de Atenção Domiciliar (PAD) e Programa de Internação Domiciliar (PID), sendo esta última com 6 horas, 12 horas ou 24 horas de acompanhamento de enfermagem aos pacientes.

A instituição conta com uma equipe assistencial multiprofissional formada por fonoaudiólogos, enfermeiros, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos e farmacêuticos, que prestam assistência a pacientes, em variadas faixas etárias e condições clínicas limitantes ou incapacitantes para as atividades básicas de vida diária, com uso de diversos dispositivos, e que requerem um olhar atento e um cuidado diferenciado em relação aos riscos de broncoaspiração.

Relato de experiência

Considerando ser uma instituição que preza pela qualidade da assistência, em 2021 foi criado o Protocolo Preventivo de Broncoaspiração institucional, de seguimento multiprofissional, com intuito de estabelecer uma rotina de atendimento, garantir a segurança do paciente e gerenciar risco de broncoaspiração tanto para os pacientes que estão assistidos na modalidade PID quanto na modalidade PAD. Durante a estratificação de risco do paciente, é possível identificar fatores que podem levá-lo a uma broncoaspiração, permitindo planejar melhor as ações de trabalho no cuidado ao paciente.

O protocolo de broncoaspiração na AD envolve a equipe de saúde e os familiares como agente ativo da prevenção, garantindo um suporte mais adequado às possíveis dificuldades, por exemplo, de deglutição, desempenhando, assim, boas práticas no cuidado, o que reduz a morbimortalidade, aumenta a qualidade de vida e diminui os custos.

Durante o processo de captação do paciente, primeiro contato dele com a instituição antes de sua admissão, mediante a observação e indicação de algum membro da equipe (médico, enfermeiro ou nutricionista) sobre as queixas de deglutição e/ou possível risco de broncoaspiração, já é indicada a avaliação fonoaudiológica para este paciente.

Para o indivíduo que já se encontrava internado na residência ou recebendo o atendimento da equipe multidisciplinar no domicílio, essa estratificação é realizada de forma mensal. Para os pacientes em PID, a estratificação é realizada pela equipe de enfermagem, enquanto, para os que se encontram em PAD, é feita pelo fonoaudiólogo ou fisioterapeuta.

O formulário de estratificação (Figura 1) é realizado em até 48 horas após a implantação do paciente e revisado mensalmente. Ao identificar risco de broncoaspiração, além da sinalização em prontuário informatizado, são repassadas orientações para os familiares, cuidadores e técnicos de enfermagem sobre medidas preventivas, tais como: manter decúbito elevado entre 30º e 45º; para oferta alimentar, seja pela via oral ou por via alternativa de alimentação, manter decúbito maior ou igual a 60º, ou seja, sempre sentado; aguardar no mínimo 30-40 minutos para descer cabeceira ou realizar procedimentos na cavidade oral do paciente; realizar higiene oral três vezes ao dia mesmo em pacientes que não recebem alimentação pela boca; e não ofertar alimentação pela via oral se o paciente estiver sonolento.

Figura 1 – Estratificação de risco.

Estratificação de risco do paciente pediátrico

( )No mês anterior, paciente apresentou broncoaspiração?
Paciente elegível, se possuir algum desses fatores de risco.
( )Paralisia cerebral.
(x)Síndromes.
( )Malformações craniofaciais.
( )Malformações das vias aéreas.
( )Doença cardíaca congênita.
(x)Doença gastrointestinal; Doenças neurológicas; Doenças Pulmonares; Doenças esofágicas e patologias de cabeça e pescoço.
( )Em uso de medicações psiquiátricas e/ou depressoras do SNC.
( )Prematuridade.
(x)Paciente secretivo e/ou com acumulo de saliva em cavidade oral.
(x)Presença de tosse e/ou engasgo durante a alimentação por via oral.
(x)Uso de dispositivos: SNE, SNG, GTT ou TQT.
(x)Paciente com histórico anterior de pneumonia broncoaspirativa.

Estratificação de risco do paciente adulto/idoso.

( )No mês anterior, paciente apresentou broncoaspiração?
Paciente elegível, se possuir algum desses fatores de risco.
(x)Pacientes com via alternativa de alimentação (SNE, SNG ou GTT).)
( )Em uso de medicamentos Inibidores da bomba de prótons, sedativos optoides ou bloqueadores neuromusculares, que alterem o nível de consciência.
(x)Com patologias de cabeça e pescoço; Doenças neurológicas; Doenças Pulmonares e Doenças esofágicas.
( )Gravemente enfermos, em uso de traqueostomia e/ou ventilados mecanicamente.
(x)Paciente com presença de tosse e/ou engasgo em qualquer consistência alimentar.
(x)Paciente secretivo e/ou com acumulo de saliva em cavidade oral.
( )Paciente aparentemente desnutrido/sarcopênico/desidratado.
(x)Paciente com histórico anterior de pneumonia broncoaspirativa.
Possui risco: Sim

Para pacientes que têm no plano terapêutico a indicação de acompanhamento ou gerenciamento fonoaudiológico, sendo uma, duas ou três vezes na semana, é aplicada a escala de comprometimento de deglutição para gerenciamento da melhora ou declínio dos quadros de disfagia orofaríngea[9].

Ao identificar na residência do paciente possíveis condutas não esperadas, como oferta da dieta ou ingesta hídrica por sonda com decúbito rebaixado, que podem resultar em danos ao paciente, a equipe multidisciplinar é treinada para que seja realizada a notificação de eventos adversos e, após a análise da notificação, são realizadas ações de prevenção com familiares, cuidadores e técnicos de enfermagem, além de colocar material de orientações por escrito no mural da residência do paciente.

Anualmente, na Semana de Atenção Nacional à Disfagia (março), são realizadas ações de disseminação sobre prevenção de broncoaspiração. São distribuídos fôlderes, vídeos e outros materiais educativos. Também são realizadas palestras com equipe de colaboradores e prestadores de serviços sobre o que é a broncoaspiração, seus danos e importância da prevenção (Figuras 2 e 3).

Figura 2 – Fôlder de orientações aos usuários de sonda nasoenteral ou gastrostomia.

Figura 3 – Momento com os colaboradores sobre o que é a broncoaspiração e seus impactos.

Para a efetiva realização das medidas de prevenção da broncoaspiração na AD, a atuação da equipe multidisciplinar em conjunto com os familiares/cuidadores é imprescindível na busca de uma melhor qualidade do cuidado e assistência com excelência, bem como o apoio do núcleo de segurança do paciente e da alta gestão da instituição nesse processo de educação continuada.

Todas as ações realizadas, além de sensibilizar a equipe multiprofissional sobre a prevenção de pneumonia broncoaspirativa, propiciaram reflexões quanto à importância de manter constantemente a educação de pacientes e familiares sobre os riscos inerentes a cada condição clínica. Houve também estabelecimento de rotinas de atendimento, gerenciamento e segurança do paciente.

Conclusão

Por meio da experiência relatada, conclui-se que a capacitação e o engajamento da equipe multiprofissional sobre condutas preventivas e o gerenciamento dos riscos de broncoaspiração proporcionaram maiores competências à própria equipe, bem como aos familiares/cuidadores/pacientes para as boas práticas de cuidados que visam à redução dos riscos de pneumonia por broncoaspiração, impactando diretamente na assistência, uma vez que evita internações hospitalares e proporciona melhora da qualidade de vida ao paciente em seu domicílio.

Referências

1 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Práticas seguras para prevenção de aspiração broncopulmonar em serviços de saúde. Brasília: ANVISA; 2020.

2 Pereira AF, Mascarenhas B, Viana DP, Souza DVS, Araújo EGC, Silva FR, et al. Guia Diretrizes da atenção domiciliar. Belo Horizonte: SUS-BH; 2022.

3 Savassi LCM, Melo CGL, Dias MB, Ribeiro MTAM, Zachi MLR, editores. Tratado de atenção domiciliar. Barueri: Editora Manole; 2022.

4 Dedivitis RA, Santoro PP, Sugueno LA. Manual prático de disfagia diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Ed. Revinter; 2017.

5 Levy DS, Almeida ST. Disfagia infantil. Rio de Janeiro: Ed. Revinter; 2018.

6 Farias MS, Maróstica PJC, Chakr VCBG. Disfagia orofaríngea e complicações pneumológicas na infância. Boletim Científico de Pediatria. 2017;6(1):9-13.

7 Campos SML, Trindade DRP, Cavalcanti RVA, Taveira KVM, Ferreira LMBM, Magalhães Junior HV. Sinais e sintomas de disfagia orofaríngea em idosos institucionalizados: revisão integrativa. Audiol Commun Res. 2022;27:e2492.

8 Carmo LFS, Santos FAA, Mendonça SCB, Araújo BCL. Gerenciamento do risco de broncoaspiração em pacientes com disfagia orofaríngea. Rev. CEFAC. 2018; 20(4):532-40.

9 O'Neil KH, Purdy M, Falk J, Gallo L. The dysphagia outcome and severity scale. Dysphagia. 1999;14(3):139-45.

RESUMOS: APRESENTAÇÕES DE PÔSTERES

Procedimentos psicológicos na Atenção Domiciliar do SUS

Autor: Silva GF.
Instituição: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF.
E-mail: giselle.fatima@gmail.com

O Programa de Internação Domiciliar, que compõe a Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituído em 2006. Esse serviço público prevê a assistência multiprofissional à saúde de pacientes internados em domicílio e seus familiares. Na Portaria nº 2.527, de 2011, o Ministério da Saúde inclui o profissional de Psicologia como integrante da Equipe Multiprofissional de Apoio da Atenção Domiciliar (AD), destacando-se, portanto, a importância desse especialista para a promoção de saúde mental no contexto domiciliar. A entrada do profissional de Psicologia neste cenário demanda, necessariamente, uma reelaboração de sua prática assistencial, uma vez que não se trata de psicologia clínica ou hospitalar. Neste trabalho, serão apresentados e descritos 20 procedimentos psicológicos específicos para a atuação do psicólogo na AD do SUS, elaborados pela autora, embasados em sua prática assistencial e na literatura especializada. Entre os procedimentos psicológicos, podemos citar: visita domiciliar psicológica, acolhimento psicológico da família e do paciente internado em domicílio, psicoterapia em grupo e individual em domicílio, atendimento psicológico com a equipe multiprofissional, planejamento de cuidados avançados com a família e o paciente, psicoeducação, abordagem do luto, entre outros. Tais procedimentos culminam, inicialmente, em três importantes efeitos: 1) indicar uma assistência psicológica tecnicamente qualificada e viável para o Programa de Internação Domiciliar no SUS; 2) subsidiar psicólogas(os) com procedimentos técnicos pautados no Código de Ética Profissional de Psicologia; e 3) promover a visibilidade da abrangência do serviço de psicologia na AD do SUS. Por fim, consideramos pertinente o encaminhamento desses procedimentos para apreciação do Ministério da Saúde para inclusão no Sistema de Gerenciamento da tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP), uma vez que tal plataforma – em que são registrados todos os procedimentos realizados pelas equipes de AD do SUS – não contempla as inúmeras intervenções psicológicas possíveis de serem realizadas no domicílio de pacientes vinculados aos Programas de Atenção Domiciliar do SUS.
Palavras-chave: Procedimentos psicológicos. Atenção domiciliar. Serviço Único de Saúde.

Intervenções farmacêuticas na realização do cuidado ao paciente em um home care na cidade de Maceió/Alagoas

Autores: Silva EAC, Silva MM, Borges AS, Santos DLM.
Instituição: Saúde e Suporte Home Care.
E-mail: emmanuelle_cerqueira@hotmail.com | farmacia.clinica@saudeesuporte.com.br

Introdução: A Atenção Domiciliar (AD) é definida como uma modalidade de atenção à saúde que envolve ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e paliação fora do ambiente hospitalar. Neste contexto, o farmacêutico está inserido na equipe multidisciplinar como profissional de competência técnica apto para prestar os cuidados ao paciente no que se refere à terapia medicamentosa, trazendo sua contribuição para um processo terapêutico efetivo e resultados satisfatórios. Estudos demonstraram diminuição significativa do número de erros de medicação em instituições nas quais farmacêuticos realizaram intervenções junto ao corpo clínico e reforçam a ideia de que a intervenção farmacêutica reduz o número de eventos adversos, aumenta a qualidade assistencial e diminui custos hospitalares. Objetivo: O objetivo deste trabalho foi avaliar o perfil de intervenções farmacêuticas propostas por meio das revisões da farmacoterapia dos pacientes visitados pelo Programa de Farmácia Clínica na AD, conduzidas por farmacêuticos clínicos em um home care na cidade de Maceió/Alagoas. Metodologia: A metodologia adotada se baseia na Política de Farmácia Clínica instituída pelo serviço de farmácia do home care. Foi realizado um estudo prospectivo descritivo com acompanhamento farmacoterapêutico de 398 pacientes no Programa de Internamento Domiciliar (PID), no período de janeiro a dezembro de 2022, com análise de 1.665 prescrições médicas. Resultados: Das 330 intervenções geradas relacionadas à análise de

prescrição e assistência no domicílio dos pacientes, foram obtidos 87% de adesão às intervenções propostas pelo farmacêutico clínico para otimizar a terapia medicamentosa proposta; 73% das intervenções estão relacionadas à análise clínica da prescrição médica; e 37% estão relacionados a pontos observados durante a visita domiciliar. Conclusão: É possível evidenciar a incidência de intervenção em 83% dos pacientes avaliados, o que corrobora a importância do farmacêutico clínico no cuidado ao paciente na AD, assim como sua contribuição na promoção de resultados clínicos efetivos mediante rotina de avaliação farmacêutica da prescrição médica associada à visita domiciliar e o estímulo à segurança da prescrição e administração de medicamentos.
Palavras-chave: Reconciliação de medicamentos. Serviços de assistência domiciliar. Farmacoterapia. Intervenção farmacêutica.

Adequações de rotinas e protocolos pelo Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (SAD-HRMS) durante a pandemia de Covid-19

Autores: Barbosa ARC, Ferreira PSC, Moreno FAVC, Duarte HHS.
Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar - Hospital Regional de Mato Grosso do Sul.
E-mail: alexandrarcb@gmail.com

Introdução: O SAD-HRMS é composto por duas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMADs) e duas Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAPs) habilitadas pelo Programa Melhor em Casa. Em março de 2020, o Hospital Regional foi designado como referência no município de Campo Grande-MS para atendimento de pacientes com diagnóstico de SRAG por Covid-19, sendo elaborado por todos os setores do hospital um plano emergencial de atendimento a ser executado durante a pandemia Covid-19, objetivando manter o atendimento aos pacientes já inseridos no serviço, atender às novas demandas e manter protocolos de segurança eficazes para pacientes, cuidadores e servidores. Objetivo: Descrever os protocolos utilizados durante a pandemia de Covid-19 pelo SAD-HRMS. Método: Os protocolos foram elaborados com base em Notas Técnicas do Ministério da Saúde, inseridos no plano de ação emergencial do HRMS e apresentados para a equipe do SAD em maio de 2020. A partir de então, as adequações necessárias foram executadas para cumprimento das novas rotinas, o que resultou em segurança para a equipe e familiares, sendo que foram realizados comunicados periódicos aos pacientes e familiares acerca das adequações realizadas. Resultados: O plano de ação emergencial contém informações sobre sinais e sintomas de Covid-19, protocolo de uso dos EPIs no domicílio, redimensionamento das visitas domiciliares, com redução dos profissionais nas visitas, orientações quanto à realização de teleatendimentos, modelo de formulário a ser utilizado e protocolo de isolamento domiciliar para sintomáticos respiratórios e testados positivos para Covid-19. Conclusões: A formulação e a divulgação de protocolos e a adesão a eles foram essenciais para o sucesso nos atendimentos durante a pandemia de Covid- 19, pois manteve o serviço atuante durante todo o período pandêmico, sem riscos para usuários e equipe, permitindo uma desospitalização segura e precoce, reabilitação, promoção à saúde e paliação dos usuários, além de colaborar para a melhoria na rotatividade de leitos hospitalares e sobrecarga do sistema de saúde.
Palavras-chave: Atenção domiciliar. Protocolos. Covid-19.

Reconstrução de cuidado no ambiente domiciliar: imagética e estratégia de saberes

Autores: Melo AZ, Cajaiba CA, Vieira CESC, Pollo VCS, Pereira EM, Souza RF.
Instituição: Melhor em Casa - EMAD - HMVSC / Hospital Municipal Vila Santa Catarina (HMVSC) - Hospital Municipal Dr. Gilson de Cassia Marques de Carvalho.
E-mail: alessandra_z_melo@hotmail.com

O trabalho visa relatar a experiência da Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar (EMAD) do Hospital Municipal Vila Santa Catarina (HMVSC) do Programa Melhor em Casa, na reconstrução do

cuidado na assistência domiciliar, diante da vulnerabilidade socioeconômica adicionada ao cenário de déficit de cuidado com única cuidadora (filha) de idoso frágil (mãe). Foi utilizado como estratégia o modelo mental de imagens – imagética, comunicação assertiva e reflexiva –, além da prescrição médica, modificadora de doença, impactando em qualidade de assistência como terapia para atingir a meta de cuidado no gerenciamento dos sintomas da paciente e sobrecarga da cuidadora, a partir da atuação de uma equipe transdisciplinar. Para tal, foi necessário o uso do modelo de comunicação em espiral para obter o entendimento do familiar e paciente, usando a repetição, a reiteração e o feedback relacionado à transmissão das informações e alinhamento dos acordos de cuidado consentidos pelo responsável. A proposta de planejamento terapêutico da equipe foi assegurar ao familiar as orientações necessárias para o cuidado, validando o seu protagonismo. A transdisciplinaridade mostrou ter um papel ímpar na comunicação e efetividade do resultado da assistência, atingindo a meta de cuidado por meio da flexibilidade para compreender o contexto, sua responsabilidade técnica na educação em saúde e seu envolvimento com o Projeto Terapêutico Singular. Em relação à interface com a paciente, foi identificada a presença de sintomas depressivos, dor da lesão por pressão (LP) e contraturas. Foi instituída terapia farmacológica aliada à estratégia do uso de imagem mental como recurso positivo para lidar com o sofrimento existencial e alívio da dor crônica. O recurso da imaginação, imagética, gerou o aprendizado de recompensa, com o objetivo de produzir endorfina sem uso de fármacos, gerando memória positiva, impactando no controle da dor, na relação social e no seu autocuidado. Foi observada a negativação dos sintomas depressivos e reconstrução do vínculo afetivo com sua filha, com ganho nas funções cognitivas, como pensamento organizado, fluência verbal e memória, com impacto em sua tomada de decisão. Houve redução da extensão e profundidade significativa da LP, estabilidade da progressão do encurtamento dos quatro membros, mediante mobilização de cuidado e utilização de coxins com estratégia de alinhamento da postura ao leito. Relatos da filha indicam que a presença da equipe transdisciplinar validou suas ações, representando segurança, permitindo a redução da sobrecarga e resultando na ampliação do seu autocuidado (em busca de assistência médica, atividade física e lazer). Por fim, foi identificada a transcendência da meta de cuidado diante da mudança de ambiente físico, apresentando-se como espelho da reconstrução do cuidado.
Palavras-chave: Comunicação. Imagética. Equipe transdisciplinar. Sobrecarga do cuidador. Reconstrução do cuidado.

Mudança de paradigma: transição do cuidado x Projeto Terapêutico Singular compartilhado com níveis de atenção à saúde

Autores: Melo AZ, Cajaiba CA, Vieira CESC, Pollo VCS.
Instituição: Melhor em Casa - EMAD - HMVSC - Hospital Municipal Vila Santa Catarina (HMVSC) - Hospital Municipal Dr. Gilson de Cassia Marques de Carvalho.
E-mail: alessandra_z_melo@hotmail.com

O presente trabalho apresenta uma experiência de serviço da Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar (EMAD) do Hospital Municipal Vila Santa Catarina (HMVSC), do Programa Melhor em Casa. Ao identificarmos como fundamental a interface em rede em todos os níveis de atenção à saúde, propomos uma mudança de paradigma diante do modelo mental vigente que caracteriza o pensamento excludente, em que o paciente é transicionado entre os serviços. Quando a atuação é conjunta, mantém-se a continuidade da assistência e a efetiva a parceria que compartilha os saberes, integrando a assistência, com impacto positivo nos indicadores de reinternação, e assegura um plano terapêutico compartilhado, deixando de ser um serviço de transição para assumir o seu papel de especialista em cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS). A EMAD do HMVSC tem um desenho e proposta de compartilhamento singular para cada nível de atenção, considerando o cuidado integral e a segurança do paciente desde a desospitalização. Em termos de captação de pacientes, dispomos de um profissional técnico, capacitado e presente nas discussões clínicas com os profissionais hospitalistas e estamos implantando um projeto-piloto de times presentes em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de referência. Na desospitalização, é realizada a avaliação de risco para o levantamento da vulnerabilidade social e existência prévia, ou necessidade, de acompanhamento do serviço

social e psicologia para determinar a viabilidade da admissão no programa, compartilhando um plano terapêutico, o que configura uma continuidade da assistência com foco na desospitalização segura. No caso de intercorrência, do retorno do paciente do domicílio à unidade de pronto atendimento ou hospital de referência, a EMAD alinha com a gestão local e/ou profissionais da assistência o plano terapêutico de solicitação de reavaliação, integrando a assistência na RAS. Iniciamos planejamento terapêutico compartilhado mensal em alinhamento à UBS de referência, visando à gestão do tempo, maior percepção das metas de cuidado, fluidez para resolução de barreiras à agenda de consultas e inserção em serviço de referência conforme demanda. Esta estratégia amplia o conhecimento sobre o papel de cada serviço, assegurando a continuidade do cuidado, garantindo resolutividade da assistência e fortalecendo a RAS. O papel da EMAD é inquestionável na transdisciplinaridade em rede, em todos os níveis de atenção à saúde, em razão de sua atuação estratégica enfocada no PTS compartilhado e fluidez no território, e determina uma continuidade da assistência marcada pela periodicidade das interfaces, com grande impacto na efetividade da execução de demandas. Visto isso, propomos revisitar o modelo mental vigente para uma mudança de paradigma.
Palavras-chave: Rede de atenção à saúde. Projeto terapêutico singular. Interface em rede. Assistência domiciliar. Continuidade do cuidado.

Pós-operatório de artroplastia total de quadril primária: perfil de pacientes atendidos e não atendidos pela visita domiciliar de instituto especializado em cirurgias de alta complexidade ortopédica

Autores: Barbosa JCA, Vasconcellos IRR, Oliveira LAM, Sousa PR, Araújo CM.
Instituição: Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia - Ministério da Saúde.
E-mail: joice_cesar@hotmail.com | ilmeiredevasconcellos@gmail.com

Introdução: A visita domiciliar (VD) é um tema que desperta atenção quando se busca redução do tempo de internação aliada à continuidade do cuidado. Os pacientes ortopédicos apresentam peculiaridades de saúde decorrentes de longos anos de evolução da patologia, o que contribui para o prognóstico negativo tanto de sua afecção ortopédica como também de complicações clínicas. Deste modo, identificar o perfil de pacientes ortopédicos atendidos pela VD contribuirá para melhoria e validação do serviço. Objetivos: Identificar o perfil dos pacientes em pós-operatório ortopédico de artroplastia total de quadril primária (ATQ) e correlacionar esse perfil de pacientes que receberam VD com os que não receberam. Metodologia: Estudo quantitativo, retrospectivo, comparativo e descritivo de pacientes submetidos à ATQ, cirurgia de maior complexidade e com maior necessidade de suporte no pós-operatório, em 2019 – ano que antecedeu a pandemia de SARS-CoV2, e os anos subsequentes foram atípicos a fim de atender às normativas do período pandêmico. Os dados foram obtidos a partir de planilhas de um instituto especializado em cirurgias de alta complexidade ortopédica. Posteriormente, os pacientes foram divididos em dois grupos de análise: pacientes que receberam VD (Grupo de Intervenção - GI) e os pacientes que não receberam (Grupo Controle - GC). Resultados: Dos 406 pacientes selecionados, 20,6% (84) foram atendidos pela VD. Os dois grupos apresentaram maior proporção de homens (GI: 55,9%; GC: 59,9%), etnia branca (GI: 55,9%; GC: 53,1%) e idade acima de 60 anos (GI: 57,1%; GC: 46,6%). Em relação ao estado civil, o GI apresentou maior proporção de casados ou em união estável (47,9%) e o GC apresentou maior proporção de solteiros (43,4%). Já quanto à alta após cirurgia, o GI teve o maior número de alta entre o 1º e o 2º dia pós-cirúrgico (53,3%) e o GC teve o maior número de altas entre o 3º e 4º dias pós-cirurgia (44,4%). Conclusão: Os dados preliminares apontaram semelhança entre alguns dados sociodemográficos. Evidencia-se ainda que o serviço de VD atua para continuidade do cuidado, atendendo paciente com idade avançada e antecipação da alta hospitalar. O GI teve 8,9% a mais de atendimentos entre os pacientes que receberam alta entre o 1º e o 2º dia pós-cirúrgico e 10% a mais de pacientes acima de 60 anos se comparado ao GC. Será necessário o aprofundamento do estudo sobre os aspectos clínicos com pesquisa em prontuário.
Palavras-chave: Visita domiciliar. Continuidade da assistência ao paciente. Alta do paciente. Enfermagem domiciliar. Artroplastia de quadril.

Atenção Domiciliar nas condições crônicas complexas pediátricas

Autores: Setúbal M, Conceição DS, Gomes GD, Souza KMS, Carvalho JL, Menezes LA.
Instituição: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira - IFF/FIOCRUZ.
E-mail: mariana.setubal@fiocruz.br

Introdução: Nosso trabalho se baseia na experiência do Programa de Atenção Domiciliar Interdisciplinar (PADI) e no Programa de Desospitalização de um serviço pediátrico localizado num instituto nacional de média e alta complexidades do Sistema Único de Saúde (SUS), que atua com doenças raras, malformações congênitas e condições crônicas complexas que, em muitos casos, cursam com dependência de tecnologias. A atuação da equipe multiprofissional, para além de uma assistência de qualidade, comporta um papel protagonista no desenho de linhas de cuidado e na articulação com as políticas públicas. Desenvolvimento/Análise crítica: Em que pesem os avanços estabelecidos no marco regulatório das políticas de AD no Brasil, a população pediátrica que necessita de algum grau de aparato tecnológico de manutenção da vida ainda enfrenta desafios para garantir os cuidados em domicílio e uma vida fora do hospital. O Brasil vive, neste início de século, situação de saúde que expressa transição demográfica e epidemiológica em todos os ciclos de vida, com forte presença das condições crônicas, fazendo com que crianças que outrora morreriam no início da vida passassem a sobreviver, assumindo, contudo, o custo de tratamento especializado continuado, internações ao longo dos anos e necessidade de tecnologias ofertadas em ambiente hospitalar, mas perfeitamente possíveis do manejo em domicílio, sem isso significar o modelo de internação domiciliar. Para isso, nossas ações podem ser descritas em três pilares: as de cunho hospitalar (que se iniciam durante a internação, mas permanecem após a alta, com o matriciamento); as de cunho domiciliar (AD propriamente dita); e as ações consideradas transversais, que viabilizam o planejamento e se articulam com as redes de saúde, políticas públicas e sociedade civil organizada. Apontamentos finais: Enquanto profissionais que atuam e pensam cotidianamente nas condições crônicas complexas pediátricas, enfatizamos que a questão posta é política e social, com vistas a garantir a convivência familiar e comunitária destas famílias. Cabe a nós, gestores do cuidado em saúde, a proposição de caminhos seguros e sustentáveis, com olhar atento para os custos e as repercussões na vida dessa população, bem como para a integralidade do SUS.
Palavras-chave: Condições crônicas complexas. Atenção domiciliar pediátrica. Dependência tecnológica.

Programa de Atenção Domiciliar da CASSI/RS como articulador na gestão das internações hospitalares

Autores: Costa CB, Medeiros SU, Paiva RL, Chazan CPS, Santos DP, Carvalho SL.
Instituição: CASSI - Caixa de Assistências dos Funcionarios dos Banco do Brasil.
E-mail: camilacosta.2403@gmail.com

A CASSI (Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil) é uma instituição sem fins lucrativos do tipo autogestão no cenário da saúde suplementar. Seu modelo de negócio é pautado pela tríade da qualidade assistencial, oferta racional de tecnologia e utilização coerente dos serviços assistenciais. A organização de seu sistema de saúde tem a integralidade, o compartilhamento e a coordenação do cuidado por premissas. Possui estratégia para a gestão das internações hospitalares (GIH) que ultrapassa o caráter regulatório de acesso e de auditoria de contas, sendo orientada pela adequabilidade assistencial do cuidado e segurança do paciente junto com o Programa de Atenção Domiciliar (PAD) e a Atenção Primária à Saúde (APS). Objetivos: Apresentar a experiência do PAD-CASSI/RS como articulador do cuidado. Metodologia: Experiência do serviço com descrição qualitativa do modelo de atuação. Resultados: A GIH identifica viabilidade clínica para cuidado oportuno ao participante em ambiente diferente do hospitalar. Inicia-se o processo de transferência do cuidado para o domicílio por meio da navegação do PAD em ato integrado e coordenado em rede (família – operadora – hospital – APS – empresa de home care). Uma vez que o participante (beneficiário) fica sob o olhar da GIH para intervir em internações hospitalares cuja continuidade se torna desnecessária, a atuação do PAD como navegador no processo de transição

facilita a coordenação de cuidado, otimiza recursos, racionaliza a utilização de terapêuticas que carecem de bases científicas adequadas, avalia a qualidade do atendimento prestado e com isso direciona o participante para ambiente adequado à sua condição clínica, otimizando desfechos. Conclusão: A experiência do PAD-CASSI/RS no papel articulador da gestão das internações hospitalares mostra que é possível minimizar a vulnerabilidade às infecções hospitalares, a exposição à propedêutica e tratamentos desnecessários, o declínio do status funcional e cognitivo causados por hospitalização prolongada. O PAD confere segurança e continuidade dos cuidados durante a transição do participante entre diferentes níveis de complexidade de cuidados. Fica claro que a Atenção Domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, paliação, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a experiência positiva e a ampliação de autonomia do participante, família e cuidador.
Palavras-chave: Atenção domiciliar. Hospitalização. Atenção primária à saúde.

Serviço de descanso como forma de apoio ao cuidador: unidade de análise de revisão de escopo

Autores: Oliveira SG, Mello FE, Zillmer JGV, Schiller GS, Mora-López G, Tristão FS.
Instituição: UFPEL - Universidade Federal de Pelotas.
E-mail: stefaniegriebeleroliveira@gmail.com

Introdução: Os serviços de descanso podem ser ofertados com o envio de um substituto ao cuidador familiar para que este se distancie das atividades do cuidar. Também pode ser considerado o deslocamento da pessoa com dependência funcional para um centro de cuidado de dia. Ambos possibilitam liberar o cuidador familiar para descansar ou realizar outras atividades. Objetivo: Descrever o uso de serviços de descanso como forma de apoio/suporte fornecido ao cuidador de pessoas dependentes funcionalmente no domicílio. Metodologia: Trata-se de um recorte da revisão de escopo, aprovada na Chamada CNPq/Decit/SCTIE/MS nº 16/2021, registrada no Open Science Framework, e desenvolvida de 2021 a 2022. Estratégia de busca foi aplicada a bases de dados e repositórios, considerando o período de 2002 a 2022, e nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram selecionados 5 artigos sobre o uso de serviços de descanso como forma de apoio/suporte fornecido ao cuidador de pessoas dependentes funcionalmente no domicílio. Resultados: Os serviços de descanso são formas de apoio e suporte ao cuidador, uma vez que alivia a sobrecarga e atende às suas necessidades. Nos estudos, há evidências de que esses serviços complementam o cuidado, substituindo o cuidador temporariamente, propiciando que ele realize atividades recreativas e sociais. Ainda, promove o apoio emocional com alívio da sobrecarga e melhora na relação cuidador e paciente. Também há apoio instrumental, por meio do qual os cuidadores desenvolvem habilidades e autoeficácia para o cuidado, qualificando o processo de cuidar, além de estimular a capacidade de confiar o cuidado a outro, delegando suas ações ao voluntário. Considerado os sistemas de saúde, identificou-se que tais serviços são ofertados no Reino Unido, que possui sistema semelhante ao cenário brasileiro. Conclusão: Os serviços de descanso são potentes formas de apoio e suporte ao cuidador. Considerado o cenário brasileiro, estes serviços podem se apresentar como importantes aliados ao Programa Melhor em Casa.
Palavras-chave: Cuidador. Serviços de assistência domiciliar. Serviços de descanso. Revisão.

Sistematização da passagem de plantão: uma ferramenta de comunicação na transição do cuidado em um home care de Alagoas

Autores: Lôbo ALAC, Farias IP, Silva ADD.
Instituição: Saúde e Suporte Home Care.
E-mail: alianalobo1@gmail.com

Introdução: A comunicação é uma importante ferramenta no processo de trabalho da enfermagem. Sendo assim, a transferência de informações na transição do cuidado entre enfermeiros deve ser estabelecida por meio

de método que viabilize a segurança dos dados e a garantia da continuidade da assistência. Objetivo: Relatar a implantação de uma ferramenta para transição do cuidado e troca de informação de pacientes entre enfermeiros gestores de um home care de Alagoas. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado em uma entidade privada de assistência domiciliar, Saúde e Suporte Home Care, com acreditação nível 3 pela ONA, situada no município de Maceió-AL e atuação em todo o estado. Resultados: O enfermeiro gestor gerencia a equipe de técnicos de enfermagem e presta assistência a um grupo de pacientes durante quatro meses, dispostos por rota de localização dos domicílios, e, após esse período, é realizado rodízio dos pacientes e das rotas de visitas. A passagem de plantão durante a transição de rotas tem como objetivo viabilizar a integração da equipe com todos os pacientes e estimular uma visão crítica dos processos internos. Para melhor organização, padronização e redução das perdas de informações essenciais dos pacientes durante a transição de enfermeiro assistencial, foi desenvolvida uma ferramenta como estratégia para uma passagem de plantão lógica e objetiva, que consiste em um script contendo: dados pessoais do paciente, resumo da história clínica, intercorrências no período, estratificação de riscos, escore PPS, grupo de doenças baseado no Protocolo Institucional e Cuidados Paliativos, gestão administrativa e metas clínicas. O primeiro ciclo de implantação do formulário (maio a agosto de 2022) contou com 100% de adesão da equipe de enfermeiros e melhoria no cumprimento dos relatórios de prorrogação dos pacientes – atualização mensal sobre o quadro clínico. Após período de teste e adequação do instrumento, os dados mostraram-se estáveis a partir de outubro, atingindo uma meta de 98% de entrega dos relatórios de prorrogação no prazo solicitado, associado à ausência de notificação de eventos pertinentes à transição do cuidado entre os enfermeiros gestores. Conclusão: A mudança no processo de organização e transferências de informações teve efeito determinante sobre a continuidade da assistência e estabilização do indicador referente à realização dos relatórios de prorrogação.
Palavras-chave: Assistência domiciliar. Troca de Informação em saúde. Cuidado transicional.

A experiência com a transição de cuidados entre PAD e APS na CASSI/RS

Autores: Costa CB, Medeiros SU, Maia MB, Silveira NO, Pinto CP, Araujo RR.
Instituição: CASSI - Caixa de Assistências dos Funcionarios dos Banco do Brasil.
E-mail: camilacosta.2403@gmail.com

A CASSI (Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil) é uma instituição sem fins lucrativos do tipo autogestão no cenário da saúde suplementar. Seu modelo de negócio é pautado pela tríade da qualidade assistencial, oferta racional de tecnologia e utilização coerente dos serviços assistenciais. A organização de seu sistema de saúde tem a APS (Atenção Primária à Saúde), com equipes próprias e credenciadas, como porta de entrada preferencial e responsável pela ordenação do cuidado nos níveis secundário e terciário, tendo a integralidade, o compartilhamento e a coordenação do cuidado por premissas. Objetivos: Apresentar a experiência da CASSI/RS na transição de cuidados do participante (beneficiário) que ocorre pela articulação das equipes de APS e PAD (Programa de Atenção Domiciliar). Metodologia: Experiência do serviço com descrição qualitativa do modelo de atuação. Resultados: O PAD-CASSI conta com duas modalidades de atendimento: o PAD Assistência, que requer menor complexidade assistencial e contempla visitas de equipe multiprofissional, procedimentos de enfermagem e terapias seriadas; e o PAD Internação, com maior complexidade assistencial, caracterizado pela presença do técnico de enfermagem 12h ou 24h, além de equipamentos, materiais e medicamentos que completam o plano terapêutico. A elegibilidade de ingresso ao programa bem como a avaliação da complexidade acontecem por meio de instrumentos validados. A articulação PAD e APS ocorre em caráter cooperativo, ofertando continuidade do cuidado no local mais oportuno à necessidade em saúde, e a transição de cuidados pode acontecer em um fluxo de dois sentidos, seja a APS indicando a Atenção Domiciliar, seja o PAD indicando o acompanhamento por uma condição sensível à APS. Para pactuar as condutas terapêuticas entre as equipes e melhorar os desfechos, é utilizado o PTS (Plano Terapêutico Singular). Conclusão: A articulação para a transição de cuidados consegue uma adequação da terapêutica e aumenta a segurança do participante, diminuindo o risco de iatrogenias e procedimentos desnecessários. A experiência da CASSI/RS com a transição do cuidado se mostra eficiente, uma vez que define o hospital como seara de tratamento para o paciente agudo

grave e maneja as outras condições em um ambiente mais humano com menor risco de exposição, controle de custo e melhor experiência do participante e da família.
Palavras-chave: Transição de cuidados. Atenção domiciliar. Atenção primária à saúde.

Sinais de agravamento clínico e atendimento às intercorrências de pacientes em assistência domiciliar

Autores: Farias IP, Alves ISG, Santos LGE, Lôbo ALAC.
Instituição: Saúde e Suporte Home Care, Maceió, Alagoas.
E-mail: isadora.pfarias@gmail.com

Introdução: O reconhecimento precoce dos sinais de alerta que possam indicar o agravamento clínico do paciente em assistência domiciliar é de extrema importância, uma vez que norteia a estratificação e priorização do atendimento às queixas apresentadas por meio de níveis de complexidade, a fim de garantir assistência efetiva em tempo hábil de se obter desfecho positivo das intercorrências atendidas. Objetivo: Transmitir a experiência da assistência aos quadros de agravamento clínico e intercorrências de pacientes atendidos em um home care de Alagoas. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado em uma entidade privada de assistência domiciliar, com acreditação nível 3 pela ONA, situada em Maceió-AL e atuação em todo o estado. Resultados: O Saúde e Suporte Home Care conta com uma equipe capacitada de enfermeiros e médicos plantonistas/sobreaviso, disponíveis 24 horas para garantir o atendimento precoce aos pacientes por meio da identificação e ação quanto aos sinais de deterioração clínica e intercorrências apresentadas por estes. A informação do agravamento clínico do paciente chega à equipe mediante contato telefônico direto do cuidador/técnico de enfermagem que se encontra com o paciente no domicílio ou por intermédio da observação de outros profissionais da equipe multidisciplinar durante suas visitas de rotina. Conforme a queixa recebida, o enfermeiro plantonista irá classificar e realizar o atendimento por meio de níveis de gravidade e complexidade (emergente, urgente ou não urgente). As queixas podem mudar de classificação, a depender do quadro clínico geral apresentado pelo paciente no momento do atendimento. Para cada grau de urgência, é estipulado tempo máximo para atendimento, orientação e condutas (emergências, até 2h; urgências, até 12h; e situações sem urgência, até 24h para se ter o desfecho final desde o início do atendimento), que podem acontecer por meio de orientações telefônicas, com a presença do profissional na residência ou mesmo com acionamento de ambulância de serviços de atendimento pré-hospitalar e remoção para ambiente hospitalar. Conclusão: O reconhecimento e a ação precoce da equipe de plantonistas diante dos sinais e sintomas que indiquem gravidade nos pacientes são fatores decisivos para a sobrevida e o bom prognóstico do quadro, bem como para evitar maior índice de hospitalização dos pacientes.
Palavras-chave: Deterioração clínica. Assistência domiciliar. Socorro de urgência.

A visita institucional na desospitalização: planejamento da alta segura do paciente ortopédico

Autores: Maçanti MP, Simões VP, Fonseca TMA.
Instituição: Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad - INTO/Ministério da Saúde.
E-mail: mmacanti@into.saude.gov.br

O presente trabalho objetiva problematizar o recurso da visita institucional no processo de desospitalização dos pacientes do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO), que é referência nacional na alta e média complexidade em cirurgia ortopédica. O processo de desospitalização no INTO ocorre por meio do serviço de atendimento domiciliar (ADOMI/INTO), que atende pacientes residentes na área metropolitana do Rio de Janeiro com equipe multidisciplinar (enfermeiro, fisioterapeuta e assistente social) e em ações de apoio à

desospitalização aos Centros de Atenção Especializados (CAEs) do INTO. É por intermédio do desdobramento da atuação do Serviço Social nesses dois campos (ADOMI e CAEs) que se efetiva a articulação intersetorial com o objetivo da transição de cuidados da alta e média complexidade para a atenção básica, isto é, da transferência do cuidado da unidade hospitalar para o domicílio. Desta forma, a visita institucional é um recurso ou instrumento utilizado pelo Serviço Social na equipe multidisciplinar com as finalidades de: garantir a transferência do cuidado entre os níveis de atenção do SUS; identificar e conhecer os serviços que fazem parte do território do usuário; e promover o fortalecimento do trabalho em rede intersetorial e interinstitucional. O planejamento das ações de articulação com a rede de assistência dos territórios considera o acesso aos locais, os horários de funcionamento, os serviços e equipes disponíveis, as condições de segurança para a população em geral e equipes profissionais e as necessidades específicas de atendimento em saúde e/ou assistenciais. A equipe ADOMI, ao identificar dificuldades na manutenção do cuidado no território do paciente, aciona o Serviço Social, o qual mapeia e identifica os serviços existentes que sejam responsáveis pela continuidade do acompanhamento de saúde necessário. Assim, estabelecemos a interlocução entre os serviços para viabilizar a alta segurança do paciente ortopédico. Ao mesmo tempo, no atendimento realizado nos domicílios junto à equipe multidisciplinar, o Serviço Social busca estabelecer vínculo com família e cuidador no sentido de promover seu protagonismo na continuidade do cuidado. O que observamos no cotidiano profissional é que a realização das visitas institucionais tem se mostrado, na totalidade dos casos, bastante eficaz na garantia da absorção dos pacientes do INTO pelas unidades de saúde/reabilitação ou assistência social e, consequentemente, da continuidade do cuidado.
Palavras-chave: Desospitalização. Visita institucional. Serviço social. Cuidado.

Dimensionamento de enfermeiros assistenciais: um desafio em um home care de Alagoas

Autores: Silva ADD, Lobo ALAC, Liberal PP, Farias IP.
Instituição: Saúde & Suporte Home Care.
E-mail: dessinhaduartedias@gmail.com

Introdução: O dimensionamento da equipe de enfermeiros na assistência domiciliar é um grande desafio, pois se firma nas experiências e julgamentos de cada instituição, contando ainda com a escassez de um método validado que subsidie a tomada de decisão na definição da capacidade assistencial na Atenção Domiciliar. Objetivo: Transmitir a experiência de definição de um método eficaz para o dimensionamento dos enfermeiros gestores de um home care de Alagoas. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado em uma entidade privada de assistência domiciliar, Saúde e Suporte Home Care, com acreditação nível 3 pela ONA, situada em Maceió-AL e atuação em todo o estado. Resultados: Na análise do dimensionamento dos enfermeiros gestores/assistenciais, percebeu-se que a distribuição das rotas de visitas aos pacientes não tinha um critério metodológico claro (apenas o total de pacientes e localização dos domicílios), não considerando a condição clínica, tempo para demandas administrativas e alocação sustentável de recursos, o que desencadeava dificuldade de remanejamento, de distribuição de novos pacientes e sentimento de parcialidade da coordenação. Com a escassez de instrumentos voltados à assistência domiciliar, foi desenvolvida uma ferramenta própria, baseada em método já validado e aplicado em outras modalidades de assistência, com as adaptações necessárias a esta modalidade. O método de escolha foi o FUGULIN, com os critérios específicos: total de lesões de pele, uso de dispositivos invasivos, complexidade da assistência, escore PPS e distância do domicílio (com aplicação de pontuação para cada critério). A ferramenta mostrou que quantidade de pacientes e distância são insuficientes para uma distribuição equânime. À medida que foi aplicada, a ferramenta sofreu adequações e melhorias: aumento da pontuação dos pacientes com lesões, visto o acompanhamento e realização de curativos; ajuste na pontuação dos dispositivos invasivos; inversão da pontuação da complexidade, com ênfase nos pacientes em assistência domiciliar de 6h (requer maior tempo de orientação familiar); considerada pontuação para distâncias maiores que 3 km. Conclusão: Conclui-se que dispomos de poucos instrumentos para realizar o dimensionamento de enfermeiros em Atenção Domiciliar. Após testagem do método aplicado durante um ano, sua eficácia foi aprovada por sua imparcialidade, por permitir uma distribuição adequada e segura para a equipe e os pacientes.
Palavras-chave: Assistência domiciliar. Dimensionamento. Enfermeiros. Carga de trabalho.

Análise de implementação do "Projeto Cinderela" em serviço de home care

Autores: Alves SR, Guitzel JM, Andrade LC, Oliveira GRSA, Motta CAF, Jesus SES.
Instituição: SOS Vida.
E-mail: coordmedclin01@sosvida.com.br

Introdução: Os serviços de assistência médica domiciliar estão cada vez mais completos e complexos, com isso surgem desafios para a prestação desse atendimento. Nesse contexto, foi de grande relevância a implementação do "Médico Cinderela", que consiste em um profissional com carga horária reduzida, presente na unidade nos turnos de maior demanda de pacientes e familiares, principalmente nos plantões noturnos e finais de semana. Esse médico é incorporado à equipe com intuito de melhoria do atendimento. Objetivos: (1) Comparar a satisfação dos pacientes e familiares no atendimento médico antes e depois da implementação do "Projeto Cinderela"; (2) Avaliar a qualidade dos plantões médicos após a introdução do "Médico Cinderela". Métodos: Trata-se de um estudo de coorte retrospectiva. Foram coletados dados de satisfação do cliente por meio de pesquisa mensal com Net Promoter Score (NPS) e dados da ouvidoria de uma empresa de home care que implantou o "Projeto Cinderela" em outubro de 2022. A qualidade dos plantões médicos foi medida por intermédio de relatos de profissionais do serviço após a introdução do "Médico Cinderela". Resultados: Observou-se, após a implementação do "Médico Cinderela", uma melhor organização da alta demanda, com redução do tempo de atendimento, em média, menor que 20 minutos. A análise do NPS evidenciou uma menor incidência de queixas de atraso no retorno do médico, além de maior frequência dos elogios ao atendimento da empresa. Quanto à melhoria do plantão, os relatos dos médicos foram: maior agilidade no atendimento de chamados concomitantes, redução do tempo de espera do paciente/família, maior monitoramento dos pacientes, melhor triagem dos casos que necessitam de maior atenção, além de possibilidade de discussão com a equipe para melhor conduta ou esclarecimento de dúvidas, proporcionando bem-estar/conforto durante o período de trabalho. Conclusão: A implementação do "Projeto Cinderela" mostrou um aumento na satisfação do paciente e familiares, com uma redução significativa de queixas, em especial em relação ao tempo de resposta do profissional. A impressão dos médicos plantonistas corrobora o efeito benéfico da introdução do "Médico Cinderela" no serviço como um importante fator de melhora na qualidade do trabalho e no atendimento ao cliente.
Palavras-chave: Gestão de qualidade em saúde. Assistência domiciliar. Indicadores de qualidade em assistência em saúde. Cuidados médicos.

Apoio social ao cuidador de pessoas com dependência funcional: unidade de análise em revisão de escopo

Autores: Zillmer JGV, Fonseca MR, Oliveira SG, Mello FE, Almeida C, Gama JD.
Instituição: UPFEL - Universidade Federal de Pelotas.
E-mail: juzillmer@gmail.com

Introdução: Apoio social é considerado fundamental aos cuidadores, e sua importância relaciona-se à forma de lidar com situações de saúde e adoecimento, com vistas a promover melhor qualidade de vida. Objetivo: Descrever o apoio social ao cuidador de pessoas com dependência funcional no domicílio. Metodologia: Recorte da revisão de escopo, aprovada na Chamada CNPq/Decit/SCTIE/MS nº 16/2021, registrada no Open Science Framework, desenvolvida entre 2021 e 2022, com estratégia de busca aplicada a bases de dados e repositórios, considerando o período de 2002 a 2022. Resultados: Foram selecionados 56 estudos que descrevem o apoio social ao cuidador de pessoas com dependência funcional no domicílio em estratégias, intervenções e práticas de cuidados. Os tipos de apoio foram: 1) apoio emocional (em 50 estudos), que corresponde às relações e interações afetivas, escuta, compreensão, compartilhamento de situações e experiências do cotidiano. No cuidador, reduziu solidão, isolamento, estresse, depressão e ansiedade; 2) apoio instrumental (em 30 estudos), que corresponde à ajuda material ou prática fornecida ao cuidador. Possibi-

litou gerenciar os desafios de cuidados diários, desenvolver autoeficácia, aprender sobre cuidar melhor de si mesmo, receber auxílio nas atividades de cuidado, obter descanso, aumentar a confiança para conseguir e utilizar serviços de suporte, aumentar o suporte social por meio de habilidades de pedir e receber apoio; 3) apoio informacional (em 20 estudos), que corresponde a orientações, sugestões e conselhos. Proporcionou ao cuidador receber orientações, informações, aconselhamento educacional, encaminhamentos de saúde, assistência social e ferramentas para gerenciar e lidar efetivamente com situações diárias e manejar sintomas, além de receber encorajamento para experimentar novos serviços; 4) interação social positiva (em 9 estudos), que corresponde à produção de alívio de estresse a partir de atividades de lazer. Ocorreu interação por meio de conhecimentos e habilidades para gerenciar desafios dos cuidados diários, participação em grupos para organização de excursões, festas, reuniões e construção de amizades; 5) apoio afetivo (em 1 estudo), que envolve demonstrações de carinho e amor. Promoveu nos cuidadores sentimento de gratidão entre pares, uma vez que se preocupavam uns com os outros, mediante envio de mensagens que demonstravam empatia, compreensão e compaixão, e eram respondidas com simpatia, conforto e condolências quando necessário. Conclusão: Descreveram-se os tipos de apoio social ao cuidador, considerados fundamentais para reduzir a sobrecarga e produzir efeito positivo tanto na saúde física quanto mental, além da ampliação da rede social de apoio.

Palavras-chave: Cuidadores. Apoio social. Serviços de assistência domiciliar. Revisão.

Treinamento de equipe de técnicos de enfermagem e cuidadores de pacientes em Atenção Domiciliar: um relato de experiência de serviço de home care em Maceió

Autores: Vanderlei RS, Zimpel SA, Carcavilla TLS, Liberal BL, Botelho CJ.
Instituição: Saúde e Suporte Home Care.
E-mail: otimizacaovm@outlook.com | rafaelavanderlei@hotmail.com

Introdução: A educação continuada dos trabalhadores da saúde requer o aprimoramento de métodos educativos que atinjam com eficácia a equipe multiprofissional. O desenvolvimento da equipe de enfermagem é um dos fatores que pode assegurar a qualidade do atendimento ao cliente e a atuação prática. Objetivo: Descrever experiência vivenciada por equipe multiprofissional ao realizar treinamento de técnicos de enfermagem e cuidadores de pacientes em um serviço de assistência domiciliar. Experiência do serviço: Trata-se de um relato de experiência acerca de treinamentos para equipe de técnicos de enfermagem que atuam na assistência domiciliar. Existem dois tipos de treinamento: um que é realizado antes da implantação do paciente, a fim de preparar a equipe para realizar a assistência, conhecer sua individualidade, seu quadro clínico e os dispositivos utilizados; e outro que é voltado para a equipe multidisciplinar, com a finalidade da melhoria na assistência, esclarecimento de dúvidas. No período de outubro de 2021 a dezembro de 2022, foram realizados 65 treinamentos presenciais, com 194 técnicos de enfermagem de 8 cooperativas, de 10 municípios alagoanos, com os seguintes temas: regras para admissão de paciente, oxigenoterapia, insulinoterapia, cateterismo vesical intermitente, cuidados com a traqueostomia, aspiração de vias aéreas, prevenção de broncoaspiração, lesões cutâneas/curativos, fluxos internos, manuseio de hipodermóclise, manuseio do cateter central de inserção periférica, manejo de assistente de tosse, avaliação dos alarmes informados no ventilador mecânico, indicação dos tipos de filtro para ventilação mecânica e cuidados paliativos. Os profissionais da equipe multiprofissional que facilitaram os treinamentos eram das áreas de enfermagem, fisioterapia e fonoaudiologia, enfatizando a prática da transdisciplinaridade. Conclusão: Observou-se, com a realização de treinamentos, melhor qualidade do atendimento, melhor comunicação entre a equipe multidisciplinar e família, maior segurança aos familiares e cuidadores. As informações acerca do diagnóstico do paciente que ainda será admitido e a possibilidade de dirimir dúvidas relacionadas à sua assistência favoreceram ao técnico de enfermagem e equipe multidisciplinar aumento da confiança na sua capacidade de prestar assistência, validação da individualização do paciente, prática da escuta ativa, realização de terapias holísticas, comunicação assertiva e trabalho interdisciplinar na assistência domiciliar.

Palavras-chave: Educação permanente. Assistência de enfermagem domiciliar. Equipe de assistência multidisciplinar.

Apoio social ao cuidador de pessoas com dependência funcional: análise de estudos qualitativos em revisão de escopo

Autores: Zillmer JGV, Mello FE, Oliveira SG, Pinto RO, Cordeiro FR, Almeida C.
Instituição: Universidade Federal de Pelotas.
E-mail: juzillmer@gmail.com

Introdução: A pesquisa de abordagem qualitativa possibilita compreender e interpretar fenômenos complexos, além de que procedimentos e práticas recomendadas são objeto das ciências sociais e temas preferenciais da pesquisa qualitativa, por exemplo, o apoio social ao cuidador. Objetivo: Analisar o apoio social ao cuidador de pessoas com dependência funcional no domicílio a partir de estudos qualitativos em revisão de escopo. Metodologia: Recorte da revisão de escopo, aprovada na Chamada CNPq/Decit/SCTIE/MS nº 16/2021, registrada no Open Science Framework, desenvolvida entre 2021 e 2022, com estratégia de busca aplicada a bases de dados e repositórios, considerando o período de 2002 a 2022. Resultados: Foram selecionados 15 estudos com abordagem qualitativa, que, para explorar e compreender as formas de apoio social ao cuidador, utilizaram as seguintes unidades: experiências, percepções, perspectivas, visão, ponto de vista e opinião. A unidade "experiência" esteve presente em oito estudos e possibilitou acessar a experiência de cuidar dos cuidadores no domicílio, considerando distintas enfermidades, como demência, doença de Alzheimer, câncer, entre outras, assim como analisar a forma de apoio. Experiência é definida como o fluxo sentido de comunicação e engajamento interpessoal, é intersubjetiva e envolve práticas, negociações, desafios, entre outros, com quem o cuidador está conectado, em um meio em que se misturam processos coletivos e subjetivos. Evidenciaram-se as seguintes formas de apoio: uso de tecnologias de informação; serviços em ambiente virtual, como uso do telefone e rede online; serviços de descanso; programa de capacitação; grupo de apoio; e construção de rede de apoio formada por mulheres. Quanto ao tipo de apoio foram: apoio emocional, informacional, instrumental e de interação social positiva. Estes apoios promovem maior segurança no cuidado, aumentam a qualidade de vida, incentivam as relações sociais, diminuem o isolamento e aliviam a sobrecarga do cuidador. Conclusão: Esta revisão, desenvolvida mediante a abordagem qualitativa em nível mundial, fornece dados sobre o apoio social ao cuidador. Compreender esta revisão pode servir para promover novas questões para investigar e redefinir formas de apoio e papel do cuidador. Há lacunas e desafios considerando os cuidadores, a fim de consolidar a pesquisa qualitativa neste campo, assim como incorporar propostas de pesquisa participativas, avaliativas e de intervenções.
Palavras-chave: Cuidador. Apoio social. Serviços de assistência domiciliar. Pesquisa qualitativa. Revisão.

Revisão do protocolo de desospitalização de pacientes internados em hospitais e UPAs no Distrito Federal

Autores: Vivanco CD, Alencar VA, Lima BS, Dantas GJ, Cardozo RV.
Instituição: Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Gerência de Serviço de Atenção Domiciliar.
E-mail: crisdezotivivanco@gmail.com

Introdução: A Atenção Domiciliar (AD) é considerada, atualmente, a resposta arrojada diante dos grandes desafios enfrentados pelos sistemas de saúde. Além da possibilidade de otimização de recursos hospitalares e economia, há ganhos psicossociais, uma vez que reintegra o indivíduo à sociedade, permitindo que seja assistido em seu lar, humanizando o cuidado. Uma das ferramentas centrais da AD é a desospitalização, considerada coluna cervical da AD, proporcionando celeridade no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio por meio das equipes multiprofissionais de saúde. A desospitalização, quando ocorre de forma efetiva, promove também prevenção de reospitalização, garantindo a continuidade de cuidado no domicílio, otimização de recursos e humanização na assistência. É consenso a necessidade de articulação da assistência em saúde no formato de Redes de Atenção à Saúde (RAS), ordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS), ofertando um cuidado integral, para alcançar respostas aos desafios impostos. Neste contexto, é imprescindível a comunicação entre os vários pontos da rede, além do ponto da APS; é preciso que haja

interligação entre pontos de atenção secundária e terciária. Objetivo: O presente trabalho tem como objetivo atualizar o protocolo e os fluxos de desospitalização implantados para pacientes clinicamente estáveis, internados em unidades hospitalares e UPAS da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (DF). Metodologia: Trata-se de um estudo documental com base em protocolo existente e revisão de literatura nas bases de dados. Para a representação gráfica do processo de trabalho proposto, utilizamos a ferramenta denominada Fluxograma Analisador/Descritor BIZAGE, que é uma ferramenta que auxilia na interpretação de todo o processo. Resultados: Foi definido um grupo de trabalho que envolveu a Gerência de Serviço de Atenção Domiciliar, profissionais envolvidos com a assistência domiciliar e com a gestão e assistência da atenção primária do DF. Foram realizados vários encontros para levantamento e discussões de estudos atualizados relacionados à AD, desospitalização segura, definição de fluxos de atendimento e encaminhamento, referência e contrarreferência. Também foram realizados encontros com o Grupo de Trabalho (GT) do Ministério da Saúde para a elaboração do instrumento de elegibilidade que será implantado em âmbito nacional, que contou com a participação de representantes da AD de todos os estados brasileiros. Após a finalização da elaboração, o protocolo foi encaminhado para a Comissão Permanente de Protocolos Assistenciais (CPPAS) da SES-DF, onde passou por consulta pública, ajustes e publicação para a realização da divulgação para todos os profissionais da SES-DF por meio de treinamentos em serviço. Conclusão: O presente estudo revelou que a construção de um protocolo de desospitalização para o DF se justifica por embasar-se em um arcabouço legal, desde a constituição cidadã, passando pela política de atenção hospitalar, política de humanização, até ir ao encontro das prerrogativas apontadas nas diretrizes da RAS. Assim, com o protocolo, podemos garantir em um só instrumento a concretização de diversas normas de saúde. Acredita-se que, com a atualização do protocolo e alteração dos fluxos de atendimento, será necessária a realização de uma ampla divulgação para as equipes de AD, Atenção Primária, atenção hospitalar e UPAS, fortalecendo a proposta de forma ágil, responsável e compartilhada entre os níveis de atenção à saúde, de maneira humanizada e pautada pela longitudinalidade do cuidado.

Palavras-chave: Desospitalização. Doença crônica. Serviços de assistência domiciliar. Assistência domiciliar.

Politrauma em pediatria: acompanhamento de paciente atendido pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) da Associação Hospitalar Vila Nova em Porto Alegre/RS

Autores: Padilha KB, Veppo AA, Rodrigues GO, Souza JR.
Instituição: Associação Hospitalar Vila Nova.
E-mail: kerolynbrum@gmail.com

Este resumo tem como objetivo descrever o acompanhamento realizado a um paciente de 7 anos, com politraumatismos em razão de um acidente durante uma atividade física. Atualmente, a equipe de pediatria do Programa Melhor em Casa (PMC), vinculado ao SAD, é responsável por todo o município de Porto Alegre, atendendo crianças de 0 a 18 anos que necessitam da utilização de ventilação mecânica (VM) domiciliar ou não. O paciente chegou ao serviço no mês de setembro de 2022 por meio da solicitação do Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), do Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia. O caso foi discutido entre a equipe que o acompanhou durante a internação hospitalar e o SAD, marcando a primeira visita domiciliar. A causa da internação foi em razão da queda de uma trave de gol em cima do paciente, causando um trauma contuso torácico, com laceração traqueal, esofágica e do pulmão esquerdo, utilização de VM por traqueostomia, necessidade de abertura de fístula esofágica, além de seis meses de internação hospitalar entre UTI e unidade de internação. Durante a primeira visita domiciliar, foi avaliado que o paciente apresentava diminuição de força muscular global, dificuldade para deambulação, ausculta pulmonar abolida totalmente no pulmão esquerdo, com a fístula esofágica ainda aberta, utilizando gastrostomia como via de alimentação. As visitas eram realizadas semanalmente com acompanhamento médico, fisioterápico, nutricional e de enfermagem. Foi traçado um plano de tratamento em que se tinha como objetivos melhorar a força muscular, equilíbrio e coordenação motora, além de manter a capacidade pulmonar o mais preservada possível, por meio de atividades lúdicas utilizando realidade virtual, brincadeiras e atividades que envolviam o físico e o cognitivo. Pôde-se notar melhora significativa na marcha, equilíbrio e força dos membros superiores e in-

feriores, conseguindo voltar às suas atividades diárias de maneira funcional, como brincar com os irmãos, andar de bicicleta, ir à praia e retornar ao convívio escolar. Isso tudo ocorreu por causa da parceria da equipe do PMC, família e acompanhamento dos profissionais do HCSA. O paciente teve alta do Programa em dezembro de 2022.
Palavras-chave: Politraumatismo. Reabilitação. Atenção domiciliar.

Efetividade da Atenção Domiciliar para usuários com necessidade de reabilitação intensiva: uma revisão sistemática

Autores: Gabriel M, Abreu DMF, Bittencourt MFFVS, Pereira SO, Novaes DSG, Duarte CMR.
Instituição: Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social (NIPPIS/FIOCRUZ/UNIFASE).
E-mail: marianagabrielodonto@gmail.com

Práticas de reabilitação fazem parte da linha de cuidados de pessoas com deficiência, sendo também fundamentais para os demais usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). A Atenção Domiciliar (AD) inclui práticas de reabilitação classificadas conforme densidade tecnológica requerida e tem sido apontada como importante ferramenta para mudanças no modelo de atenção à saúde. O objetivo deste trabalho é avaliar a efetividade da AD em usuários com necessidade de reabilitação intensiva quanto a tempo de permanência, número de intercorrências, custo e experiência do usuário. Foram seguidos critérios para revisão sistemática de literatura, com protocolo previamente registrado na plataforma PROSPERO. Foi realizada busca estruturada em diferentes bases de dados, com a seleção de estudos a partir de 2006. Não houve restrição de idioma. A seleção e extração foram realizadas de forma independente, com divergências resolvidas por consenso, e foi elaborado plano de tradução do conhecimento. Foram identificados 1.488 estudos. Após aplicação de critérios de elegibilidade, 31 foram incluídos. Os estudos foram agrupados em três categorias, considerando o tipo de comparação realizada: categoria 1 (reabilitação domiciliar X reabilitação hospitalar), categoria 2 (intervenções na reabilitação domiciliar - grupo intervenção X grupo controle) e categoria 3 (reabilitação domiciliar sem nenhum comparador). Quanto ao tempo de permanência, apenas na categoria 1 verificou-se diferença: um estudo apontou maior tempo para a realização em ambiente domiciliar (comparado com unidades de reabilitação e unidades de enfermagem especializada) e outro observou maior tempo no regime de internação hospitalar. O número de intercorrências foi apontado em todas as categorias, mas para a maioria não foi possível fazer inferências em relação ao tipo de intervenção aplicada. Quanto ao custo, um estudo da categoria 1 apontou a reabilitação hospitalar como mais cara do que a domiciliar; da categoria 2, apontou-se economia nos custos por causa da redução de readmissões hospitalares; e na categoria 3, um estudo mensurou valores médios gastos com readmissão hospitalar. A percepção dos usuários só foi abordada na categoria 2 e 3, sendo positiva quando existia aumento das visitas de profissionais, novas intervenções e aumento da adesão do paciente. A reabilitação domiciliar mostrou-se efetiva, embora mais estudos sejam necessários para colaborar na sua implementação no SUS.
Palavras-chave: Atendimento domiciliar. Terapia intensiva. Reabilitação. Assistência domiciliar.

Os benefícios da parceria entre a farmácia clínica e a equipe médica em um Serviço de Atenção Domiciliar

Autores: Carvalho VV, Silva TAF, Nodarse YJ, Ramo JJR, Rojas PK, Almeida FT.
Instituição: Ágape Assistência Domiciliar em Saúde.
E-mail: dravanessavc@gmail.com

Introdução: A farmácia clínica é pouco valorizada nos serviços de home care. Muitas empresas de home care não investem em ter um serviço desse aliado ao seu corpo clínico médico, já que não são remuneradas

pelas operadoras de saúde para tal. A farmácia clínica é responsável por conciliar as medicações, analisar os fármacos possíveis e disponíveis para determinado tratamento, realizar o acompanhamento farmacoterapêutico, entre outros. Objetivo: Otimizar o tratamento, alinhando o efeito dos medicamentos aos resultados esperados, e promover o uso racional dos medicamentos, reduzindo a polifarmácia e os gastos desnecessários para usuário, operadora de saúde e/ou empresa de home care, assim como evitando os riscos provocados ao paciente com prescrições medicamentosas desnecessárias. Metodologia: Em dezembro de 2022, foi iniciado o serviço de farmácia clínica na empresa de home care, criando-se uma comissão terapêutica composta pela equipe médica e da farmácia clínica, com a disponibilização de uma farmacêutica clínica todos os dias da semana. Todas as prescrições médicas foram avaliadas, discutidas e revisadas por esta comissão. Foi realizada a revisão da padronização das medicações, bulário, construção de protocolos clínicos, mapeamento de pacientes com estudo das clínicas, acompanhamento desses pacientes, desprescrição com avaliação de evidências terapêuticas buscando a segurança e eficácia do tratamento. As prescrições realizadas pelos profissionais médicos da empresa eram devidamente encaminhadas e discutidas com a farmacêutica clínica. A farmacêutica clínica passou a ser responsável por sanar as dúvidas medicamentosas dos pacientes e/ou cuidadores em conjunto com a equipe médica. Resultados: O valor do tratamento de alguns desses pacientes foi reduzido em até 50%. Houve uma considerável redução de custos para o paciente, empresa de home care e operadoras de saúde, assim como uma redução das intercorrências e consequentemente de intervalos de hospitalização dos pacientes assistidos pela empresa. Conclusão: A criação de uma comissão terapêutica composta minimamente pelo corpo clínico médico e farmácia clínica otimiza os tratamentos, qualifica a assistência e reduz custos.
Palavras-chave: Atenção domiciliar. Farmácia clínica. Equipe médica.

A importância do atendimento domiciliar e a efetividade da equipe multidisciplinar

Autor: De Lollo DP.
Instituição: Santa Marcelina - EMAD Prestes Maia.
E-mail: Debis_d@msn.com

A assistência domiciliar apresenta a capacidade de impulsionar a dinâmica das atividades rotineiras, atuando como elemento ativo nas ações de caráter diário, estimulando o processo contínuo no ato do cuidado para êxito na reabilitação do paciente vulnerável. A constituição de diversos profissionais atuantes na rede de cuidados intensifica a fluidez no planejamento clínico, direcionando os objetivos e metas, visando, portanto, ao aproveitamento do fator tempo como instrumento do processo ativo do cuidado. As visitas domiciliares de equipe multidisciplinar buscam obter maior e melhor conhecimento da realidade do caso, por meio da discussão interna acerca das necessidades e identificação das demandas prioritárias, bem como maior agilidade processual, principalmente quando tratar-se da reabilitação de paciente frágil, com significativa dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Os aspectos abordados referem-se à paciente J.K.J.S., de 34 anos, com diagnóstico de epilepsia, associada à sequela de infecção grave por meningoencefalite herpética com envolvimento temporobilateral, evoluindo com hemicraniectomia, em razão de edema cerebral associado à herniação cerebral. Após a formalização da alta hospitalar e da captação para o Programa de Assistência Domiciliar, J.K.J.S. retornou para o seu domicílio acamada, em uso de traqueostomia de PVC com cuff insuflado e cateter nasoenteral, demandando, portanto, capacitação de seus cuidadores para o manejo dos dispositivos, gerados nessa nova realidade. Durante o período de reabilitação e matriciamento, foi notório o processo ativo da equipe trabalhando na dinâmica da compensação clínica, oclusão da traqueostomia até a sua decanulação e restabelecimento da via oral, como procedimento seguro na alimentação. Assim sendo, após quatro meses de cuidados intensificados, J.K.J.S., de maneira exitosa, retornou às atividades básicas da vida diária, evoluindo com autonomia parcial, deambulação sem auxílio e desinvasão dos dispositivos até então utilizados no seu dia a dia. Tendo em vista a participação ativa de diversas categorias no planejamento de cuidados, é notória a maior validação do restabelecimento clínico e reabilitação física em curto prazo, com a atuação efetiva do atendimento domiciliar.
Palavras-chave: Assistência domiciliar. Reabilitação. Equipe multidisciplinar. Visitas domiciliares.

Intervenções e tipos de apoio/suporte ofertados a cuidadores domiciliares de pacientes com acidente vascular cerebral: revisão de escopo

Autores: Fonseca MR, Oliveira SG, Zillmer JGV, Cordeiro FR, Pinto RO, Gama JM.
Instituição: Universidade Federal de Pelotas.
E-mail: juzillmer@gmail.com

Introdução: O acidente vascular cerebral (AVC) é uma síndrome neurológica frequente em adultos e idosos, que provoca incapacidade funcional e limitações. Neste contexto, os cuidadores domiciliares se tornam necessários em razão de complicações clínicas e estado de saúde do paciente. Cuidados destinados aos cuidadores domiciliares são indispensáveis para a manutenção de sua saúde e dos cuidados prestados no domicílio. Objetivo: Identificar na literatura intervenções e formas de apoio/suporte ofertados aos cuidadores familiares de pacientes com AVC. Metodologia: Trata-se de um recorte da revisão de escopo, aprovada na Chamada CNPq/Decit/SCTIE/MS nº 16/2021, registrada no Open Science Framework. A revisão foi desenvolvida de 2021 a 2022, com estratégia de busca aplicada a bases de dados e repositórios. Foram selecionados artigos sobre cuidadores domiciliares de pessoas dependentes funcionalmente com menção a alguma forma de apoio/suporte fornecido ao cuidador, publicados no período de 2002 a 2022 nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos artigos que não abordavam conceitos relevantes para o alcance do objetivo. Resultados: Foram encontrados quatro artigos com intervenções que geraram tipos de apoio/suporte aos cuidadores domiciliares de pacientes com AVC. Estudos com intervenções psicoeducacional e psicossocial geraram nos cuidadores apoios como informacional, instrumental e emocional. As intervenções psicoeducacionais geraram: apoio informacional, por meio do fornecimento de educação em ambientes domésticos a partir de perguntas e discussões via e-mail; apoio instrumental, em que os cuidadores domiciliares aprenderam a cuidar melhor de si mesmos e a lidar com problemas emocionais e práticos; e apoio emocional, com fortalecimento da saúde do cuidador domiciliar. A intervenção psicossocial gerou apoio informacional, por intermédio do estabelecimento de um relacionamento contínuo com informações que produzem resultados positivos a um custo mínimo, e apoio instrumental, com maior capacidade de mobilização do apoio familiar, além de aquisição de apoio social e apoio emocional, com redução do estresse, redução da depressão e efeito positivo no estado de saúde percebido do cuidador. Conclusão: As intervenções direcionadas ao cuidador familiar de pessoas com AVC geraram apoios efetivos capazes de educar e informar o cuidador sobre determinados assuntos, aumentar a percepção para cuidar de si e da sua saúde, bem como mobilizar apoio familiar, social e emocional. Estudos futuros são necessários para analisar intervenções e tipos de apoio/suporte ofertados a cuidadores domiciliares de pacientes com AVC.
Palavras-chave: Cuidador. Apoio social. Serviços de assistência domiciliar. Pesquisa qualitativa. Revisão.

A desupalização como estratégia para continuidade do cuidado

Autores: Nascimento FGP, Castro ANM, Coelho BS.
Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar de Campo Grande/MS.
E-mail: fran_pego09@hotmail.com

O Programa Melhor em Casa, do Serviço de Atenção Domiciliar da Secretaria de Saúde Municipal, foi estruturado no município de Campo Grande-MS no ano de 2017. O fluxo de admissão dos usuários ocorre mediante uma visita pré-admissional no domicílio ou ainda no ambiente de internação hospitalar, participando de forma efetiva na continuidade do cuidado em saúde, alinhando as demandas e buscando maior resolutividade na assistência a ser prestada ao paciente e família. Segundo a Portaria nº 285 do Ministério da Saúde, de 5 abril de 2016, que rege o Programa Melhor em Casa, a desospitalização e/ou desupalização é preconizada para ajustes dos aumentos de disponibilidades de leitos, fortalecimento dos vínculos familiares, além de evitar possíveis agravamentos e infecções causadas pelo ambiente hospitalar. Sendo assim, nosso objetivo foi relatar a experiência de uma Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD)

quanto ao processo de admissão a partir da visita in loco como requisito básico para a desupalização. Trata-se então de um relato de experiência vivenciado pela equipe multiprofissional, sediada nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) da Região Sanitária do Bandeira, no município de Campo Grande/MS, que realizou a avaliação admissional por meio de uma visita prévia ainda no ambiente de internação, utilizando um instrumento que versa sobre as necessidades do usuário e cuidador. Os resultados obtidos permitiram evidenciar que o cuidado em saúde é dinâmico e necessita de articulação entre as unidades de saúde. A EMAD identificou que o uso dessa estratégia possibilitou a redução de intercorrências e reinternações precoces dos usuários, assim como agilidade no processo de admissão e início dos atendimentos. Com a adoção dessa prática, a EMAD desenvolveu planos de ações específicos, favoreceu a interlocução com o serviço de saúde de origem e aprimorou a adaptação do cuidado ao usuário e família no domicílio. Em conclusão, a desupalização é uma ação utilizada para maior efetivação da assistência a partir da abordagem presencial que impacta diretamente na transição mais segura e ágil do paciente para o domicílio sem necessidade da interrupção temporária dos cuidados, resultando em menor tempo de permanência nas UPAs, liberação de vagas e leitos para os demais usuários, e auxiliando na diminuição de sobrecarga de trabalho para os profissionais daquelas unidades, o que resulta no fortalecimento do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no âmbito da saúde pública.

Palavras-chave: Desospitalização. Transição. Visita pré-admissional. Programa Melhor em Casa.

Funcionamento de uma equipe de cuidados paliativos no Programa Melhor em Casa da Associação Hospitalar Vila Nova em Porto Alegre/RS

Autores: Schneider M, Oliveira IF, Souza JR.
Instituição: Associação Hospitalar Vila Nova (Porto Alegre - RS) - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/ Programa Melhor em Casa.
E-mail: maiarafschneider@gmail.com

Este resumo visa descrever o funcionamento de uma equipe especializada de cuidados paliativos (ECP) no Programa Melhor em Casa (PMC) da Associação Hospitalar Vila Nova (AHVN) em Porto Alegre/RS. Ao receber as solicitações reguladas pela Secretaria Municipal de Saúde ao PMC-AHVN, faz-se um redirecionamento interno para ECP das solicitações que apresentem CID ou descrição de patologia de etiologia oncológica, independentemente da região territorial. A partir do recebimento das consultorias pela equipe, ocorre contato telefônico entre o médico e o solicitante a fim de elucidar demandas e realizar triagem prévia de critérios de elegibilidade para ECP. Após, é realizada visita domiciliar com avaliação das demandas e classificação em nível assistencial domiciliar. Se o paciente for classificado em AD2 ou AD3, ocorrerá inclusão do paciente no PMC; se houver critérios de elegibilidade para ECP, permanecerá na equipe; se não for elegível, ocorrerá encaminhamento interno para equipe clínica responsável pelo território. Os critérios de elegibilidade da ECP incluem a não possibilidade curativa, a perda de funcionalidade do paciente, a presença de sintomas de difícil controle e/ou o diagnóstico de neoplasias com conhecido curso de progressão acelerado. Para avaliação da funcionalidade, é utilizada a Palliative Performance Scale (PPS). A elegibilidade se baseia na necessidade de equipe especializada com concomitante impossibilidade de acompanhamento em nível ambulatorial. Os pacientes são acompanhados por equipe multiprofissional em nível intermediário de assistência, tendo possibilidade de alta se houver controle de sintomas e/ou melhora funcional, assim como acompanhamento diário na fase ativa de morte e cuidados pós-óbito. O acompanhamento da fase ativa se dá, mais frequentemente, por hipodermóclise contínua em macrogota. A instituição conta com uma repleta diversidade de medicamentos, incluindo acesso fácil a opioides e suas formas de apresentação, assim como com a possibilidade de fornecimento aos pacientes. Este trabalho visa dividir a experiência de uma equipe especializada e exclusiva de cuidados paliativos domiciliares com o intuito de difundir esse modelo e aumentar o número de usuários com acesso a cuidados paliativos pelo SUS.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Atenção domiciliar à saúde. Programa Melhor em Casa.

Cuidados paliativos na pediatria: o olhar de uma equipe multiprofissional no atendimento domiciliar

Autores: Padilha KB, Veppo AA, Rodrigues GO, Souza JR.
Instituição: Associação Hospitalar Vila Nova.
E-mail: kerolynbrum@gmail.com

O presente resumo descreve a experiência da equipe de pediatria do Programa Melhor em Casa (PMC) vinculado ao Serviço de Atenção Domiciliar da Associação Hospitalar Vila Nova, em Porto Alegre, no atendimento a uma paciente em cuidados paliativos (CP). A criança de um mês de vida e seus familiares chegaram ao PMC por meio da solicitação de um hospital de Porto Alegre, com diagnóstico de síndrome de Edwards, após uma visita nesse hospital para discussão de caso entre a equipe e os pais da paciente para melhor entendimento do estado de saúde da criança. A primeira visita domiciliar ocorreu no mês de setembro de 2022, quando foi avaliado que a paciente utilizava oxigenoterapia domiciliar, sonda nasoenteral, dificuldade no ganho ponderal e atraso do desenvolvimento motor. Também foi realizado o acolhimento dos pais, conversando sobre a sua compreensão quanto ao diagnóstico e prognóstico da filha, terapias e acompanhamento do PMC. Foi observada grande angústia de como seria o tratamento e cuidado da paciente agora em casa, pois sempre lhes era explicado que o óbito ocorreria seguido ao nascimento, sem demais explicações sobre possíveis outros desfechos. Já viviam o processo de luto e agora se mostravam inseguros em como oferecer a ela qualidade de vida. Os pais demonstravam medo em sua filha não receber acompanhamento adequado em razão do não entendimento dos profissionais da saúde quanto aos CP em pediatria. Durante o acompanhamento da equipe, foram realizados atendimentos semanais, a fim de acompanhar a transição de cuidados após a alta hospitalar, os quais consistiram em treinamento sobre aspiração de vias aéreas superiores, exercícios motores, como perceber os sinais de desconforto da paciente e manejar intercorrências, além das demais condutas para dar conforto e qualidade de vida. A paciente também recebeu acompanhamento com nutricionista e assistente social, e a família recebeu acompanhamento com psicólogo. A equipe acolheu as demandas dos pais, ouvindo suas dúvidas e angústias, sempre mostrando que poderiam ter e viver a experiência de serem pais de um bebê, independentemente do seu diagnóstico. Após conseguirem se organizar com a nova rotina, estarem treinados sobre os cuidados, com os encaminhamentos para consultas e terapias pela unidade básica de sua referência e principalmente, sentindo-se confiantes, receberam alta do programa em novembro de 2022.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Atenção domiciliar. Pediatria.

O telemonitoramento como ferramenta de otimização do atendimento domiciliar

Autores: Nascimento FGP, Castro ANM, Coelho BS.
Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar de Campo Grande/MS.
E-mail: fran_pego09@hotmail.com

O Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) de Campo Grande/MS teve início em 2017 e, atualmente, opera em 5 das 7 regiões da cidade. Tendo como base as Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMADs) que atuam nas regiões sanitárias do Bandeira, Prosa e Segredo, há uma cobertura mensal de aproximadamente 60 pacientes cadastrados, cujos atendimentos vão dos pacientes de menor complexidade (AD2) aos de internação domiciliar de maior complexidade (AD3). Com o advento da pandemia, que teve seu auge nos anos de 2020 ao final de 2022, os profissionais precisaram adotar ferramentas alternativas de atendimento, como o telemonitoramento. Os pacientes, em sua maioria, possuem doenças crônicas ou se encontram em situação aguda de adoecimento, por vezes com limitações físicas e/ou cognitivas, requerendo, assim, um apoio multiprofissional contínuo, seja presencial, contato telefônico ou ainda via aplicativo de mídia social (aplicativo WhatsApp). Este relato de experiência teve por objetivo identificar o impacto do telemonitoramento como ferramenta de atendimento após a pandemia de Covid-19. Os contatos telefônicos ou via aplicativo se tornaram parte do

atendimento semanal das EMADs, perdurando após a pandemia até janeiro de 2023. Foi possível verificar que o paciente, sua família e cuidador sentiram-se acolhidos pela equipe que se fez presente de forma alternativa, fortalecendo os vínculos equipe-família. Percebeu-se também maior adesão às orientações repassadas, para promover a monitoração do estado de saúde do paciente, a detecção de complicações e a tomada de decisão de modo a atenuar os agravos e evitar novas idas ao pronto atendimento. Foi possível também identificar o fortalecimento da confiança na equipe. Concluímos então que a adesão do telemonitoramento enquanto ferramenta de atendimento possibilitou um melhor relacionamento do paciente e sua família com a equipe multiprofissional e a consequente melhora no cuidado ao otimizar a identificação das dúvidas e necessidades do paciente e sua família. O telemonitoramento tornou-se um meio de auxiliar nas questões clínicas e situações emocionais do paciente, seu cuidador e família junto à equipe e será inserido no protocolo de monitoramento semanal dos pacientes atendidos pelas equipes.
Palavras-chave: Telemonitoramento. Confiança. Serviço de atendimento domiciliar.

O papel da equipe multidisciplinar no domicílio

Autores: Coelho IE, Garcia K.
Instituição: Unidade de Saúde APS Santa Marcelina - equipe EMAD Coordenadoria Regional Leste.
E-mail: izauraeusebio@gmail.com

Identificação: Paciente P.F.D., 1 ano, sexo masculino, raça negra, natural de São Paulo, capital. Histórico clínico: Paciente com encefalopatia por CMV congênito, com episódios de taquiarritmia supraventricular e epilepsia, em acompanhamento com nossa EMAD/EMAP São Carlos-São Miguel desde 10/01/2023 após desospitalização do Hospital Santa Marcelina de Itaquera (primeira desospitalização foi em 15/08/2022 - EMAD/EMAP Vila Regina) sob VM (Trilogy) em modo PC-AC com O2. Paciente estava restrito ao leito, hipoativo e hiporreativo, em uso de traqueostomia de PVC com cuff insuflado nº 5.0, dependendo 24h de BIPAP. Discussão: Foi realizado plano de cuidado compartilhado com cuidadora principal, visando ao matriciamento dos dispositivos, desmame de oxigênio e VMI (realização de desmame lento com folha de forma didática do Trilogy para Bipap e avaliação dos parâmetros por meio de feedback por foto da tela a cada retorno ao Trilogy) e estimulação sensório-motora. Conclusão: Atuação da equipe multidisciplinar neste caso proporcionou a evolução do quadro, pois favoreceu a evolução ponderal no desmame do oxigênio e do Trilogy para Bipap, além de controle de dor e comorbidades. Por intermédio deste estudo, constatou-se a relevância da atuação da equipe multidisciplinar no cuidado individualizado para atender às necessidades do cliente.
Palavras-chave: Plano. Cuidado. Multidisciplinar. Desmame de oxigênio. Desmame de VMI.

Desospitalizações realizadas pelo Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (SAD-HRMS) durante a pandemia de Covid-19

Autores: Barbosa ARC, Ferreira PSC, Moreno FAVC, Duarte HHS.
Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar - Hospital Regional de Mato Grosso do Sul.
E-mail: alexandrarcb@gmail.com

Introdução: O SAD-HRMS é composto por duas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMADs) e duas Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAPs) habilitadas pelo Programa Melhor em Casa, compostas por médicas, enfermeiras, fisioterapeutas, técnicas de enfermagem, psicóloga, assistente social e terapeuta ocupacional. Em março de 2020, a referida instituição foi designada como hospital de referência no município para atendimento de pacientes com diagnóstico de SRAG por Covid-19. Objetivando dar assistência domiciliar aos pacientes já inseridos no serviço, atender às novas demandas e aplicar protocolos de segurança eficazes para pacientes, cuidadores e servidores, realizamos as adequações necessárias e mantive-

mos o serviço em pleno funcionamento, efetuando desospitalização dos pacientes pós-Covid-19 provenientes do HRMS e de outras instituições. Objetivo: Descrever os atendimentos realizados pelo SAD-HRMS em pacientes pós-Covid-19 durante o período pandêmico. Método: Análise de planilha alimentada mensalmente pela gestão do serviço para levantamento de dados dos pacientes atendidos pelo serviço. Resultados: No período de agosto de 2020 a julho de 2022, foram atendidos 48 pacientes pós-Covid-19, sendo 80% provenientes do HRMS e 20% de outros hospitais. Destes pacientes, 39% foram classificados como Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3), sendo as principais indicações de SAD: suporte ventilatório - uso de oxigenoterapia/ventilação mecânica invasiva e não invasiva, 16 pacientes; lesão por pressão, 24 pacientes; sequela neurológica por encefalopatia hipóxica pós-parada cardiorrespiratória, 8 pacientes. Quanto ao desfecho, tivemos: alta clínica, 32 pacientes; reinternação, 4 pacientes; óbito, 3 pacientes; alta administrativa, 3 pacientes; continuam em atendimento pelo SAD, 6 pacientes. Altas clínicas foram contrarreferenciadas para CER/APAE para reabilitação pós-Covid-19 e ambulatório pós-Covid-19. Conclusões: A adesão a protocolos foi essencial para o sucesso nos atendimentos durante a pandemia de Covid-19, mantendo o serviço atuante durante todo o período, sem riscos para usuários e equipe, e atuando na desospitalização segura e precoce, reabilitação, promoção à saúde e paliação dos usuários.
Palavras-chave: Atenção domiciliar. Desospitalização. Covid-19.

Cuidados paliativos-óbito no domicílio

Autores: Coelho IE, Nascimento TO, Santos LFP, Rodrigues CAA, Martins CB, Loll DP.
Instituição: Unidade de Saúde APS Santa Marcelina - equipe EMAD Coordenadoria Regional Leste.
E-mail: izauraeusebio@gmail.com

Identificação: P.N.N., sexo feminino, 36 anos, do lar, três filhos, ensino médio completo. Histórico clínico: Paciente portadora de câncer de mama, metastático (ósseo, pulmonar e cerebral), incluída em nossa EMAD/EMAP com o objetivo de manejar os cuidados paliativos. Em nosso plano de cuidado, propomos o óbito domiciliar tutelado. Paciente veio a falecer no domicílio. Discussão: Alinhado com a paciente e a família, o plano de cuidado consta com uma diretiva antecipada de vida, controle da dor e outros sintomas, assistência no gerenciamento de medicamentos, apoio emocional e assistência prática em tarefas diárias, como banho e alimentação. A escolha da paciente foi morrer em seu domicílio, com conforto e cercada por seus entes queridos. A equipe acompanhou diariamente a paciente e seus familiares, de forma a receber a melhor assistência. Realizamos controle de dor, morfina 20 mg/24h por hipodermóclise, conforto respiratório, cateter nasal com 3 L/minuto de oxigênio. Conclusão: Paciente e seus familiares receberam nossa assistência com qualidade, permitindo e garantindo suas escolhas, como óbito no domicílio.
Palavras-chave: Cuidados paliativos. Óbito no domicílio. Controle de dor.

Programa Melhor em Casa: a importância da participação da família e sua relação com a equipe multidisciplinar na Atenção Domiciliar

Autores: Nascimento FGP, Castro AMM, Coelho BS, Mandetta MA.
Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar de Campo Grande/MS.
E-mail: fran_pego09@hotmail.com

O Serviço de Atenção Domiciliar é o cuidado ofertado no domicílio, tornando o usuário e sua família parte importante do processo de recuperação da saúde. A Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, traz em seu artigo 4, item IV, que é preciso estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do(s) cuidador(es). Este é um relato de experiência da participação da família e sua relação com a equipe no cuidado ao usuário na Atenção Domiciliar em Campo Grande-MS. O Programa Melhor em Casa abrange

o momento da alta hospitalar com a continuidade dos cuidados para o domicílio, sendo, ao mesmo tempo, um momento de alegria pela alta e de angústia pelas limitações e sobrecarga de cuidados. Esses sentimentos e inseguranças podem ser atenuados com o suporte e orientação dados pela Equipe Multidisciplinar de Atendimento Domiciliar (EMAD). Durante a experiência de atendimentos, a equipe percebeu que fatores como a infraestrutura do domicílio, a dinâmica familiar e a situação social acabam influenciando o processo do cuidado. Diante disso, é importante que os profissionais sejam capazes de perceber essas limitações e potencialidades que cada família possui e integre essas necessidades no seu plano de cuidados. Geralmente é designado um membro da família para ser a referência da equipe para facilitar a comunicação e evitar informações incompletas. A equipe desse serviço realiza orientações para todos no momento dos atendimentos, estando presente o cuidador de referência ou não. Por meio de reuniões com os familiares envolvidos no cuidado, é possível resolver intercorrências, reafirmar os pactos e esclarecer dúvidas. É preciso ampliar o olhar do cuidado para além da pessoa doente, pois se sabe que a situação de adoecimento, seja ela crônica ou aguda, impacta de forma direta ou indireta todos os membros da família. O envolvimento compartilhado e a corresponsabilização da família contribuem para a qualificação do cuidado, permitindo definir os problemas e buscar possíveis soluções. Notou-se, porém, que nem todos os profissionais se sentem aptos a assistir a família nessas dimensões. Algumas dificuldades percebidas foram: falta de empatia pela família, dificuldade na comunicação, falta de adesão aos cuidados e divergências culturais. Quando isso ocorre, podem ser gerados grandes impactos no desempenho do cuidado e qualidade do restabelecimento da saúde.
Palavras-chave: Cuidadores. Programa Melhor em Casa. Vínculo terapêutico. Família.

Hidratação do paciente atendido no domicílio

Autores: Gonçalves JK, Marmontel TLM, Gabriel DMM, Guimenes GFLO, Aragão VDN.
Instituição: Serviço de Atendimento Unimed Domiciliar (Unimed Bauru).
E-mail: jeannekgoncalves@gmail.com

Introdução: O cálculo de hidratação considera patologias de base, idade e peso do paciente. A estimativa considera 30 ml/kg/dia para adultos e 25 ml/kg/dia para idosos sem restrição hídrica. Para prescrição da hidratação via enteral, é descontado o volume de dieta enteral administrada no dia. Objetivo: Abordar a hidratação via gastrostomia em três pacientes atendidos no domicílio. Metodologia: I.S.D.S., 58 anos, gênero masculino, com acidente vascular encefálico (AVE), hipertensão e constipação intestinal, apresentando necessidade hídrica de 1.860 ml/dia. I.M.B., 70 anos, gênero feminino, com demência frontal, diabetes, hipertensão arterial, hiponatremia crônica e constipação intestinal, apresentando necessidade hídrica de 1.350 ml/dia. C.N.P., 81 anos, gênero feminino, com AVE e necessidade hídrica de 1.300 ml/dia. Os três pacientes utilizavam nutrição exclusiva por gastrostomia e foram acompanhados durante três anos. Discussão: Quando I.S.D.S. iniciou dieta por via alternativa, foram prescritos 1.250 ml de dieta industrializada hipercalórica 1.5 e 610 ml/dia de hidratação, e o paciente apresentou diurese concentrada, boca seca com saliva, secreção oral espessa e piora da constipação, resultando em dificuldade na deglutição de saliva, remoção de secreção oral, distensão e dor abdominal. Posteriormente no domicílio, a hidratação foi aumentada para 1.500 ml/dia com melhora de todas as queixas e sem complicação associada. Já a paciente I.M.B. apresentava quadro crônico de hiponatremia e estava em uso de 1.000 ml/dia de dieta industrializada normocalórica 1.2 para controle glicêmico + 1 litro/dia de hidratação. Após a substituição total da hidratação por soro industrializado com 3,5 g de sódio e 20 g de sacarose, a paciente não apresentou mais sintomas de hiponatremia, não precisou mais de reposição de sódio via endovenosa e não apresentou nenhuma complicação, inclusive com relação à glicemia. Por sua vez, C.N.P. teve alta em tratamento de infecção do trato urinário (ITU) com 1.000 ml de dieta industrializada hipercalórica 1.5 e 800 ml/dia de hidratação, apresentando diurese concentrada e sinais de desidratação. No domicílio, foram prescritos 1.250 ml de hidratação com normalização da diurese, hidratação e melhora do tratamento da ITU. Conclusão: A hidratação no domicílio deve ser planejada individualmente, considerando as patologias do paciente e particularidades do atendimento no domicílio, visando ao bem-estar e estabilidade do paciente.
Palavras-chave: Hidratação. Atendimento domiciliar. Hiponatremia. Desidratação.

Estado nutricional de pacientes em assistência domiciliar – estudo ENUPAD

Autores: Van Aanholt DPJ, Pelissari MTM, Segadilha NLAL, Prim CR, Gonçalves TJM, Ciosak SI.
Instituição: Comitê de AD da Braspen.
E-mail: deaanholt@gmail.com

Introdução: A Atenção Domiciliar (AD) é hoje uma realidade no setor de saúde e tem um crescimento exponencial, seja no Programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde, seja na saúde suplementar com empresas de home care. A desnutrição não está presente apenas na unidade hospitalar; acredita-se que na AD também tenha um número expressivo de pacientes desnutridos, porém são poucos os dados desta realidade, surgindo a necessidade deste projeto. Objetivo: Verificar entre os profissionais nutricionistas atuantes na AD quem são os usuários e a incidência de desnutrição destes que recebem visita desse profissional em casa. Metodologia: Foi realizado um questionário por meio do Google Forms com 12 perguntas fechadas e direcionadas a profissionais nutricionistas tanto do setor público de saúde como da saúde suplementar. Resultados: 95 profissionais se disponibilizaram a responder ao questionário. Destes, 39% já atuavam na AD por mais de 5 anos e 68% atuavam no setor público, no Programa Melhor em Casa. O número de pacientes visitados pelos profissionais variou bastante, com uma tendência de visita em torno de 30 pacientes ao mês, e 68% referiram que as visitas eram para pacientes em terapia nutricional enteral domiciliar (TNED). Dos pacientes visitados nos últimos 30 dias, 74% dos nutricionistas conseguiram realizar a transição da TNED para via oral em apenas 5% ou menos destes pacientes. Considerando o percentual de pacientes que estavam desnutridos, 43% dos respondentes relataram que, no último mês de visita, mais de 40% dos pacientes apresentavam algum grau de desnutrição e 16% informaram que este percentual era superior a 60% dos pacientes visitados, o que pode refletir uma alta incidência de desnutrição na AD. A maioria dos nutricionistas (61%) realizava antropometria como método de avaliação nutricional e ainda havia profissionais (quatro respondentes) que não conseguiram registrar o resultado em prontuário após suas visitas, sugerindo que, por meio de uma análise em prontuário, não se detecta quais pacientes estão desnutridos. Conclusão: Ainda são tímidos os dados sobre o estado nutricional em AD, bem como protocolos de como deve ser o atendimento aos usuários com cuidados domiciliares e detectar precocemente aqueles em risco nutricional. Neste trabalho, há indícios de alta incidência de desnutrição. Os registros em prontuário podem permitir realização de pesquisa sobre o tema, mas precisam de padronização nas evoluções.
Palavras-chave: Serviços de assistência domiciliar. Assistência domiciliar. Alta do paciente. Nutrição enteral domiciliar.

Hipodermóclise: um método antigo para um novo olhar de cuidado

Autor: Griebele NCG.
Instituição: Prefeitura Municipal de Blumenau / Secretaria Municipal de Saúde / Serviço de Atenção Domiciliar de Blumenau.
E-mail: natycgomez@yahoo.com.br | sadcoordenacao@blumenau.sc.gov.br

O perfil dos pacientes do Serviço de Atenção Domiciliar de Blumenau vem passando por adequações desde a implantação do Programa Melhor em Casa até os dias atuais. A demanda que mais cresce em nosso município é o paciente em cuidados paliativos e as desospitalizações para antibioticoterapia em domicílio. Observamos que, muitas vezes, a via endovenosa encontra-se prejudicada ou até mesmo indisponível para administração de medicamentos e fluidos. Surge então a necessidade de verificar alternativas para os casos em que a via oral ou a via endovenosa apresentem restrições. Nestes casos, a via subcutânea destaca-se como alternativa. A hipodermóclise diz respeito, basicamente, à infusão contínua, de maneira lenta, de fluidos no tecido subcutâneo, tendo como objetivo a reposição hídrica ou administração de medicamentos. Este estudo objetiva relatar as abordagens educacionais aplicadas relativas à hipodermóclise para a equipe médica e de enfermagem do SAD. Trata-se do relato da experiência da aplicação de um plano educacional de capacitação para a equipe médica e de enfermagem acerca da utilização correta da via subcutânea, realizado pela enfermeira do Serviço de Atenção Domiciliar de Blumenau-SC, tendo como uso a terapia subcutânea para o controle de sintomas em pacientes

que se encontram em cuidados paliativos e/ou pacientes com fragilidade relacionada ao acesso venoso periférico atendidos em domicílio. Após esta abordagem, observamos melhor aceitação da via subcutânea para infusão de fluidos e medicamentos. Percebemos que há uma constante necessidade de discutir o uso da terapia subcutânea, seus benefícios, riscos e a técnica propriamente dita. A atuação do enfermeiro neste momento é imprescindível, uma vez que estará interferindo no processo educativo dos profissionais técnicos e para o estímulo do cuidado da família, o que certamente é uma atitude fundamental para a eficácia de todo o tratamento.
Palavras-chave: Terapia. Subcutâneo. Paliativos.

Avaliação do aprendizado em pós-graduação na Gestão do Atendimento Domiciliar

Autores: Curcino Junior UA, Pereira HR, Almeida RA.
Instituição: SAD São Pedro da Aldeia/RJ.
E-mail: jrcurcino@gmail.com

Introdução: É notório o aumento da demanda pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em todo o país por causa do crescimento populacional e do adoecimento daqueles que não encontram recursos suficientes para o cuidado primário à saúde, fazendo com que hospitais e UPAs se encontrem, a cada dia, mais superlotados. É necessário munir os profissionais de conhecimento sobre o tratamento em casa como um meio de desafogar esses dispositivos e possibilitar a tão sonhada humanização no tratamento à saúde de pacientes com segurança e no conforto de seus lares. O curso de pós-graduação em Gestão do Atendimento Domiciliar foi elaborado justamente para qualificar profissionais e instrumentalizá-los a partir de uma fundamentação teórica/técnica para o exercício da gestão do SAD. Objetivo: Comparar o nível de segurança e conhecimento, teórico e prático, dos profissionais para a realização de atividades inerentes ao Serviço de Atenção Domiciliar, anterior e posterior à realização da pós-graduação em Gestão do Atendimento Domiciliar. Metodologia: Os dados foram coletados ao término da pós-graduação por meio de um questionário aplicado pelo Google Forms aos alunos aprovados. Foram realizados quatro questionamentos contemplando o nível de segurança teórica e prática de realização de atividades inerentes ao SAD no âmbito de "admissões e altas" e "coordenação, gestão e gerência", no período anterior e posterior à realização da pós-graduação. Resultados: Dos 44 alunos que participaram da pesquisa, referente ao nível de segurança para o tema "admissões e altas" no SAD, antes do início da pós-graduação, a maioria respondeu se sentir inseguro (70,5%) e a minoria respondeu se sentir muito inseguro (11,4%) e seguro (18,2%). Para o mesmo tema, após a finalização da pós-graduação, a maioria respondeu se sentir segura (93,2%) contra uma minoria que ainda se sentia muito insegura (4,5%) e insegura (2,3%). Já referente ao tema "coordenação, gestão e gerência" do SAD, antes do início da pós-graduação, a maioria respondeu se sentir insegura (47,7%), e a outra metade se sentia muito insegura (27,3%) e segura (25%). Após a finalização da pós-graduação, a maioria respondeu se sentir segura (95,5%) contra uma minoria que ainda se sentia muito insegura (2,3%) e insegura (2,3%). Conclusão: A pós-graduação inverteu significativamente o cenário de inseguranças na realização de atividades essenciais ao funcionamento da Atenção Domiciliar para um perfil de segurança e capacitação.
Palavras-chave: Atenção domiciliar. Atendimento domiciliar. Melhor em Casa. Pós-graduação. Gestão em saúde.

DPOC e hipercapnia: evolução gasométrica após indicação de VNI em pacientes com oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP)

Autores: Corrêa TS, Almeida AECG, Chaul DN, Vidigal LHG.
Instituição: Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.
E-mail: thayanne.correa@ebserh.gov.br

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) acomete o sistema respiratório por meio da resposta inflamatória a toxinas inalatórias, obstruindo o fluxo de ar, levando o indivíduo a um quadro de hipoxemia, com des-

truição variável (a depender dos espectros bronquítico, enfisematoso ou misto) dos alvéolos, capilares perialveolares e tecido pulmonar, prejudicando a troca gasosa. A ODP é um tratamento auxiliar indicado para manter a saturação de oxigênio em níveis adequados, melhorando a qualidade de vida do paciente, reduzindo a morbimortalidade e internações por agravos da doença. Uma condição clínica que pode acompanhar o portador de DPOC é a hipercapnia (PaCO2 > 45 mmHg), causada pela retenção crônica de dióxido de carbono, levando à acidose respiratória por incapacidade de liberar uma quantidade suficiente de CO2 na expiração. A ventilação não invasiva (VNI) pode ser utilizada como tratamento, pois pacientes com hipercapnia associada à hipoxemia se beneficiam do uso da PEEP acrescido de pressão de suporte. Para tanto, o Melhor em Casa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, fornece o ventilador mecânico binível para a terapia ventilatória, a qual, nesses pacientes, é direcionada sobretudo para reverter a hipercapnia a níveis basais. Nosso serviço conta com equipe multiprofissional que mantém o acompanhamento regular com consultas, solicitação de exames laboratoriais e telemonitoramento ventilatório, garantindo melhor a condução do quadro. Assiste, atualmente, 12 pacientes com DPOC que fazem uso de ODP e VNI intermitente. Observou-se, na rotina do serviço, uma média de valores gasométricos de PaCO2 de 64,27 mmHg, apontando a necessidade da indicação da VNI. Após a instalação do equipamento, associada à boa adesão por período mínimo de quatro meses, houve redução significativa da PaCO2, com média de 50,82 mmHg. Isso demonstra a importância do serviço domiciliar no acompanhamento e monitorização desses pacientes, com condições de tratamento que forneçam uma melhora substancial na sobrevida, culminando em baixas taxas de internação hospitalar.

Palavras-chave: DPOC. Hipercapnia. Ventilação mecânica não invasiva.

Programa Melhor em Casa: desafios enfrentados no atendimento do paciente durante a pandemia de Covid-19

Autores: Silva TC, Silva SRE, Pereira WA, Bertolazzi N.
Instituição: Instituto Nacional de Tecnologia em Saúde (INTS).
E-mail: thabatera@hotmail.com

Introdução: A Covid-19 gerou diversas alterações sociais, principalmente no setor de saúde. Em razão das características patológicas, notou-se grande mudança para o atendimento das famílias em relação aos seus anseios e expectativas desconhecidas sobre a doença. Com a pandemia, os hospitais encontravam-se em colapso por superlotação e, muitas vezes, internações prolongadas de pacientes que estavam em situação de estabilidade clínica, tornando-se, assim, uma questão de preocupação para a saúde pública. Tornou-se notória a atuação de serviços que promoviam a desospitalização do paciente de forma segura de acordo com as condições clínicas específicas, como já é visto no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), com otimização da alta hospitalar, redução do risco de infecções hospitalares e até mesmo novas internações por meio do manejo e capacitação para continuidade do cuidado em domicílio. Objetivo: Demonstrar a vivência do Programa Melhor em Casa na região de Santo Amaro e Cidade Ademar no período de pandemia de Covid-19 e os desafios enfrentados pelos profissionais neste novo cenário. Método: Relato de experiência realizado no SAD, na região de Santo Amaro e Cidade Ademar, por meio do Programa Melhor em Casa (criado pelo Governo Federal, que tem o objetivo de realizar a assistência domiciliar no SUS), no período de junho de 2020 a junho de 2021, sendo utilizado método de intervenção no SAD com mudança de protocolos, enfocando na segurança do paciente, cuidador e equipe de saúde, além de efetuar parceria com hospitais de referência para promoção à desospitalização segura e conscientização do cuidador na assistência ao paciente. Resultado: O SAD concentrou seus esforços em promover atendimento seguro às famílias e manter a qualidade na assistência; assim, utilizou a inclusão de teleatendimentos com escuta ativa e comunicação acolhedora para manter o acompanhamento, mesmo que à distância. Além disso, trouxe como recurso majoritário a promoção à desospitalização precoce e segura, como apoio a hospitais de referência. Nas residências, trabalhou-se a conscientização das famílias quanto à necessidade do cuidado e manutenção do atendimento do paciente sob todos os requisitos de segurança, além da capacitação dos cuidadores, minimizando, assim, as reinternações por falta de manejo adequado. Conclusão: O Programa Melhor em Casa enfrentou grandes desafios para o

atendimento do paciente no período de pandemia, no entanto conseguimos identificar as potencialidades do serviço por meio de mudanças de protocolos e atendimento qualificado, permanecendo em constante atualização junto ao cenário mundial. Contudo, vemos a necessidade de estudos aprofundados sobre este tema e que corroborem a nossa vivência profissional.
Palavras-chave: Síndrome pós-Covid-19 aguda. Atenção domiciliar à saúde. Pandemia. Serviços de assistência domiciliar.

Terapia fotodinâmica (TFD) em lesões por pressão no Programa Melhor em Casa: uma realidade possível no SUS

Autores: Silva TC, Bertolazzi N, Silva SER.
Instituição: Instituto Nacional de Tecnologia em Saúde (INTS).
E-mail: thabatera@hotmail.com

A lesão por pressão (LP) é descrita como um dano à pele e/ou tecidos moles subjacentes, que pode romper ou desenvolver em tecido intacto e comumente está atrelada ao dano sobre proeminências ósseas ou associada ao uso de artefatos ou dispositivos médicos que exerçam pressão local. A laserterapia de baixa potência promove cicatrização nos tecidos pelo estímulo à microcirculação, com proliferação de células fibroblásticas, colágeno e angiogênese, sendo então utilizada no tratamento de lesões. A terapia fotodinâmica (TFD) é uma técnica que, pela associação da luz com o oxigênio e a droga fotossensibilizadora, gera a destruição tecidual e tem efeito antimicrobiano. Objetivo: Relatar a experiência do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) por meio do Programa Melhor em Casa, com o uso da terapia fotodinâmica e laserterapia associadas aos tratamentos convencionais em lesões por pressão infectadas em estadiamento 3 e 4. Método: Relato de experiência realizado no SAD, na região de Santo Amaro e Cidade Ademar, por intermédio do Programa Melhor em Casa (criado pelo Governo Federal, que tem o objetivo de realizar a assistência domiciliar no SUS), em lesões infectadas, com aplicação de laserterapia e TFD por enfermeiros habilitados em pacientes com lesões de estadiamento 3 e 4 com a associação a coberturas adjuvantes. Resultado: Verificamos que, com a aplicação da laserterapia no SAD associada a coberturas convencionais, houve reparo tecidual, bem como redução de carga microbiana em lesões infectadas, otimizando, assim, a cicatrização de lesões em menor tempo, com melhora funcional do paciente e de sua qualidade de vida, principalmente no âmbito domiciliar, onde há interferências como higiene, periodicidade na troca do curativo e cuidador apto a auxiliar no tratamento. Conclusão: A laserterapia e TFD associadas a curativos convencionais em lesões infectadas trazem benefícios ao paciente domiciliado, como a otimização de tempo e melhor custo efetividade em relação ao uso de curativos convencionais, melhor qualidade de vida ao paciente e menor sobrecarga de trabalho ao cuidador. Ressaltamos a necessidade de estudos mais aprofundados nessa temática.
Palavras-chave: Terapia fotodinâmica. Lesão por pressão. Atenção primária.

Experiência do colaborador de Atenção Domiciliar: Programa "Ser KZT"

Autores: Santana P, Couto PAM, Leguizamon MAR, Ribeiro RCM, Silva GR.
Instituição: KZT Atenção Médica Domiciliar.
E-mail: enfpatriciasantana@kzt.com.br

Introdução: O Programa "Ser KZT" foi idealizado para enfrentar a escassez de profissionais qualificados no mercado de Atenção Domiciliar, causada, em parte, pela ideação dos profissionais que acreditavam não contar com o suporte da empresa ao atuar em domicílios, bem como capacitar os colaboradores no início de suas carreiras. A KZT analisou essa situação e buscou soluções para melhorar o processo de admissão de novos pacientes e clientes. Método: A KZT firmou parceria com uma escola de formação de técnicos e au-

xiliares de enfermagem, pois essa categoria compõe 81,5% do quadro de colaboradores da empresa. A KZT promove aulas introdutórias sobre Atenção Domiciliar, aplica provas de enquadramento técnico e registra os candidatos aprovados no banco de talentos. Após obterem o registro no conselho de classe, os profissionais são capacitados segundo as rotinas e boas práticas assistenciais da empresa, passando por simulações realísticas e orientação in loco, com aplicação de casos clínicos para ajudar a contextualizar a teoria na prática deles. A KZT oferece acompanhamento 24h gerenciado por enfermeiros e suporte técnico, via telefone ou presencial, a todos envolvidos. Além disso, a empresa proporciona o "Curso de Alta Performance" para aperfeiçoar os conhecimentos técnicos dos profissionais, com atualização semestral e avaliação de desempenho mensal. Os principais protocolos abordados incluem admissão de novos pacientes, segurança do paciente, gerenciamento de risco e intercorrência clínica. Resultados: A KZT implementou a Plataforma de Educação Permanente, visando ampliar o acesso ao aprendizado online. Ainda, a empresa utiliza a ferramenta PDCA para melhorar constantemente seus processos, oferece à equipe multiprofissional e demais colaboradores apoio psicológico ambulatorial e promove a "Roda de Conversa", em consonância com o Programa "Cuidando de Quem Cuida", com ações voltadas à qualidade de vida e saúde mental, prevenção de suicídios e enfrentamento de situações especiais de violência ou assédio. Conclusão: Os resultados obtidos com o Programa "Ser KZT" incluem melhoria na prestação de serviços, maior confiabilidade na empresa, estímulo à aprendizagem contínua e melhoria na qualidade de vida dos colaboradores, pacientes e clientes.

Palavras-chave: Atenção domiciliar. Capacitação. Melhoria.

Análise interdisciplinar de um processo de terminalidade e cuidados paliativos realizados por uma equipe do Melhor em Casa

Autores: Curcino Junior UA, Almeida RA, Pereira HR.
Instituição: SAD São Pedro da Aldeia/RJ.
E-mail: jrcurcino@gmail.com

Introdução: Muitos estudos relatam um olhar técnico e profissional das equipes que trabalham com pacientes paliativos, abordando, por exemplo, técnicas executadas para alívio da dor. Ao observarmos os últimos relatos de um paciente em câncer terminal, com metástase, acompanhado por uma equipe do Melhor em Casa, podemos refletir acerca de seus últimos sentimentos, sonhos, expectativas e frustrações. Buscamos, assim, ampliar a visão técnica, ao analisar o olhar de um paciente em seus últimos momentos de vida, sua relação com o mundo, com a sociedade, família, espiritualidade e consigo mesmo. Objetivos: Realizar uma reflexão sobre a qualidade da vida no processo de terminalidade e sua interação com os cuidados paliativos; mostrar a visão da doença pelo olhar do paciente em estado terminal, identificando seus últimos desejos e arrependimentos; estabelecer condutas que contribuam para sua qualidade de morte, utilizando métodos como escuta humanizada. Metodologia: Foi realizada uma entrevista com um paciente em estado terminal, com olhar humanizado, incentivando-o a falar de suas dores, expectativas e até sonhos, deixando que ele se manifestasse quanto aos seus sentimentos mais íntimos, suas alegrias e tristezas, conquistas e frustrações, últimas questões vividas, bem como sua perspectiva futura de vida, qualidade da sua morte e sua última vontade. Foi coletada também a visão dos familiares e da equipe que realizou o atendimento. E, posteriormente, foi realizada uma análise interdisciplinar dos dados coletados. Resultados: O paciente assistido desejou morrer em casa junto aos seus amores, ressaltando a frase: "A vida é um sopro e não vale a pena tantos soluços". Nós, profissionais da saúde, sempre olhamos tecnicamente, pensando na dose da medicação para amenizar a dor, na fisioterapia para melhora e conforto, e em suplementos alimentares. A esse olhar técnico devemos somar o olhar do doente. A qualidade de morte também é influenciada por fatores culturais. Em algumas culturas, a morte é vista como um processo natural e celebrado como uma transição para outra vida; em outras, trata-se de um tabu e evitada a todo custo. É importante levar em consideração as crenças e valores do paciente e de sua família. Ainda existem muitos desafios a serem enfrentados, como a falta de acesso a cuidados paliativos em muitas partes do mundo, bem como a falta de treinamento adequado para profissionais de saúde em cuidados paliativos. Conclusão: Ao paciente é ga-

rantida a melhor técnica na assistência multiprofissional. Entretanto, é importante frisar que seus desejos e necessidades podem ir além da área técnica. A qualidade de morte afeta paciente e seus entes queridos, e é no seio da família que muitas vezes manifestamos os nossos últimos desejos. Devemos, então, fornecer abertura e apoio emocional durante todo o processo, do diagnóstico até o luto.
Palavras-chave: Cuidados paliativos. Melhor em Casa. Humanização. Qualidade de morte.

Utilização de tecnologias para fomentar a segurança do paciente

Autores: Santana P, Ribeiro RCM, Couto PAM, Leguizamon MAR, Santana PAS.
Instituição: KZT Atenção Médica Domiciliar.
E-mail: enfpatriciasantana@kzt.com.br

Introdução: Prezando pela qualidade e segurança dos seus serviços, bem como respeitando as diretrizes de uma empresa certificada nível 3 pela metodologia ONA, a KZT adotou as seis metas internacionais para segurança do paciente, incorporando tecnologias para fomentar as boas práticas. Método: Após elaboração e implantação dos protocolos de segurança do paciente na instituição, foram adotadas as seis metas internacionais de segurança do paciente e utilizadas ferramentas tecnológicas para auxiliar na adoção dessas diretrizes. As tecnologias implementadas em cada meta foram avaliadas quanto à sua efetividade na melhoria da segurança do paciente e na qualidade dos cuidados prestados. Resultado: A aplicação de tecnologias em cada uma das metas demonstrou resultados promissores. A implementação de um sistema de prontuário eletrônico contribuiu para a identificação correta do paciente, pois todos os documentos são emitidos com nome completo e data de nascimento (Meta 1 – Identificação correta). Ocorreu um fortalecimento da comunicação (Meta 2) com a adoção de ferramenta Monday para integrar a gestão de informação da instituição com todas as áreas, a informatização da passagem de plantão, a adoção do WhatsApp como ferramenta de trabalho para fácil acesso às equipes do domicílio e familiares. A aquisição de uma máquina nitarizadora e o controle digital de prazos de validade e psicotrópicos garantiram o uso seguro de medicamentos (Meta 3). O controle digital e automático das datas de troca de dispositivos invasivos aumentou a segurança dos procedimentos (Meta 4), bem como a estruturação do histórico de marcas e tamanhos utilizados por paciente para necessidades futuras. A informatização do estudo de perfil de sensibilidade da instituição, do histórico de prescrição de antimicrobianos e resultados de culturas promoveu melhor desempenho técnico no controle de infecções (Meta 5). A adesão aos controles digitais das evoluções de lesões e tratamentos e a disponibilização de informativos digitais e de treinamentos online contribuíram para a prevenção de lesões e quedas (Meta 6). Conclusão: A utilização de tecnologias na Atenção Domiciliar é uma estratégia promissora para alcançar as seis metas internacionais de segurança do paciente. Investimentos em inovação, pesquisa e treinamento de profissionais são fundamentais para maximizar os benefícios dessas tecnologias e garantir a qualidade e efetividade dos cuidados prestados.
Palavras-chave: Qualidade e segurança. Segurança do paciente. Tecnologias. Boas práticas.

SAD estadual: caminhos abertos pela pandemia de Covid-19

Autores: Ferreira HM, Oliveira Júnior PC, Oliveira AC, Correa TS, Almeida AEG.
Instituição: Unidade de Atenção Domiciliar e dos Cuidados Paliativos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (UADCP-HC-UFU).
E-mail: hyster.martins@gmail.com

O Serviço de Atenção Domiciliar Estadual (SAD-E) foi implantado pela Unidade de Atenção Domiciliar e dos Cuidados Paliativos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (UADCP-HC-UFU) no ano 2021, com incentivo financeiro da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Pensando no

atendimento a uma demanda crescente por leitos hospitalares no município de Uberlândia, necessidade de ampliação de acesso e maior giro de leitos hospitalares, fez-se necessário o fortalecimento da continuidade dos cuidados no domicílio. O HC-UFU é referência de cobertura de saúde do Triângulo Norte, para mais de 1.100.000 habitantes, em 27 municípios. Os objetivos do SAD-E, além do enfrentamento da pandemia de Covid-19, com desospitalização de quadros mais leves passíveis de serem tratados no domicílio, foi auxiliar 11 desses municípios não contemplados com o Programa Melhor em Casa por meio de matriciamento de cuidados aos casos complexos e treinamento das equipes de atenção primária. A equipe multiprofissional do Melhor em Casa da UADCP-HC-UFU, em um período de um ano (abril 2022 a abril 2023), realizou assistência a 18 pacientes de municípios vizinhos, sendo 55 atendimentos domiciliares, 11 reuniões para discussão de casos entre equipe do município de origem e município-sede (HC-UFU) e um encontro de gestores municipais de saúde e coordenadores de equipes de atenção básica, contando com a participação de 40 representantes das cidades vizinhas. Conclusão: As ações do SAD-E pela equipe do Melhor em Casa do HC-UFU foram relevantes para os pacientes, familiares e equipe assistencial dos municípios contemplados. O serviço planejado para atender a uma demanda específica de Covid-19 demonstrou ser uma estratégia importante e eficaz para assistência a pacientes em outros municípios, por meio de atendimento presencial, teleatendimento, telemonitoramento, teleconsulta ou matriciamento dos cuidados, conforme a necessidade individual, em municípios menores que não são contemplados com Programa Melhor em Casa do governo federal, mostrando, assim, a abertura de novos caminhos e possibilidades entre os serviços de saúde e ampliação na Atenção Domiciliar.
Palavras-chave: Atenção domiciliar. Covid-19. Equipe multiprofissional.

O modelo de comunicação essencial no acolhimento da assistência domiciliar

Autores: Rossi P, Alves FH, Oliveira Jr IA, Viana ES.
Instituição: HMVJS - SPDM.
E-mail: drapaularossi@gmail.com

"Programa Melhor em Casa, boa tarde! – Oi, preciso de uma ajuda, meu marido é atendido por vocês e ele não está bem, você pode me ajudar?... não sei o que fazer, está piorando, não responde quando chamo, percebo que está quieto demais..." (Atendimento ao cuidador do Paciente L.C.A.). O diálogo relatado é da cuidadora do paciente L.C.A, em atendimento telefônico durante uma fragilidade diante do quadro de agravo do paciente. O modelo implementado teve impacto significativo no tempo e na qualidade de resposta às intercorrências e se chama "comunicação essencial" ao seguir cinco passos essenciais de gerenciamento da informação. São eles: 1) Gestão dos pacientes à vista - anexo ao quadro de avisos em frente à central telefônica onde, de pronto, é possível visualizar os dados principais e urgentes dos pacientes, como linha de cuidados ao qual pertence; médico e enfermeiro de referência; endereço; principal HD; cuidador principal; 2) Perguntas efetivas - otimizar o entendimento do relatado de maneira concisa e adequada é o primeiro passo para o sucesso do atendimento todo, e para isso utilizamos um roteiro (anamnese dirigida), como dor e qual região? Intensidade? Urinou? Fezes? Última alimentação? Ingeriu líquidos? Fez uso de medicação conforme prescrito? Qual foi o horário da última? Qual iniciou o desconforto?; 3) Filtro de suporte - o gerenciamento do tempo para a aplicação dos cinco passos, bem como o roteiro de perguntas e a ação desencadeada, é um dos fatores de sucesso no processo. E, quando necessário, o desencadeamento da visita de resgate se dá pela equipe que se encontra mais próxima ao endereço do paciente, identificada por meio de grupo de demanda em aplicativo de mensagem instantânea; 4) Orientações de urgência (sinais de alarme) – Saturação; febre; diarreia; vômitos; alterações cognitivas/responsividade (confusão, agitação, sonolência, não responsivo); pressão arterial; suspensão de medicações até reavaliação; 5) Finalizando acolhimento - um atendimento efetivo não significa resolução imediata ou desfecho esperado, mas pretende acolher e sustentar o tripé do cuidado compartilhado no domicílio (paciente-cuidador-equipe). Considerações finais: Nenhum acolhimento será eficaz se as etapas dos processos não forem seguidas, passo a passo, com empatia e levando em consideração as informações associadas ao possível comprometimento emocional exposto pelo cuidador.
Palavras-chave: Comunicação. Gestão à vista. Resgate.

Indicação precoce e telemonitoramento de ventilação não invasiva em pacientes com doenças neuromusculares: um estudo prospectivo da Unidade de Atenção Domiciliar e dos Cuidados Paliativos da Universidade Federal de Uberlândia*

Autores: Almeida AECG, Almeida ISG, Correa TS, Rosa MFP, Silva WNT, Santos DF.
Instituição: Universidade Federal de Uberlândia.
E-mail: anaecga@gmail.com

Introdução: As doenças neuromusculares (DNM) afetam o sistema nervoso periférico, sendo a insuficiência respiratória a principal causa de óbito. O uso de ventilação não invasiva (VNI) reduz a sintomatologia e melhora a qualidade e a expectativa de vida. Objetivo: Avaliar a indicação precoce e os efeitos da VNI e do telemonitoramento ventilatório de pacientes portadores de DNM em acompanhamento pela Unidade de Atenção Domiciliar e dos Cuidados Paliativos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU). Metodologia: Trata-se de um estudo prospectivo em pacientes com DNM. Foram divididos em dois grupos, mediante avaliação da Capacidade Vital Forçada (CVF) na espirometria: indicação precoce, considerando CVF > 70% do valor predito e algum sintoma respiratório; e indicação tardia, CVF < 70% do previsto. Os pacientes foram acompanhados regularmente com telemonitoramento ventilatório semanal e ajustes de parâmetros ventilatórios, quando necessário, por um período de 6 meses. Resultados: Foram incluídos 37 pacientes, dos quais 10 (27%) tiveram indicação precoce de VNI, sendo 3 com ELA e 7 com outras DNM. Não houve óbitos ou desistências nesse grupo. Apresentaram 6 horas (± 2,0) de uso diário médio e mantiveram após 6 meses (± 1,3) com queda na fuga de 1,9 (± 7,3) para 0,2 (± 3,7) e no IAH de 3,1 (± 5,0) para 2,2 (± 3,3). No grupo de indicação tardia, com 27 pacientes (73%), sendo 10 com ELA e 17 com outras DNM, houve 4 óbitos e 2 desistências, com aumento do uso diário de 4,7 (± 2,4) para 5,5 (± 2,2), queda da fuga de 1,9 (± 6,4) para 1,5 (± 7,9) e no IAH de 3,2 (± 5,0) para 2,2 (± 4,7). Conclusão: Por meio de dados parciais, podemos concluir que a indicação precoce ainda é minoria, pois pacientes no primeiro atendimento já apresentam fases mais avançadas da doença. Além disso, nota-se a importância do telemonitoramento ventilatório como potente instrumento de trabalho para condução da terapia ventilatória e segurança do paciente no domicílio. O acompanhamento e o telemonitoramento para conclusão deste estudo continuarão por um período total de 24 meses.
Palavras-chave: Telemonitoramento. Ventilação não invasiva domiciliar. Doenças neuromusculares.
*dados parciais.

Cuidado às crianças com condições crônicas complexas e suas famílias no domicílio: experiência da equipe do PADI-IFF/FIOCRUZ no enfrentamento da Covid-19

Autores: Conceição DS, Simões FC, Gomes GD, Souza KMO.
Instituição: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF)/ FIOCRUZ.
E-mail: danisancon@gmail.com

As crianças com condições crônicas complexas (CCC) de saúde representam um subgrupo daquelas que possuem condições crônicas de saúde e apresentam as seguintes características comuns: presença de qualquer doença, cuja duração mínima esperada seja de 12 meses (exceto se a morte for o desfecho anterior), e envolvimento de mais de um órgão ou sistema, ou de apenas um órgão de forma severa, necessitando de acompanhamento especializado e provavelmente um período de internação em hospital terciário. O Programa de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (PADI) foi criado em abril de 2001, objetivando atendimentos domiciliares para pacientes pediátricos com doenças crônicas e dependentes de tecnologia do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF)/FIOCRUZ, aptos a serem acompanhados fora do ambiente hospitalar. O programa é pioneiro no estado do Rio de Janeiro nesta modalidade na rede pública e tem características como: proporcionar desospitalização segura das crianças com CCC; reduzir o tempo de permanência hospitalar e garantir maior rotatividade de leitos; estimular medidas de prevenção para reduzir o

risco de infecções e evitar reinternações frequentes; diminuir custos do tratamento; e articular a rede de cuidado próxima ao domicílio. O objetivo deste trabalho foi descrever a experiência da equipe do PADI-IFF/FIOCRUZ sobre as medidas de prevenção e controle no enfrentamento da Covid-19 no cuidado das crianças com CCC e suas famílias, no primeiro ano da pandemia. Desenvolvimento: Nos primeiros três meses de 2020, nossa rotina de visitas domiciliares manteve-se igual aos outros anos, realizando admissão de crianças com CCC dependentes de tecnologias e dando alta do PADI para o ambulatório de especialidades do hospital e para a RAS do território da criança. Diante da oficialização da pandemia do coronavírus pelo Ministério da Saúde, a equipe do PADI-IFF decidiu organizar condutas e medidas de prevenção e controle para o enfrentamento da Covid-19 que foram: reajustar a visita domiciliar e o round multiprofissional, para evitar aglomerações (tanto no carro que é utilizado para fazer as visitas quanto nas reuniões de discussão dos casos) e diminuir a exposição das crianças e das famílias que já se encontravam em isolamento domiciliar; padronizar a utilização dos EPIs no setting de atuação (avental descartável impermeável, gorro, óculos de proteção ou face shield, máscara N95, máscara cirúrgica descartável, propé e luva de procedimento); fazer reciclagem no treinamento da higienização das mãos com água e sabão e/ou álcool gel a 70%; entre outros. Vale ressaltar que conseguimos dialogar com o laboratório do hospital para que todas as crianças atendidas pelo PADI, quando sintomáticas, fossem testadas, e até dezembro de 2020 nenhuma criança foi diagnosticada e/ou testada com Covid-19. Conclusão: Conseguimos que todas as medidas de prevenção e controle fossem absorvidas e mantidas pelos familiares cuidadores até que fossem imunizados com pelo menos duas doses da vacina, e isso nos mostrou a efetividade de todas as condutas realizadas para manter a estabilidade clínica das crianças em assistência domiciliar.
Palavras-chave: Criança com condições crônicas complexas. Assistência domiciliar. Familiar cuidador. Enfrentamento. Covid-19.

Acompanhamento domiciliar interdisciplinar a paciente pediátrico com dependência tecnológica e indicação de transplante pulmonar

Autores: Conceição DS, Simões FC, Gomes GD, Souza KMO.
Instituição: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF)/FIOCRUZ.
E-mail: danisancon@gmail.com

O presente caso descreve a desospitalização de um paciente grave, acompanhado por um Programa de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (PADI) do IFF-FIOCRUZ por mais de cinco anos, em uso de ventilação mecânica e oxigenoterapia por todo o período até a transferência para outro estado para transplante pulmonar. Descrição: Paciente admitido na UTI pediátrica de hospital terciário no Rio de Janeiro aos 10 meses de idade, com pneumonia grave e necessidade de ventilação invasiva. Já havia tido três quadros similares com uso de ventilação. Na UTI, seguiu com dependência de ventilação e oxigenoterapia após melhora do quadro infeccioso, necessitando de traqueostomia e gastrostomia aos 11 meses. Com 1 ano, foi feita biópsia pulmonar com diagnóstico de doença pulmonar intersticial difusa por disfunção do surfactante, confirmado por teste genético (mutação em ABCA3). Seguiu internado por causa da dependência tecnológica, recebendo tratamento clínico (hidroxicloroquina, corticoide e pulsoterapias). Com 1 ano e 10 meses, teve alta e foi acompanhado pelo PADI-IFF, recebendo ventilação mecânica intermitente e oxigenoterapia contínua. Apesar do tratamento clínico, houve piora clínica e hospitalizações mais frequentes, sendo indicado transplante pulmonar, e foi transferido a um hospital especializado em Porto Alegre com 7 anos de idade. Foram mais de 5 anos de acompanhamento com o PADI-IFF, permitindo amplo desenvolvimento social, cognitivo e emocional necessário a uma criança entre 2 e 7 anos de idade, com acesso à educação e a brincar com amigos fora de um hospital. Habituado à presença do PADI-IFF desde cedo e com excelente família e rede de apoio, ele cresceu em ambiente de confiança com profissionais, o que ajudou efetivamente na adesão às terapias de reabilitação e na recuperação de intercorrências no período. Após mudar-se de estado, recebeu o transplante e, atualmente, já sem traqueostomia e dependência tecnológica, seguirá acompanhado pela equipe do transplante em Porto Alegre. Discussão: Mutações no gene ABCA3 levam à disfunção/deficiência de surfactante, com doença pulmonar intersticial infantil, sendo essencial, quando indicada, a oxigenoterapia, que pode perdurar por anos. Não há padronização de trata-

mento, sendo opção eficaz o transplante pulmonar. O caso mostra a importância da assistência domiciliar (AD) a um paciente pediátrico com doença muito grave e dependência tecnológica. Ele foi acompanhado por mais de cinco anos, até a transferência de cuidados interestadual para acesso ao Centro de Transplantes. Em todo o período, beneficiava-se da AD: reintegrar-se à sua família em seu lar, fazer amigos, frequentar escola, desenvolver sua capacidade comunicativa, entre outros. Assim, todo o acompanhamento e confiança entre família e equipe foram essenciais para o ótimo desenvolvimento sociocognitivo até o desfecho final, o transplante, realizado com sucesso, o que tornou o paciente independente das tecnologias antes necessárias.
Palavras-chave: Paciente pediátrico. Doença pulmonar intersticial. Dependência tecnológica. Assistência domiciliar interdisciplinar. Transplante pulmonar.

Acolhimento da espiritualidade na atuação domiciliar em cuidados paliativos

Autores: Paula AS, Amaral N, Oliveira P, Acocella N, Rossi P, Ferro A.
Instituição: Hospital Municipal Vereador José Storopolli.
E-mail: mandas.depaula@gmail.com

Apresentação do caso: A.F.R., sexo feminino, 74 anos, evangélica praticante, casada, três filhos, sendo o mais velho pastor. Admitida no Programa Melhor em Casa para reabilitação e tratamento de lesão com diagnóstico de síndrome demencial avançada e DRC não dialítica há sete anos e com piora do estado geral há três anos. Diante do quadro clínico e identificação de sua finitude, ela foi direcionada para a linha de cuidados paliativos (CP). Discussão: O CP é uma abordagem de cuidado holística, visando à qualidade de vida, promoção de morte digna e controle minucioso dos sintomas biopsicossociais e espirituais diante de uma doença potencialmente sem cura, como as síndromes demenciais. A espiritualidade é reconhecida como a maneira com a qual o indivíduo ou grupo de pessoas se relaciona com uma dimensão externa a si mesmo, que transcende a realidade material. Pode incluir a religiosidade, como ocorre no caso explicitado. Durante o acompanhamento da equipe multiprofissional (EM), os princípios e valores religiosos da família estiveram presentes, promovendo conforto e recurso de enfrentamento das angústias decorrentes do fim de vida da paciente, definição de diretivas de cuidado e processo de luto. As intervenções da EM visaram ao acolhimento, controle de sintomas, fortalecimento familiar para as demandas clínicas e emocionais, bem como da rede de apoio oferecida. Isso foi percebido pela família com alívio e como ferramenta para a realização dos desígnios da divindade. O processo de morte da paciente e sua ausência ainda em vida foram sentidos com bastante sofrimento, contudo a crença na vida após a morte, como uma realidade final, e no reencontro futuro nessa outra dimensão possibilitou alívio dessa dor. Destaca-se a rede de apoio das pessoas da mesma instituição religiosa como comunhão da fé e sensação de pertencimento. A paciente evoluiu para óbito no mesmo mês, no domicílio e com a família. Considerações finais: A EM encontra diversos desafios na prática em domicílio, sendo um deles o acolhimento da dimensão espiritual do paciente e família. O manejo deve reconhecer ambos como principais atores do cuidado, abarcando suas particularidades, limites e potencialidades. A inclusão da espiritualidade no Plano Terapêutico Singular deve ser feita de forma a acolher, fortalecer e auxiliar nas intervenções realizadas para melhorar a qualidade de vida, promover a morte mais digna possível para o paciente e suporte ao luto dos familiares.
Palavras-chave: Cuidados paliativos. Espiritualidade. Assistência domiciliar.

Macropotências: articulação em rede nos cuidados com lesão

Autores: Paula AS, Rossi PRG, Viana ES, Fidêncio LS, Silva AM, Scopel JR.
Instituição: Hospital Municipal Vereador José Storopolli.
E-mail: mandas.depaula@gmail.com

Apresentação do caso: A.D.N., sexo masculino, 49 anos, em união estável e dois filhos, sendo a mais nova sua enteada. Admitido no Programa Melhor em Casa para tratamento de lesão em membros inferiores após

internação por fratura de fêmur esquerdo. Tem diagnóstico de AVC prévio, enfisema pulmonar, crises convulsivas e hemiplegia, com grande dificuldade de deambulação. Trabalhava como vigia de construção, mas, após a internação, precisou afastar-se do emprego e ficou limitado ao domicílio. Passou a ser cuidado pela esposa, a qual também precisou se ausentar do trabalho. O paciente vivenciava luto pela morte dos pais pela Covid-19 e sofrimento pelas perdas de funcionalidade, do papel social e familiar e da autonomia. A equipe multiprofissional (EM) identificou conflitos familiares, com fragilidade da relação conjugal, sobrecarga da cuidadora, autocuidado prejudicado e vulnerabilidades sociais e financeiras. A esposa não compreendia o adoecimento e o culpabilizou pelos comportamentos decorrentes do marido. A relação com a irmã era distante, porém a EM realizou sensibilização para planejar melhor os cuidados. Foi observado comprometimento de algumas funções psicológicas e limitação dos recursos de enfrentamento por parte do paciente. Ele também apresentou ideação suicida, com tentativas suicidas impulsivas. A esposa foi orientada sobre formas de cuidado e medidas protetivas, bem como houve discussão do cuidado com a rede de atenção psicossocial do território, porém existe grande defasagem de profissionais e serviços especializados. O caso foi acompanhado de maneira conjunta com UBS de referência. Os envolvidos no cuidado tiveram dificuldade com o tratamento, e a equipe realizou visitas improdutivas, por isso houve nova hospitalização. Após a alta, A.D.N. foi conviver com a irmã na casa dos pais, em outro território. Considerações finais: Observam-se, com frequência, vulnerabilidades psicossociais nos pacientes acompanhados pela demanda de lesão. É comum deparar-se com situações de violência familiar, vínculos rompidos, ausência de afeto entre paciente e família, e situações precárias financeiras e de moradia. É importante a EM ter clareza das suas potencialidades e limites de atuação frente às demandas complexas. No caso, o cuidado ocorreu de maneira interdisciplinar e intersetorial, buscando assistir o paciente e família da maneira mais ampla possível. O atendimento foi descontinuado por este programa, mas o cuidado do paciente é garantido por meio da contrarreferência.
Palavras-chave: Assistência domiciliar. Atenção psicossocial. Intersetorialidade.

Cuidado paliativo na assistência domiciliar: experiência de um home care de Maceió-AL

Autores: Carcavilla TLS, Farias IP, Costa CFGB, Vanderlei RS, Freitas BM, Lobo ALAC.
Instituição: Saúde & Suporte Home Care.
E-mail: tuanyfono@gmail.com

Indivíduos com doenças graves, ameaçadoras da continuidade da vida e fora da possibilidade de cura são considerados pacientes elegíveis a receber a abordagem dos cuidados paliativos, a qual tem como objetivo prevenir e/ou fornecer alívio da dor e sintomas estressantes, promover qualidade de vida, reafirmar a vida e considerar a morte como processo natural. A assistência domiciliar consiste num conjunto de ações de promoção, prevenção e tratamento ao indivíduo que necessita de atenção continuada em razão de patologia de base, oferecida por meio de uma equipe multiprofissional. Essa equipe pode fornecer suporte e cuidado ao paciente e familiares no conforto do seu lar, tanto para indivíduos que estão em Programa de Assistência Domiciliar (PAD) como os do Programa de Internação Domiciliar (PID). Diante disso, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência do Saúde & Suporte Home Care na implantação dos cuidados paliativos na assistência domiciliar. Inicialmente, foram realizadas capacitações técnicas e científicas para todos os colaboradores e prestadores de serviços. Entre essas capacitações, foi ofertado um aprimoramento em cuidados paliativos voltado para adulto e idoso com duração de 10 meses e outro de cuidados paliativos pediátricos com duração de 6 meses. Foram criados protocolos institucionais, como o de metas terapêuticas sob a ótica paliativa, sendo incluídas nos prontuários escalas de funcionalidade e realizadas mudanças quanto à abordagem assistencial, tornando-a mais empática, por exemplo, criação do prontuário afetivo e caixinha de memórias (pós-luto). Observou-se impacto na qualidade da assistência, na relação e acolhimento dos pacientes e seus familiares, comunicação mais assertiva entre profissionais, equipe mais bem capacitada para atender às demandas e realizar suporte ao luto. Conclusão: Com base nos relatos de cuidadores e familiares, foi possível identificar o amadurecimento dos profissionais relacionado aos manejos assistenciais, à qualidade no

cuidado com a promoção da qualidade de vida, trazendo o paciente para o centro do cuidado e tornando-o protagonista da sua história.
Palavras-chave: Cuidados paliativos. Serviços de assistência domiciliar. Humanização da assistência. Equipe de assistência ao paciente.

Perfil das solicitações de acompanhamento do Programa Melhor em Casa de Porto Alegre (RS) em 2022

Autores: Kalil MB, Husch RMG, Viana CR, Rigo II.
Instituição: Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre.
E-mail: maurokalil@yahoo.com.br

Introdução: O Programa Melhor em Casa (PMC) de Porto Alegre acontece desde 2014, realizando fluxo de solicitação de avaliação de pacientes de toda a rede de saúde da cidade à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para regulação e direcionamento às equipes do PMC. Objetivo: Descrever o perfil das solicitações de acompanhamento ao PMC no ano de 2022. Método: Estudo retrospectivo, descritivo e transversal. Foram analisadas todas as solicitações de acompanhamento para o PMC de Porto Alegre enviadas em 2022. Os encaminhamentos foram realizados por intermédio do Google Forms e analisados na plataforma Google Sheets por meio de planilhas dinâmicas. Resultados: Foram recebidas 2.995 solicitações de acompanhamento para o PMC no ano de 2022, das quais 91,39% foram reguladas e 8,61% foram arquivadas por serem erro de solicitação ou sem critérios de inclusão. Com relação às características dos pacientes, 1.570 (52,42%) eram do sexo feminino, 2.016 (67,29%) tinham 60 anos ou mais e 147 (4,91%) eram menores de 18 anos. A média etária foi de 63,50 anos. Como motivo do encaminhamento, as principais patologias foram neoplasias (14,95%) e sequelas de AVC (13,85%). Com relação ao histórico de internação, 51,10% eram procedentes de internação atual, e 30,17%, de alta hospitalar há menos de 30 dias. Quanto aos dados dos solicitantes, 75,89% eram médicos, 23,41%, enfermeiros, e 0,70%, assistentes sociais. No que se refere ao serviço que demandou o acompanhamento, 70,79% foram hospitais, 29,04%, unidades de atenção primária à saúde, e 0,17%, unidades de pronto atendimento. Entre os pacientes encaminhados pela APS, 50,23% haviam passado por internação atual ou recente (menos de 30 dias), porém não foram encaminhados pelos hospitais de origem. As especialidades médicas mais demandantes foram clínica geral (20,93%), medicina interna (18,96%) e medicina de família (12,65%). Conclusões: O perfil de solicitações de acompanhamento pelo PMC em Porto Alegre no ano de 2022 foi composto, em maior parte, por mulheres idosas, fruto de internação hospitalar atual ou recente, demandada por médicos, em sua maior parte, generalistas, de instituições hospitalares. Percebe-se ainda um potencial de encaminhamento pelos hospitais, já que metade dos encaminhamentos da APS era oriunda de internação hospitalar recente.
Palavras-chave: Assistência domiciliar à saúde. Gestão em saúde. Desospitalização.

Impacto da interação do Programa Melhor em Casa e Núcleos Internos de Regulação dos Hospitais na Rede de Saúde de Porto Alegre

Autores: Kalil MB, Rigo II, Husch RMG, Viana CN.
Instituição: Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre.
E-mail: maurokalil@yahoo.com.br

Introdução: O Programa Melhor em Casa de Porto Alegre (PMC), habilitado desde 2014, estabeleceu fluxos de desospitalização de pacientes perfil AD2 e AD3 com a rede hospitalar a partir de 2018. Objetivo: Demonstrar o impacto nos indicadores de desospitalização PMC de Porto Alegre após interação ativa entre Núcleos Internos de Regulação/Escritórios de Gestão de Altas dos hospitais da rede SUS e Secretaria Municipal da Saúde nos últimos cinco anos no município de Porto Alegre. Método: Estudo retrospectivo, descritivo e longitudinal.

Foram analisados os Relatórios e Gestão Municipal de 2016 a 2022, sendo incluídos os principais indicadores (média mensal de pacientes em AD; número de novas admissões mensais; procedência dos pacientes - hospital e não hospital; média de pacientes por equipe; tempo de permanência em dias; óbitos domiciliares; número de intercorrências domiciliares). Resultados: A média mensal de pacientes em AD aumentou de 332 pacientes em 2016 para 607 em 2022. O número de novas admissões no mesmo período aumentou de 720 para 2.110. A média de pacientes egressos de hospital aumentou de 559 em 2016 para 1.613 em 2022, perfazendo 78% dos encaminhamentos em 2022. A média de pacientes por equipe foi de 30,18 para 40,52. A média de tempo de permanência no programa foi reduzida de 99 dias em 2016 para 65 dias em 2022. O número de óbitos em domicílio aumentou de 26 para 182 nesse período e o número de intercorrências foi de 326 em 2016 para 1.961. Conclusões: A aproximação entre as equipes hospitalares e coordenação do PMC impactou em aumento do número de pacientes hospitalizados no PMC, além de aproximação das equipes hospitalares e da atenção domiciliar, podendo gerar tempos menores de internação nas instituições. Também tornou o programa uma referência de qualidade para altas de pessoas com perfil AD2 e AD3, de maior complexidade, gerando satisfação das equipes nosocomiais para tratamentos, bem como podendo ofertar aos pacientes e seus familiares processos de transição de cuidados em rede.

Palavras-chave: Assistência domiciliar à saúde. Atenção domiciliar. Gestão em saúde. Núcleo interno de regulação. Escritório de gestão de altas. Programa Melhor em Casa.

Estruturação dos cuidados: promovendo morte digna no domicílio

Autores: Ferro AC, Rossi P, Viana E, Paula A, Oliveira P, Hellebrandt MC.
Instituição: Hospital Municipal Vereador José Storopolli.
E-mail: audrey.enfermagem@gmail.com

A.F.R, sexo feminino, 74 anos, paulista, casada, três filhos, evangélica. Acamada e dependente para todas as atividades de vida diária. Diagnosticada com síndrome demencial avançada há sete anos, doença renal crônica não dialítica, anemia, diabetes melittus e hipotireoidismo, com piora do estado geral há três anos. Admitida no Programa Melhor em Casa em 03/03/2023, após internação prolongada, em uso de sonda nasoenteral e lesão por pressão em ombro direito (grau II), região sacral (grau IV) e perna direita (grau II), sendo inserida na linha de cuidados paliativos em razão de seu quadro clínico e iminência de morte. Discussão: De acordo com a OMS, "Cuidado paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual". Na avaliação primária da paciente, ao aplicar a avaliação de complexidade assistencial, obteve-se um escore de 36 pontos, classificando a paciente como alta complexidade. Também aplicamos as seguintes escalas: PPS (Paliattive Performance Scalse) e PPI (Paliattive Prognostic Index). O PPS permite avaliar a funcionalidade do doente por meio da análise de cinco parâmetros: mobilidade; atividade e evidências de doenças; autocuidado; ingestão; e estado de consciência. São atribuídos valores de 0 a 100%, sendo que 0% significa a morte e 100% significa que o doente não possui alteração funcional. De acordo com esta escala, determinamos cuidados paliativos quando o paciente apresentar escore menor do que 40%. O PPI determina a estimativa de prognóstico de acordo com a pontuação final obtida em função da ingesta oral, da presença ou ausência de dispneia, edema, dividindo os pacientes em três grupos preditores, sendo: PPI de 0 a 4, estimativa de sobrevida maior que seis semanas; PPI de 5 a 6, estimativa de sobrevida inferior a seis semanas; PPI maior que 6, estimativa de sobrevida inferior a três semanas. Neste caso, a paciente foi classificada com PPS 10% e PPI 6,5. Portanto, possui estimativa de sobrevida inferior a três semanas. Durante os atendimentos da equipe multiprofissional, foi necessário trabalhar o processo de terminalidade e diretivas antecipadas de vontade com os familiares, que aceitaram medidas de conforto e concordaram com a possibilidade de óbito em domicílio. Observou-se uma espiritualidade muito presente em todas as visitas, nas quais os filhos mencionaram o desejo de que Deus permitisse que a mãe partisse sem sofrimento e se apegavam a ela em algumas decisões que foram necessárias durante o processo, como a de não repassar a sonda nasoenteral quando a própria paciente a retirou. Eles afirmaram que a paciente apresentava fácies de dor durante a infusão da dieta, além de episódios de náuseas e vômitos. Diante disso, defi-

niu-se que manteríamos apenas dieta de conforto, oferecendo alimentação em pouca quantidade apenas quando solicitado pela paciente. Para controle de sintomas (como dor e hipoglicemia), a equipe definiu a punção de hipodermóclise por causa da difícil rede venosa. Os cuidados com as lesões fizeram-se presente durante todo o tempo que a paciente permaneceu no Programa, sendo inserida em escala de curativo três vezes por semana e utilizando coberturas apropriadas para cada tipo de lesão avaliada previamente. Paralelamente, a enfermagem realizou a capacitação dos cuidadores para os cuidados com a paciente em domicílio, abrangendo os curativos, trocas e higiene íntima, mudanças de decúbito a cada duas horas, medidas para prevenção de lesão por pressão e observação de sinais de desconforto ou dor. A equipe médica manteve a analgesia para conforto e melhora da dor. A fisioterapeuta demonstrou técnicas estratégicas para mobilizar paciente e melhor acomodação no leito, além de prevenção de infecções respiratórias em razão da imobilidade. A psicologia ofereceu apoio, acolhimento e escuta aos cuidadores. A paciente evolui a óbito em 24/03/2023, no domicílio, cercada por sua família. Considerações finais: Inserir os familiares nos cuidados da paciente e conscientizá-los da finitude dela facilitou uma integração entre a equipe multiprofissional e cuidadores, promovendo um cuidado acolhedor e humanizado, que visava ao controle de sintomas e à morte digna, prevalecendo as vontades da família e da paciente. É de grande importância ressaltar que a morte digna poderá somente ocorrer quando houver um contexto de parceria e veracidade entre a equipe multiprofissional e família, respeitando a evolução natural da doença, bem como os aspectos sociais, psicológicos e culturais que a envolvem.
Palavras-chave: Cuidados paliativos. Assistência domiciliar. Morte digna.

A importância de estimular a autonomia do paciente domiciliado: inserção em serviços de saúde

Autores: Silva AM, Fidencio LS, Scopel JR, Viana ES, Ozuna ER, Sampaio BCM, Rossi PRG.
Instituição: Programa Melhor em Casa – HMVJS.
E-mail: alessandra.morais.silva@gmail.com

Apresentação do caso: S.S.T., sexo feminino, 57 anos, viúva com quatro filhos, sendo as duas filhas com participação ativa nos cuidados e dois filhos com participação em recursos financeiros e locomoções esporádicas para consultas agendadas com especialistas. Foi admitida no Programa Melhor em Casa em 19/05/2020, com solicitação de inclusão proveniente da UBS de referência por lesões estágio 3 em região posterior de MMII, relato de odor fétido e exsudato em grande quantidade. Após a piora da lesão, ficou domiciliada e parou de frequentar a UBS. Em visita domiciliar para admissão no programa, foram aventados outros agravos de saúde, como doença de Parkinson, hipertensão arterial, obesidade grau 3 e lipedema de membros inferiores, agravo relacionado à obesidade e que colaborou para a piora da lesão. Discussão: Durante o nosso acompanhamento, a paciente e as filhas demonstraram resistência em aceitar e seguir condutas e orientações sobre os curativos e toda abordagem relacionada à obesidade, agravamento das lesões e diminuição de mobilidade, pois não enxergavam como um fator catalisador da degradação do quadro clínico. Raramente a paciente autorizava a avaliação da lesão ou a realização do curativo pela equipe de técnicos de enfermagem, alegando que a filha realizaria o curativo em outro momento, solicitando a entrega de insumos para curativo apenas. Durante o nosso período de acompanhamento, tentamos estabelecer um melhor vínculo com a paciente e as filhas com diversas abordagens. Apresentamos novas coberturas primárias de curativo, explicando sobre o material e o resultado esperado, bem como a necessidade de avaliação periódica para mudarmos as coberturas conforme a necessidade da lesão, o que diminuiu as negativas de avaliação durante as visitas médicas e de enfermagem, porém foi mantida a resistência em relação às visitas e realização de curativos pela equipe de técnicas de enfermagem, momentos em que, muitas vezes, foram mal recebidas e destratadas, principalmente pela filha mais ativa no cuidado com a paciente. Então optamos por rodiziar a equipe para amenizar sobrecarga e estresse dos profissionais e na tentativa de criar vínculo com outros profissionais da equipe, o que trouxe um resultado parcial, pois a paciente começou a interagir mais com os técnicos de enfermagem e contar sobre suas aflições e expectativas que foram repassadas durante as reuniões mensais realizadas pela equipe multidisciplinar, visando atualizar e otimizar o plano de cuidados com a paciente. Isso nos mostrou outras maneiras de abordagem que poderíamos utilizar até atingir nosso objetivo principal no caso: abordar doenças crônicas de base para atingir melhora de quadro clínico, estimular autonomia e reabilitar paciente quanto à situação de restrição ao

domicílio para frequentar a rede de serviços de saúde, como era realizado antes da piora clínica. Notamos que, durante o nosso acompanhamento, tanto a paciente quanto os filhos começaram a se sentir cômodos com a atenção domiciliar e gradativamente foram abandonando o cuidado compartilhado com a equipe, gerando novos atritos entre os familiares/paciente e a equipe. Algumas situações geraram muito desconforto e, principalmente, desânimo pelas tentativas frustradas para melhora do quadro da paciente, causando novos agravos à saúde, por exemplo: paciente estava se locomovendo menos dentro do domicílio por ter ganhado mais peso e apresentou dispneia aos médios esforços. Na tentativa de reinserir os filhos no cuidado com a paciente, optamos por agendar uma reunião familiar em base da equipe multidisciplinar para conseguirmos abordar as novas demandas clínicas e estreitar vínculo com os familiares para realizarmos uma melhor abordagem do caso. Os filhos chegaram em clima defensivo, acusando a equipe de descaso com a paciente e alegando que a piora do quadro clínico era de nossa responsabilidade, e justificaram a pouca receptividade e resistência em seguir as recomendações da equipe pela incompetência dos profissionais que atendiam a paciente. Tentamos elencar cada afirmação e mostrar nossas tentativas de abordagens infrutíferas, principalmente pela resistência em seguir as orientações, limitação de acesso e de avaliação da lesão e menor envolvimento dos filhos no cuidado, pois notamos maior negligência com o autocuidado, muito relacionado à diminuição de saídas do domicílio para consultas com especialista (neurologista/cirurgia vascular) – o filho elencado para realizar o deslocamento justificou incompatibilidade de horários e ausência de tempo. Diante dos problemas levantados e objetivos traçados, propomos nova abordagem. Solicitamos avaliação da fisioterapia para intervenção em relação à dispneia e cuidado compartilhado com a UBS de referência para agendamento de consulta com o cardiologista, enquanto paciente realizaria exames complementares no Hospital Municipal Vereador José Storopolli, como ecocardiograma, eletrocardiograma e exames laboratoriais, visando descartar problemas cardíacos, pois a paciente e os familiares continuavam em negação e não aceitaram a obesidade como a principal causa da piora do quadro clínico. O filho se comprometeu a trazer a paciente para realizar os exames agendados pela equipe. Propomos encaminhamento ao polo de curativos, em uma tentativa de melhorar a abordagem da lesão, promover incentivo à locomoção, possibilidade de criar um bom vínculo com outro profissional de saúde e retorno ao acesso à rede de serviços de saúde. O acompanhamento com a fisioterapeuta foi proposto para trabalhar a fisioterapia motora e respiratória, visando à melhora da deambulação e dispneia. Com o plano de intervenção traçado e com a concordância dos familiares, encaminhamos a paciente ao polo de curativos, porém, na primeira consulta, paciente chegou muito dispneica ao serviço. Após discussão com o estomaterapeuta, decidimos suspender por hora a ida ao polo de curativos, intensificamos fisioterapia motora/respiratória e otimizamos prescrição medicamentosa para melhor controle de sintomas. Depois disso, paciente apresentou melhora da dispneia com fisioterapia para fortalecimento da musculatura diafragmática, identificada a fraqueza durante a avaliação fisioterápica, porém não aderiu às mudanças da prescrição medicamentosa sem dar uma explicação para não seguir a receita. Em contrapartida, aceitou a avaliação da nutricionista da EMAD, que havia recusado outras vezes, e comprometeu-se a seguir as orientações nutricionais para reeducação alimentar e perda ponderal. Os familiares conseguiram agendar e inserir a paciente no acompanhamento da clínica médica no Hospital das Clínicas. A paciente realizou acompanhamento semanal no primeiro mês e criou vínculo com a equipe. Começou a seguir as orientações médicas e as alterações das medicações, com isso apresentou perda ponderal de 10 kg e melhora significativa da lesão. Entramos em contato com a UBS de referência para agendar cardiologista e realizamos visita compartilhada em 25/10/2022 com a presença da médica da UBS, enfermeira, assistente social e médica da EMAD. Familiares não estavam presentes durante a visita previamente avisada solicitando a participação deles, então prosseguimos com as orientações à paciente. Foi realizada teleconsulta com a especialidade que identificou uma ICC de fração de ejeção normal e recomendou nova alteração nas medicações da paciente. Com a melhora da dispneia, conseguimos reinserir a paciente no polo de curativos. A paciente criou bom vínculo com o estomaterapeuta e nos meses seguintes a lesão do MIE cicatrizou e a do MIE melhorou e passou para estágio 2 com tecido de granulação em 60% do leito da lesão. Diante da melhora do quadro clínico e inserção em rede de saúde com boa aderência da paciente e familiares, notamos melhora do autocuidado e maior interesse pela vida. Assim, a paciente conseguiu superar a condição de domiciliada. Iniciamos o trabalho de alta do Programa Melhor em Casa após cumprido os objetivos de cuidados traçados em comum acordo com a paciente e familiares, porém eles não concordaram com a alta, pois alegaram necessitar da dispensação de materiais para curativo realizado pelo Programa, e na UBS de referência não tinha material de curativo para entregar a eles. No objetivo de sanar esse ponto, realizamos uma reunião com o gerente da UBS em questão para melhorar o vínculo com a unidade e garantir o acesso aos materiais de curativos. Elencamos três enfermeiros da unidade como referência, com os quais os familiares retirariam os materiais, para fazer a avaliação da lesão e prescrever o tipo e as quantidades necessárias para

realização do curativo em domicílio, sendo que a cobertura primária seria entregue pelo polo de curativo. Após esse alinhamento entre os três serviços envolvidos, realizamos a alta da paciente em 23/03/2023. Considerações finais: Este longo trajeto, com os seus percalços, apresentou desfecho bem-sucedido graças à insistência em manter um bom relacionamento com o objetivo final de trazer autonomia e independência da paciente em questão. A interlocução, o matriciamento e a articulação entre os serviços envolvidos no cuidado garantiram a aderência da paciente aos tratamentos propostos, resultando na melhora dela. Sempre que possível, este deve ser o objetivo da EMAD em pacientes domiciliados: melhorar o quadro clínico, devolver a qualidade de vida e fazer a reintegração à sociedade.
Palavras-chave: Autonomia. Matriciamento. Lipedema. Obesidade.

Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) na Atenção Domiciliar: inovação e autonomia

Autores: Oliveira Júnior PC, Ribeiro AC, Ferreira HM, Almeida AECG, Pereira GA.
Instituição: Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.
E-mail: paulo.junior.6@ebserh.gov.br

A Atenção Domiciliar enfrenta muitos desafios, entre os quais oferecer um acesso venoso seguro e eficaz para o paciente que necessita de tratamento com antibióticos por longos períodos. O Programa Melhor em Casa da Unidade de Atenção Domiciliar e dos Cuidados Paliativos (UADCP), do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), possui pacientes provenientes da internação hospitalar que são desospitalizados para favorecer o giro de leitos e continuar o tratamento com medicações endovenosas, por períodos de até seis meses, no domicílio. Diante deste contexto, o Melhor em Casa do HC-UFU implantou e implementou a passagem do PICC para pacientes que necessitavam de tratamento com antibióticos venosos, de duração prolongada. Os enfermeiros da equipe multiprofissional foram habilitados para o procedimento em capacitação específica para a passagem do cateter, e os técnicos de enfermagem foram treinados e capacitados quanto aos cuidados e manutenção dele. O treinamento da equipe e a aquisição dos cateteres se deram por repasse de parcela excepcional de incentivo financeiro para apoio e fortalecimento dos Programas Estaduais da Rede de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais. Antes da alta hospitalar, o enfermeiro do Melhor em Casa do HC-UFU realiza a avaliação do paciente à beira-leito e, se indicado, realiza a passagem do PICC. Desde junho de 2022, quando foi implantado o primeiro PICC para antibioticoterapia domiciliar, todos os pacientes que necessitam de tratamento endovenoso por mais de quatro semanas, ou menos quando associado à falha total da rede periférica, são admitidos no domicílio já em uso do PICC. Com isso, foi observada a autonomia da equipe do Melhor em Casa na escolha e manejo do tipo de acesso venoso a ser utilizado, segurança e melhor qualidade de vida para os pacientes em uso de medicação domiciliar, redução da taxa de infecção de sítio de cateter, durabilidade do cateter, com redução do número de punções venosas e praticidade à equipe, por contar com acesso confiável, central e com mínimas possibilidades de complicações.
Palavras-chave: Autonomia. Inovação. PICC.

Push Tool: uma ferramenta para acompanhamento de lesão por pressão em pacientes na Atenção Domiciliar

Autor: Lima DCJ.
Instituição: Pionnier - Atenção Domiciliar.
E-mail: enf.estomaterapeuta@pionnier.com.br

A lesão por pressão é um problema na assistência à saúde, acarreta diversos prejuízos ao paciente e representa um contratempo econômico às instituições de saúde. Para acompanhamento do processo de cicatrização, o Na-

tional Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) criou a ferramenta Push Tool, validada para uso no Brasil, baseada em três parâmetros: tamanho da lesão, quantidade de exsudato e tipo de tecido no leito da lesão, os quais são considerados melhores indicativos de cura pela NPUAP. Cada parâmetro possui subescores que geram um resultado de 0 a 17, sendo 0 a lesão cicatrizada e 17 o pior status que a lesão pode atingir. Essa ferramenta permite a avaliação de até quatro lesões no mesmo paciente em determinado período. Por meio dos dados alimentados no instrumento, há consolidação de gráficos que se comportam da seguinte forma: reta ascendente indica piora da lesão; reta descendente indica melhora cicatricial; e reta em platô indica estagnação da lesão. É utilizada no serviço da Pionnier desde 2019 pelos enfermeiros que realizam visitas domiciliares aos pacientes com lesões. O instrumento é preenchido a cada visita, conforme o programa de atendimento do paciente. O preenchimento ocorre no prontuário eletrônico no formulário de avaliação de cicatrização, no qual são selecionadas opções que correspondem às características da lesão de acordo com os parâmetros estabelecidos, possibilitando um panorama de progressão do tratamento. Os profissionais que a utilizam são treinados previamente para uso da ferramenta, conforme preconizado pela NPUAP. Este treinamento ocorre por intermédio de abordagem do setor de educação continuada, através de enfermeira habilitada para o manejo da ferramenta e que transmite aos demais enfermeiros as informações pertinentes de como manejar o Push Tool. Ademais, o conteúdo a respeito do tema é disponibilizado aos profissionais por meio da Universidade Corporativa, plataforma online e gratuita, a qual pode ser revisitada quantas vezes for desejado. O Push Tool é uma estratégia para acompanhar a cicatrização de lesões por pressão de forma objetiva, clara, rápida e fácil, em razão de sua apresentação no formato de gráficos com análise prospectiva em relação ao tempo e ao tratamento. Facilita a tomada de decisão quanto às mudanças de condutas, além de melhorar a qualidade do serviço prestado, garantindo fidedignidade dos resultados coletados e auxiliando nas justificativas de relatórios técnicos.
Palavras-chave: Ferimentos e lesões. Cicatrização. Avaliação em enfermagem.

Trabalho em equipe: caso exitoso

Autores: Coelho IE, Santos ALA, Gomes RM, Munhoz S, Nascimento TO.
Instituição: Unidade de Saúde APS Santa Marcelina - Equipe EMAD.
E-mail: izauraeusebio@gmail.com

Identificação: Paciente, M.S.S., 51 anos, sexo feminino, profissão técnica de enfermagem, estado civil casada, raça branca, natural de Catinde-PE. Histórico clínico: Paciente é cardiopata há dez anos, sofreu um acidente vascular hemorrágico, necessitando de craniotomia descompressiva frontotemporal esquerda. Foi realizada a desospitalização do Hospital Santa Marcelina de Itaquera com inclusão na EMAD em 10/05/2022. Paciente estava restrita ao leito, consciente, afásica, hemiplégica à direita, úlcera por pressão em glúteos grau 2, em uso de traqueostomia de PVC com cuff insuflado, uso de oxigênio 2 L/min, uso de gastrostomia para dieta e medicação. Discussão: Foi realizado plano de cuidado compartilhado com cuidadora principal, visando ao matriciamento do curativo, desmame de oxigênio e dispositivos (traqueo e GTT) e reabilitação (física, cognitiva, linguística, nutricional e controle de dor). Conclusão: A atuação da equipe multidisciplinar neste caso proporcionou a evolução do quadro paliativo exclusivo para um quadro paliativo proporcional, pois favoreceu a evolução ponderal no desmame de oxigênio, cicatrização das lesões, melhora no quadro cognitivo, linguístico e nutricional, além de controle de dor e comorbidades que facilitaram a reabilitação. Por meio deste estudo, constatou-se a relevância da atuação da equipe multidisciplinar no cuidado individualizado para atender às necessidades do cliente.
Palavras-chave: Plano. Cuidado. Multidisciplinar.

RESUMOS: APRESENTAÇÕES ORAIS

Programa Melhor em Casa: perfil global do atendimento domiciliar de uma EMAD do município de São Paulo

Autores: Van Aanholt DPJ, Torres LC, Niwa LMS, Ciosak SI.
Instituição: Autônoma e doutoranda pela EEUSP.
E-mail: deaanholt@gmail.com

Introdução: A Covid-19 gerou diversas alterações sociais, principalmente no setor de saúde. Em razão das características patológicas, notou-se grande mudança para o atendimento das famílias em relação aos seus anseios e expectativas desconhecidas sobre a doença. Com a pandemia, os hospitais encontravam-se em colapso por superlotação e, muitas vezes, internações prolongadas de pacientes que estavam em situação de estabilidade clínica, tornando-se, assim, uma questão de preocupação para saúde pública. Tornou-se notória a atuação de serviços que promoviam a desospitalização do paciente de forma segura de acordo com as condições clínicas específicas, como já é visto no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), com otimização da alta hospitalar, redução do risco de infecções hospitalares e até mesmo novas internações por meio do manejo e capacitação para continuidade do cuidado em domicílio. Objetivo: Demonstrar a vivência do Programa Melhor em Casa na região de Santo Amaro e Cidade Ademar no período de pandemia de Covid-19 e os desafios enfrentados pelos profissionais neste novo cenário. Método: Relato de experiência realizado no SAD, na região de Santo Amaro e Cidade Ademar, por meio do Programa Melhor em Casa (criado pelo Governo Federal, que tem o objetivo de realizar a assistência domiciliar no SUS), no período de junho de 2020 a junho de 2021, sendo utilizado método de intervenção no SAD com mudança de protocolos, enfocando na segurança do paciente, cuidador e equipe de saúde, além de efetuar parceria com hospitais de referência para promoção à desospitalização segura e conscientização do cuidador na assistência ao paciente. Resultado: O SAD concentrou seus esforços em promover atendimento seguro às famílias e manter a qualidade na assistência; assim, utilizou a inclusão de teleatendimentos com escuta ativa e comunicação acolhedora para manter o acompanhamento, mesmo que à distância. Além disso, trouxe como recurso majoritário a promoção à desospitalização precoce e segura, como apoio a hospitais de referência. Nas residências, trabalhou-se a conscientização das famílias quanto à necessidade do cuidado e manutenção do atendimento do paciente sob todos os requisitos de segurança, além da capacitação dos cuidadores, minimizando, assim, as reinternações por falta de manejo adequado. Conclusão: O Programa Melhor em Casa enfrentou grandes desafios para o atendimento do paciente no período de pandemia, no entanto conseguimos identificar as potencialidades do serviço por meio de mudanças de protocolos e atendimento qualificado, permanecendo em constante atualização junto ao cenário mundial. Contudo, vemos a necessidade de estudos aprofundados sobre este tema e que corroborem a nossa vivência profissional.
Palavras-chave: Serviços de assistência domiciliar. Assistência domiciliar. Alta do paciente. Nutrição enteral domiciliar.

Processo de decanulação em domicílio: da experiência ao protocolo

Autores: Rodrigues GO, Veppo AA, Brum KP, Souza JR.
Instituição: Associação Hospitalar Vila Nova (Porto Alegre - RS) - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/ Programa Melhor em Casa.
E-mail: gr.rodrigues27@gmail.com

Este estudo tem como objetivo descrever a experiência em processos de decanulação em domicílio no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) da Associação Hospitalar Vila Nova (AHVN) e apresentar o protocolo de decanulação domiciliar utilizado. As primeiras decanulações em domicílio no SAD ocorreram no ano de 2018, quando os processos eram direcionados pelas fisioterapeutas do serviço, fundamentados em escassos achados na literatura da época. Ao longo dos anos, diversos pacientes foram decanulados em domicílio, não havendo registro de intercorrências ou falhas na decanulação. Atualmente, o processo segue direcionado pelas fisioterapeutas do SAD, em conjunto com a equipe multiprofissional composta de enfermeiro, médico, técnicos de enfermagem, fonoaudió-

logo, nutricionista e assistente social. Cada profissional possui grande importância no processo, de acordo com as fragilidades e potencialidades em cada caso. No ano de 2022, iniciou-se a construção de um protocolo com base em experiências e revisão bibliográfica, visando direcionar os processos de decanulação em domicílio no SAD, o qual prevê como critérios de inclusão: correção da causa da traqueostomia, manutenção das vias aéreas pérvias, balonete da traqueostomia desinsuflado, paciente alerta, estável clínica e hemodinamicamente, com parâmetros gasométricos adequados e ausência de sinais de sepse ou desconforto respiratório. Sugere-se ocluir inicialmente a cânula após a aferição dos sinais vitais, no início da visita, para possibilitar acompanhamento, e, caso o paciente tolere 15 minutos de oclusão, ele deverá ser incluído, iniciando processo de decanulação. Paralelamente, deve ocorrer treinamento do cuidador quanto aos sinais de alerta e manejo de intercorrências, o que inclui o treinamento de aspiração naso e orotraqueal. Quanto aos períodos de oclusão supervisionada pelo cuidador, sugere-se iniciar com orientação de 2h pela manhã e 2h à tarde no primeiro dia, 4h pela manhã e 4h à tarde no 3º dia, 12h de oclusão no 5º dia e 24h a partir do 6º dia. Tolerar pelo menos 72h consecutivas em oclusão é considerado o pré-requisito absoluto para decanulação, seguido dos pré-requisitos relativos, que são: tosse adequada (Pico de Fluxo de Tosse maior que 150 cmH2O) e ausência de secreção traqueal ou pequena quantidade, se capaz ao manejo. Como este paciente em geral é assistido no domicílio apenas pelo cuidador, é preciso garantir segurança do paciente, vínculo e treinamento adequado, mesmo que o processo envolva um tempo de execução maior. É preconizada a realização de visitas e contatos telefônicos mais frequentes. Com o paciente apto para a decanulação, é agendado o procedimento, que deve ser feito por profissional apto, não sendo atividade profissional do fisioterapeuta, conforme disposto no Acórdão nº 475, de 20 de maio de 2016, do COFFITO. Após o procedimento de decanulação, o cuidador é treinado quanto à realização do curativo compressivo na região do estoma. Revisam-se sinais de alarme e plano de contingência em intercorrências. Este é o primeiro trabalho que descreve o protocolo de decanulação na Atenção Domiciliar, que visa direcionar o trabalho e registrar os cuidados executados na resolução do problema, além de ampliar sua utilização.

Palavras-chave: Decanulação. Domicílio. Transição de cuidados.

Projeto Cuidando Melhor em Casa: utilização de plataformas digitais como ferramenta para auxiliar os cuidadores

Autores: Silva ACL, Carvalho GCS, Couto SO, Faria EM.
Instituição: Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) da Prefeitura de Pará de Minas-MG.
E-mail: anaclopez83@gmail.com

Compete aos profissionais da equipe do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) orientar e capacitar os cuidadores. A atuação das equipes multiprofissionais visa proporcionar resultados positivos na vida destas pessoas, possibilitando o cuidado compartilhado, humanizado e integral. Trata-se de um relato de experiência, por meio do desenvolvimento de tecnologia educativa, sobre o processo de construção de um canal utilizando a plataforma virtual do YouTube e Instagram, com o intuito de difundir conhecimentos pertinentes a cuidados aos pacientes no âmbito da Atenção Domiciliar. Diante de dúvidas rotineiras relacionadas aos cuidados básicos do paciente no domicílio, a equipe do SAD de Pará de Minas idealizou uma possibilidade para facilitar o acesso à informação, surgindo, então, divulgação, via Canal da Prefeitura de Pará de Minas nas plataformas digitais, de postagens de vídeos explicativos sobre os cuidados. No canal e na página, são incluídos vídeos realizados pelos funcionários do SAD em suas áreas de atuação. Os profissionais que produzem os conteúdos dos vídeos são: enfermeiro, médico, fisioterapeuta, nutricionista e fonoaudiólogo. O conteúdo inclui vídeos curtos com explicações para enfatizar as orientações já realizadas presencialmente no domicílio. O material pode ser acessado por meio dos links https://www.youtube.com/watch?v=G3D4G8Jo2Z8 e https://instagram.com/parademinas.saude?igshid=YmMyMTA2M2Y=. A divulgação do canal é feita por intermédio de documento impresso entregue ao cuidador. Os vídeos produzidos abordam aspectos relacionados à assistência, provenientes da construção de um saber técnico-científico, visando facilitar o processo de ensino-aprendizagem. O uso de vídeos educativos dinamiza o aprendizado e facilita a compreensão e a propagação do conhecimento de forma rápida. As tecnologias educacionais mostram-se efetivas para promover a saúde, pois aperfeiçoa o conhecimento e enfrentamento do cuidador, tornando-o capaz de entender como as próprias ações influenciam a saúde do

indivíduo. Os smartphones têm se popularizado nos últimos anos, tornando-se ferramentas de qualidade para ampliação do acesso à informação, além de aproximar os profissionais ao cuidador, proporcionando uma maior rede de apoio e esclarecimento de dúvidas. Essa abordagem ainda oferece praticidade e baixo custo. A utilização dos vídeos teve uma boa adesão por parte dos cuidadores, mostrando-se efetiva no esclarecimento de dúvidas cotidianas em relação ao cuidado na Atenção Domiciliar.
Palavras-chave: Tecnologia educativa. Atenção domiciliar. Orientações aos cuidadores.

Atendimento às intercorrências clínicas domiciliares: um indicador de qualidade da assistência em um home care de Alagoas

Autores: Farias IP, Alves ISG, Santos LGE, Lôbo ALAC, Freitas BM.
Instituição: Saúde e Suporte Home Care, Maceió-Alagoas.
E-mail: isadora.pfarias@gmail.com

Introdução: Intercorrência clínica caracteriza-se como uma instabilidade fisiológica, traduzida por meio de alteração dos sinais vitais de um paciente, associada a outros sinais clínicos neurológicos, respiratórios e cardiovasculares. O atendimento precoce às intercorrências mediante a identificação dos sinais de agravamento clínico reduz os danos e os eventos adversos e favorece a segurança do paciente. Objetivo: Analisar o perfil dos atendimentos das intercorrências clínicas de pacientes em assistência domiciliar em um home care de Alagoas. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo realizado em 2022 uma entidade privada de assistência domiciliar, com acreditação nível 3 pela ONA, situada no município de Maceió-AL e atuação em todo o estado. Os dados foram levantados por meio do registro de atendimentos, de janeiro a dezembro de 2022, a partir do software de prontuário eletrônico IW Care, analisados por intermédio de estatística descritiva e apresentados por meio de distribuições de frequências absolutas e relativas. Resultados: O Saúde e Suporte Home Care conta com uma equipe de enfermeiros e médicos plantonistas, disponíveis 24 horas para atendimento às intercorrências de seus pacientes. Foram registrados 2.698 atendimentos de intercorrências durante o ano, dos quais a maior parte se caracterizou por queixas não urgentes (81,17%). O gerenciamento do fluxo de atendimento possibilitou resolver a maior parte delas por telefone ou em domicílio, mantendo uma taxa de hospitalização baixa. Além disso, 56,34% (1.520) das queixas foram resolvidas em menos de 1h, e 22,67% (611), em até 6h. Conclusão: Concluiu-se que a maior parte dos atendimentos foi classificada em não urgente, com a maioria das queixas resolvidas com sucesso por telefone. O reconhecimento e a ação precoce da equipe de plantão, por meio da aplicação dos fluxos de gerenciamento das intercorrências, são fatores decisivos para a sobrevida e bom prognóstico do quadro, evitando a hospitalização em mais de 90% dos casos. A escassez de estudos nesta temática reforça a importância da criação de protocolos de atendimento, com o objetivo de ampliar a segurança do paciente e melhorar a qualidade da assistência prestada, bem como contribuir para a produção científica na área.
Palavras-chave: Assistência domiciliar. Qualidade da assistência à saúde. Indicadores básicos de saúde.

Terapia da dignidade na Atenção Domiciliar ao paciente com esclerose lateral amiotrófica: relato de experiência

Autor: Silva GF.
Instituição: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES/DF.
E-mail: giselle.fatima@gmail.com

Criada pelo psiquiatra canadense Harvey Chochinov em 2005, a terapia da dignidade (TD) é um tipo de abordagem psicoterapêutica desenvolvida para pessoas com doenças graves e que ameaçam a vida. A TD é uma intervenção breve e individualizada realizada a partir de uma entrevista semiestruturada, em que a pessoa é motivada a relatar e discutir questões relevantes sobre sua vida e que gostaria que fossem lembradas após a morte. Os

diálogos desenvolvidos durante a entrevista são gravados, transcritos e editados num documento (legado) que é entregue ao paciente, e este, por sua vez, geralmente, o dá para seus entes queridos. Neste trabalho, apresentarei a TD e os resultados referentes à sua utilização com um paciente diagnosticado com esclerose lateral amiotrófica em 2020 e assistido por um Serviço de Atenção Domiciliar do SUS do Distrito Federal. A realidade desta doença é um fator de estresse e profundo sofrimento (físico, mental, social e espiritual) para o paciente e sua família, dada a incurabilidade e prognóstico ruim em razão do acometimento degenerativo do sistema nervoso e perda de capacidades vitais, como falar, engolir, respirar, além de paralisia motora. Após estabelecimento de vínculo com o paciente e explicar os objetivos da TD, esta terapia foi realizada em três sessões por causa das condições físicas do paciente. Mediante a realização da TD, foi observado que o paciente pôde resgatar sua singularidade enquanto pessoa, descreveu vivências significativas, analisou o momento atual da vida e futuro, além de registrar emoções e reflexões existenciais sobre diversos temas que considerava relevantes. Após análise do legado produzido e aprovado pelo paciente, verifica-se que a TD é um recurso útil e viável para o contexto da Atenção Domiciliar. Por fim, as expressões verbais e emocionais do paciente indicam que a TD foi um recurso de promoção de bem-estar e resgate de si mesmo, para além da doença.
Palavras-chave: Terapia da dignidade. Esclerose lateral amiotrófica. Atenção domiciliar.

Atendimento domiciliar de nível AD3 em cuidados paliativos no Programa Melhor em Casa da Associação Hospitalar Vila Nova de Porto Alegre/RS

Autores: Schneider M, Soares JF, Souza JR.
Instituição: Associação Hospitalar Vila Nova (Porto Alegre - RS) - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/ Programa Melhor em Casa.
E-mail: maiarafschneider@gmail.com

Trata-se de um relato de caso de uma paciente acompanhada por equipe de cuidados paliativos do Programa Melhor em Casa da Associação Hospitalar Vila Nova de Porto Alegre/RS, no período de outubro a novembro de 2022. Paciente com diagnóstico de adenocarcinoma de vias biliares avançado com metástase hepática, pulmonar e carcinomatose peritoneal com necessidade de paracentese de alívio e paliação de sintomas. Foi implementado cateter monolúmen abdominal para realização de retirada de líquido ascítico, evitando a necessidade de punção de paracentese frequente e visando ao conforto da paciente. Durante acompanhamento, foi identificada preocupação com filho surdo quanto à organização familiar para assisti-lo após sua ausência. Foram realizadas reuniões familiares em conjunto com o serviço social para deliberação deste conflito. No decorrer do cuidado, com o desejo da paciente de permanecer em casa, foi identificada fase ativa de morte e iniciado manejo com analgesia contínua por hipodermóclise e atestado óbito em domicílio pela equipe. No pós-óbito, foi acompanhado processo de reorganização familiar, incluindo orientações para pensão de morte para o filho. Este relato de caso demonstra a viabilidade de atendimento domiciliar de nível AD3 em cuidados paliativos com manejo de óbito domiciliar e cuidados com a família.
Palavras-chave: Cuidados paliativos. Atenção domiciliar à saúde. Cuidados de fim de vida. Serviço social. Paracentese em domicílio.

Apoio espiritual em domicílio: cuidados além do físico

Autor: Griebeler NCG.
Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar do Município de Blumenau - Secretaria Municipal de Promoção da Saúde.
E-mail: natycgomez@yahoo.com.br; sadcoordenacao@blumenau.sc.gov.br

O Serviço de Atenção Domiciliar de Blumenau oferta acompanhamento por meio de visitas semanais da capelania domiciliar. A oferta deste acompanhamento foi idealizada após observação pela equipe de que, muitas

vezes, o paciente portador de patologias graves e/ou seus familiares apresentavam sofrimento espiritual diante da condição de adoecimento. A capelania domiciliar é um serviço voluntário que consiste no acompanhamento semanal dos pacientes cadastrados no SAD e que ocorre juntamente com a equipe de saúde, tendo como objetivo o acolhimento dos pacientes acamados que enfrentam doenças graves com condições ameaçadoras da vida, oferecendo, desta forma, tratamento dos sintomas físicos, psicossociais e espirituais, pois entendemos que, assim como a dor física, social e emocional, também pode ocorrer a dor espiritual, que se refere à falta de sentido na vida, ao medo do pós-morte, às culpas e situações mal resolvidas e à busca de fé e conforto espiritual. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em conceito atualizado em 2002, já inclui a assistência espiritual como eixo norteador de suas ações: "Os Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais". O atendimento da capelania é amplo, não tem predileção de raça, gênero ou religião, visto que a espiritualidade é compreendida como a busca de sentido para a vida e o apoio para o enfrentamento da doença e da morte. A realização destas atividades permite levar esperança, acolhimento e conforto, o que auxilia o enfermo e seus familiares a lidar com a doença e até mesmo enfrentar o luto. Nessa perspectiva, a atuação da capelania tem uma dimensão importante no trabalho com a equipe de saúde, contribuindo diretamente para os resultados da assistência do paciente.

Palavras-chave: Espiritual. Paliativo. Capelania.

Desempenho assistencial de central de telemonitoramento médico-enfermagem de pacientes acamados

Autores: Morais VS, Topciu FR, Moreno RD.
Instituição: Santa Helena Assistência Médica (Grupo Amil).
E-mail: vanessamedabc@yahoo.com.br

Introdução: O atendimento de intercorrências clínicas de pacientes acamados é um desafio logístico assistencial em razão da dificuldade de deslocamento do paciente até uma unidade assistencial para avaliação presencial. A opção de atendimento de intercorrências clínicas por meio de uma central de telemonitoramento médico-enfermagem via ligação telefônica mostrou-se interessante do ponto de vista assistencial e gerencial. Objetivo: Avaliar os seguintes desfechos assistenciais e possível diminuição de passagem no pronto-socorro (PS) e internação hospitalar após condutas de central de telemonitoramento médico-enfermagem, no período de 01/12/2021 até 30/10/2022. Método: O atendimento ocorre por meio de ligação telefônica, em que o familiar relata as queixas clínicas ou dúvidas à equipe de enfermagem, a qual registra em relatório e envia para equipe médica. A avaliação médica inclui a análise do prontuário ambulatorial e eventuais fotos ou exames realizados previamente e termina estabelecendo uma das seguintes condutas: orientações gerais, orientações/ajustes medicamentosos, prescrição de antibiótico via endovenosa (guiado por exame de cultura e antibiograma), solicitação de consulta médica de urgência (em até 24h), solicitação de consulta médica ou da equipe multidisciplinar de rotina ou encaminhamento ao PS. Os desfechos "assistências" são registrados num formulário online "forms" pela equipe médica, que categoriza também os motivos do atendimento. Ajustes de medicação e agendamento de consulta de urgência foram considerados condutas que possivelmente evitaram passagem no PS. Já a prescrição de antibiótico endovenoso foi considerada conduta que evitou internação. Resultados: No período, foram realizados 951 atendimentos a partir de queixas ou sintomas clínicos, dos quais 454 tiveram como conduta médica ajuste de medicação, 124 agendamentos de consulta de urgência em até 24h, 114 solicitações de consulta médica ou da equipe multidisciplinar de rotina (fonoaudiologia, fisioterapia, nutrição, psicologia), 163 orientações gerais, 27 prescrições de antibiótico endovenoso e 69 encaminhamentos ao PS. Em relação às condutas que possivelmente evitaram passagem no PS, observamos: 578 (60,7%) que foram ajustes de medicação e agendamento de consulta de urgência; e 27 (2,8%) foram prescrições de antibiótico endovenoso que evitaram internações. Conclusão: A central de telemonitoramento médico-enfermagem mostrou ser recurso viável para atendimento às intercorrências de baixa e média complexidade para pacientes acamados, resolvendo questões relacionadas ao

deslocamento no momento da intercorrência e beneficiando os pacientes no atendimento pela própria equipe assistencial ambulatorial. Além disso, evita passagens por outras unidades de atendimento, seja por curto ou médio prazo de tempo.
Palavras-chave: Telemonitoramento. Acamados. Intercorrências. Internação.

Avaliação da incidência da apneia obstrutiva do sono em pacientes portadores de doenças neuromusculares: poligrafia domiciliar

Autores: Oliveira AC, Almeida AECC, Santos DF, Correia TS.
Instituição: Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.
E-mail: alecianecris@gmail.com

Introdução: O sono é um processo biológico natural do organismo e sua qualidade é um fator de grande importância para a manutenção da vida de todo ser humano, bem como para a saúde mental, cardiovascular, cerebrovascular e metabólica. Entre os distúrbios respiratórios do sono, a apneia obstrutiva do sono (AOS) é o mais comum, caracterizada por colapso frequente das vias aéreas superiores, levando à hipóxia intermitente e fragmentação do sono. A poligrafia domiciliar tipo III é um método diagnóstico importante, que consiste na monitorização do paciente no domicílio, sem a presença do técnico ao longo do exame, e registra informações como IAH (índice de apneia e hipopneia), esforço respiratório, pulso, saturação de oxigênio, fluxo nasal e ronco, para auxiliar no diagnóstico de distúrbios respiratórios do sono. As doenças neuromusculares (DNM) caracterizam-se pelo comprometimento do sistema nervoso periférico, acometendo diferentes estruturas, entre as quais o sistema respiratório, e podem apresentar uma prevalência significativa de AOS. Objetivo: Avaliar o IAH e o índice de dessaturação em pacientes com DNM acompanhados pela Unidade de Atenção Domiciliar e dos Cuidados Paliativos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (UADCP-HC-UFU). Resultados: No período de um ano (de março de 2022 a março de 2023), foram realizados 30 exames de poligrafia em domicílio, dos quais a média de IAH foi de 6,9 e a média de dessaturação noturna foi de 16,0. Conclusão: A UADCP-HC-UFU, por meio do exame de poligrafia e diagnóstico de AOS, além da avaliação do percentual de dessaturação, vem possibilitando alternativas de tratamento em domicílio a pacientes com DNM de forma mais precoce com indicação do uso de ventilação não invasiva quando necessário, garantindo melhora da qualidade de vida dos pacientes assistidos.
Palavras-chave: Poligrafia noturna. Ventilação não invasiva. Doença neuromuscular.

Gerenciamento da efetividade clínica em uma instituição de atendimento domiciliar de Alagoas

Autores: Silva EL, Freitas BM, Costa CFGB.
Instituição: Saúde e Suporte Home Care.
E-mail: erivanialucio@gmail.com

A efetividade clínica é uma medida da ação de um tratamento específico na prática médica, obtida com base em pesquisa, experiência clínica e preferências dos pacientes, visando alcançar excelência na assistência prestada. Ademais, compreende a obtenção de evidências, mudanças de condutas e impacto proporcionado pela alteração de alguma prática baseada no mais indicado procedimento terapêutico para os clientes. O objetivo é descrever os resultados do gerenciamento da efetividade clínica da equipe multidisciplinar em pacientes de uma instituição de assistência domiciliar. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência. Para garantir resultados clínicos voltados à individualidade de cada paciente, no sistema de prontuário eletrônico disposto foi utilizado um gerenciamento de metas terapêuticas, com a realização de um ciclo com definição das metas, avaliação dos resultados, discussão dos casos clínicos e feedback para os clientes. A equipe multidisciplinar,

composta por enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, médico, fonoaudiólogo, assistente social e psicólogo, reuniu-se para definir as metas dos pacientes internados no Programa de Internação Domiciliar. Primeiramente, as equipes se reuniram individualmente para definir metas específicas para os pacientes diante de suas realidades, e, logo em seguida, as metas foram inseridas no sistema de prontuário eletrônico. Este momento tem como objetivo acompanhar de forma multidisciplinar os declínios e as melhorias clínicas de cada paciente, respeitando a sua individualidade, por meio de objetivos claros ao binômio paciente-família. As metas cadastradas baseiam-se em: evitar hospitalizações e infecções, realizar sonhos, aprimorar comunicação sobre cuidados paliativos com família, evitar perdas acidentais de sondas gastrointestinais e evitar episódios de engasgos. Após definidas as metas dos pacientes, a equipe monitorou por um período de dois meses e trabalhou firmemente no alcance dessas metas, realizando discussões clínicas e conferências familiares sempre que pertinentes com foco na qualidade e segurança do paciente. Para avaliar o resultado das metas propostas, a equipe novamente se reuniu para a discussão da rodada gerenciada e baseada no resultado monitorado pela gestão da qualidade. Observou-se que, no período, foi possível evitar 94% das hospitalizações, promover e otimizar medidas de conforto em 92% dos pacientes, aliviar 80% dos sinais e sintomas de dor, evitar 100% das tromboses venosas profundas, evitar 92% de eventos adversos relacionados à broncoaspiração e 87,7% de infecções respiratórias em pacientes gerenciados. Diante do exposto, concluiu-se que o olhar holístico ao paciente e o uso de ferramentas para gerenciamento da efetividade clínica determinam melhorias em sua condição de vida e aprendizado organizacional.

Palavras-chave: Efetividade clínica. Assistência domiciliar. Indicadores básicos de saúde.

Análise do sinal eletromiográfico, força e variabilidade da frequência cardíaca em cuidadores do SAD-HC-UFU antes e depois de uma jornada de trabalho

Autor: Silva PK.
Instituição: Universidade Federal de Uberlândia.
E-mail: pamela_karolinesilva@yahoo.com.br

Introdução: O envelhecimento da população, somado à cronificação das doenças, aumentou a demanda por cuidados continuados, levando os governos a repensar o modelo de atenção em saúde e resgatar o domicílio como um ambiente terapêutico para o cuidar. Para isso, o cuidador possui um papel fundamental, tornando-se o elo entre a equipe de saúde e o paciente. A tarefa de cuidar expõe os cuidadores a fatores de risco físicos, organizacionais e psicossociais que geram sobrecarga física e mental, tornando-os susceptíveis para o desenvolvimento de desordens musculoesqueléticas (lombalgia) e/ou até mesmo doenças relacionadas aos altos níveis de estresse, que podem levar à incapacidade desse cuidador e sua inabilidade de manutenção do cuidado. Objetivo: Analisar o sinal eletromiográfico e força dos músculos eretores da espinha e a variabilidade da frequência cardíaca em cuidadores de um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), antes e depois de uma jornada de trabalho. Métodos: Foram selecionados para o estudo 24 cuidadores (18 mulheres e 6 homens) com quadro de lombalgia, pertencentes a um SAD do Hospital de Clínicas de Uberlândia. Os dados eletromiográficos e força dos eretores da espinha foram coletados a partir de três contrações isométricas voluntárias máximas (CIVM). Para tal, foram utilizados eletrodos de superfície diferenciais simples, com ganho de 20 vezes, e registrados por meio de um eletromiógrafo computadorizado - EMG System do Brasil 830C. A variabilidade da frequência cardíaca (VFC) foi coletada por meio da cinta POLAR® H10 com o cuidador em repouso. Todas as coletas foram realizadas pela manhã e ao final de um dia de trabalho, com intervalo de 8 horas. Para normalização dos dados eletromiográficos (RMS e F50) e de força (CIVM), os valores iniciais (pré-jornada de trabalho) foram considerados como 100%. Foram também utilizados dois questionários, Roland-Morris Questionnaire (RMQ) e Escala de Necessidade de Descanso (ENEDE), para avaliar, respectivamente, o grau de incapacidade do cuidador e a sua necessidade de recuperação do trabalho. Para análise dos dados, foi utilizado o programa computadorizado GraphPad Prism (versão 8.4 – Graphpad Software, Inc), e o nível de significância foi estabelecido em 5%. Resultados: Apesar do aumento significativo do RMS pós-jornada de trabalho, não foram observados declínios significativos para os valores da F50 e força para o mesmo momento (pós-jornada). A mensuração da incapacidade funcional, a partir do RMQ, revelou que apenas 20,8% dos indivíduos, todos do sexo feminino, foram

classificados como incapacitados funcionalmente. Já em relação à VFC, foi observada uma predominância do sistema simpático em detrimento do parassimpático, confirmando estresse fisiológico nesse grupo. Por último, 45,83% dos cuidadores foram identificados com maior necessidade de descanso. Discussão: A fatigabilidade dos músculos da coluna em testes isométricos no sexo feminino é menor quando comparada ao sexo masculino em função de as mulheres possuírem maior quantidade de fibras do tipo I, resistentes à fadiga (73,08% da amostra era composta por mulheres). Também o fato de os cuidadores estarem ativos em suas atividades laborais garante a preservação de sua capacidade funcional e a manutenção de fibras do tipo I. Além disso, pode ter ocorrido redistribuição da atividade dos músculos posteriores da coluna, gerando compensações adaptativas no momento do teste, justificando os resultados encontrados para a F50 e força. Por fim, os inúmeros fatores estressores relacionados à tarefa de cuidar e as repetidas recuperações insuficientes aumentam a atividade do sistema simpático, caracterizando estresse fisiológico, que, quando mantido por tempo prolongado, pode ser prejudicial à saúde e gerar incapacidade para o trabalho e comprometimento da qualidade de vida. Conclusão: Foi demonstrado aumento significativo dos valores do RMS no final da jornada de trabalho, indicando fadiga muscular, apesar de os valores de F50 e força não apresentarem redução no mesmo período. Além disso, foi observado um aumento significativo do índice de estresse após a jornada de trabalho, acompanhado por um aumento do SNS e uma redução do PNS.

Palavras-chave: Estresse fisiológico. Cuidador domiciliar. Dor lombar.

Programa de atendimento multidisciplinar a idosos acamados em operadora de saúde verticalizada

Autores: Morais VS, Moreno RD, Topciu FR.
Instituição: Santa Helena Assistência Médica (Grupo Amil).
E-mail: vanessamedabc@yahoo.com.br

Introdução: A assistência em saúde para indivíduos acamados é um desafio tanto para o Sistema Único de Saúde quanto para a rede privada, em razão do alto custo do atendimento domiciliar e da dificuldade de atendimento ambulatorial exclusivo, com necessidade de transporte especial. Neste contexto, em 2007, o Santa Helena Assistência Médica, rede privada verticalizada de assistência à saúde, criou o Programa de Suporte Integrado a Idosos de Alta Dependência (SIAD), modelo de atuação multidisciplinar que conta com atendimento domiciliar, ambulatorial, virtual e também por telefone, configurando então um modelo de assistência mista. Objetivo: Descrever modelo assistencial misto de atuação multidisciplinar que proporciona atendimento ambulatorial, domiciliar, virtual e por telefone para assistência de idosos acamados, em decorrência de qualquer motivo clínico. Método: A equipe assistencial é formada por: sete médicos geriatras, duas psicólogas, uma nutricionista, uma assistente social, dois fisioterapeutas (todos citados anteriormente realizam atendimentos presenciais e virtuais), três enfermeiras gestoras (atendimento por telefone) e três enfermeiras visitadoras (atendimento domiciliar). Os atendimentos presenciais ocorrem em unidade ambulatorial acessível. Caso os familiares não consigam levar os pacientes, há liberalidade de ambulância para consulta. As consultas virtuais são realizadas com agendamento. A central de telemonitoramento médico-enfermagem realiza ligações periódicas e está disponível para receber ligações no caso de queixas clínicas ou dúvidas, em horário comercial. A equipe médica da central realiza impressão clínica e conduta após a revisão do prontuário e da caracterização da queixa clínica realizada pela equipe de enfermagem. São realizadas ainda consultas domiciliares de enfermagem mensalmente ou de urgência. Resultados: No ano de 2022, tivemos no Programa SIAD média mensal de: 402 pacientes ativos, 37 inclusões e 22 óbitos. Quanto às consultas, obtivemos a seguinte média mensal; médicos, 156 consultas ambulatoriais (22 pacientes foram trazidos de ambulância) e 56 virtuais; nutrição, 62 consultas presenciais e 40 virtuais; fonoaudiologia, 62 consultas virtuais e 32 presenciais; assistente social, 32 consultas presenciais e 30 virtuais; fisioterapia virtual, 128 consultas; psicologia, 64 consultas virtuais e 58 presenciais (atendimento de familiares cuidadores). As enfermeiras realizaram em média 280 visitas/mês. A central de telemonitoramento médico-enfermagem realizou, em média por mês, 383 monitoramentos e recebeu 144 ligações com queixas ou dúvidas. Conclusão: O modelo SIAD oferece uma abordagem assistencial multidisciplinar mista que atende

à realidade crescente de idosos multimórbidos dependentes e acamados, resultando em melhor seguimento clínico e planejamento de cuidados no aspecto mais amplo que esse tipo de paciente exige, não excluindo as questões psicossociais relacionadas.
Palavras-chave: Acamados. Multidisciplinar. Verticalizada.

Validação farmacêutica na pré-implantação: admissão segura do paciente em um home care da cidade de Maceió/Alagoas

Autores: Borges AS, Montenegro JF, Silva MM.
Instituição: Saúde e Suporte Home Care.
E-mail: farmacia@saudeesuporte.com.br

Introdução: Na transição do cuidado, o farmacêutico tem papel fundamental realizando a conciliação medicamentosa, e essa atividade é atribuída à validação farmacêutica na pré-implantação, por meio da análise detalhada da prescrição medicamentosa, promovendo a atuação do farmacêutico na prevenção de erros de medicamentos. Objetivos: O estudo tem o objetivo de promover segurança medicamentosa na pré-implantação, fase anterior à admissão do paciente no Serviço de Atenção Domiciliar, reduzir riscos associados a medicamentos e garantir a conciliação medicamentosa do paciente na desospitalização e retorno ao domicílio. Metodologia: Foi realizado um estudo prospectivo descritivo para analisar a prescrição medicamentosa dos pacientes na fase de pré-implantação entre o período de janeiro de 2021 a dezembro de 2022. A metodologia de validação é própria do serviço de farmácia da instituição, aplicando critérios estabelecidos para comparar os dados da captação do paciente, realizado pelo médico e enfermeiro do acesso, contidos no software utilizado na instituição. A amostra foi composta por 273 prescrições de pacientes analisadas. Resultados: Houve incidência de intervenção farmacêutica em 26% das prescrições analisadas. Enquanto modalidade, 74% das prescrições validadas eram de pacientes do Programa de Internamento Domiciliar (PID), em que o perfil prevalente foi de pacientes idosos (68%) polimedicados. As intervenções clínicas realizadas foram agrupadas em 16 critérios de avaliação farmacêutica. Conclusão: A validação da prescrição médica na pré-implantação se mostrou uma barreira fundamental na instituição para evitar os quase erros e minimizar os riscos associados a medicamentos.
Palavras-chave: Reconciliação de medicamentos. Transição do cuidado. Serviços de assistência domiciliar.

Capacidade funcional de idosos pós-Covid-19 que foram atendidos por um Serviço de Atenção Domiciliar após a alta hospitalar

Autores: Veppo AA, Rosa TF, Milanesi TC, Souza JR, Alvarenga LFC, Sbruzzi G.
Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar da Associação Hospitalar Vila Nova em Porto Alegre-RS.
E-mail: aline.vepo@hotmail.com

Introdução: A Covid-19 pode gerar graves déficits funcionais após a alta hospitalar, os quais podem perdurar por vários meses. Objetivos: Avaliar o estado funcional de idosos pós-Covid-19 que foram assistidos por um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de Porto Alegre-RS após a alta hospitalar. Metodologia: Estudo transversal conduzido no SAD da Associação Hospitalar Vila Nova (AHVN) de Porto Alegre-RS. A amostra foi composta por pacientes idosos pós-Covid-19 que foram atendidos pelo SAD após alta hospitalar de qualquer hospital do município, visando à transição de cuidados, entre 2020 e 2021. Os dados foram coletados por chamada telefônica, por meio da aplicação de duas escalas que avaliam funcionalidade, Índice de Barthel e Escala de Estado Funcional Pós-Covid-19 (PCFS), além de questionário próprio, bem como avaliação documental dos dados disponíveis no SAD. Os dados foram expressos como média e desvio-padrão, e as variáveis categóricas foram expressas como valor absoluto e porcentagem. Este estudo foi aprovado no CEP/UFRGS Parecer nº 5688868 e contém dados preliminares. Resultados: Foram contatados 79 indivíduos, dos quais 10 foram excluídos por óbito, 54 não atende-

ram à ligação e 15 foram incluídos após aceite. A maioria da amostra foi composta por homens (60%), com média de idade de 70,4 ± 6,4 anos. A PCFS mostrou que 73,3% dos indivíduos retornaram ao estado funcional prévio à infecção por Covid-19, porém 26,6% não atingiram completa recuperação funcional. Os resultados do Índice de Barthel indicam que 80% dos avaliados podem ser considerados independentes, e 20%, dependentes severos ou moderados, mesmo quase dois anos após a alta (1,9 ± 0,4 ano). Quanto ao acesso à reabilitação após a alta do SAD, 53,3% relataram ter realizado acompanhamento fisioterapêutico, sendo 50% de forma particular, 25% via ambulatórios vinculados ao SUS e os demais em ambulatórios universitários (12,5%) e filantrópicos (12,5%). Conclusão: A maioria dos idosos pós-Covid-19 apresentou estado funcional preservado, porém uma parcela permaneceu com dependência moderada a severa, mesmo após quase dois anos. Estratégias de reabilitação eficazes e acessíveis aos idosos sobreviventes à Covid-19 após a alta do SAD são necessárias.
Palavras-chave: Pós-Covid-19. Estado funcional. Idosos. Atenção domiciliar.

Planejamento terapêutico do paciente com Alzheimer avançado atendido no domicílio

Autores: Gonçalves JK, Costa DR, Barros CR, Guimenes GFLO.
Instituição: Serviço de Atendimento Unimed Domiciliar (Unimed Bauru).
E-mail: jeannekgoncalves@gmail.com

Introdução: O Alzheimer é a doença neurodegenerativa mais incidente no mundo. O estágio avançado está associado a prejuízos na função que afetam a autonomia do paciente. Objetivo: Demonstração do planejamento terapêutico do atendimento domiciliar paliativo abordando indicação de via alternativa de alimentação do paciente L.P.D.S., 75 anos, gênero masculino, com Alzheimer avançado. Metodologia: Foram aplicados os escores da Palliative Performance Scale (PPS), Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) e Avaliação Subjetiva Global Adaptada (ASG-A), dados do Índice de Massa Corpórea (IMC), Área Muscular do Braço (AMB) e Circunferência da Panturrilha (CP) durante inclusão no atendimento (09/2018) e quatro anos após (04/2022), período da evolução da doença. Resultados: A escala PPS se manteve 30 em quatro anos de acompanhamento (abaixo de 50 = indicação cuidados paliativos). De acordo com IVCF-20, o paciente se encontra no estrato 10 e apresentou piora da fragilidade com aumento da pontuação de 23 para 24 em razão apenas da variável idade. Houve piora da deglutição (VO semissólida + líquido fino para pastosa e líquido espessado néctar), do estado nutricional (20,0 = eutrofia para 17,8 = desnutrição leve), e da reserva de tecido muscular (AMB de 55,9 cm^2 para 47,9 cm^2 ainda dentro da normalidade, e CP de 27,5 cm para 26,5 cm - ambos menores que 31 cm), o que contribuiu para aumento de 9 pontos da ASG-A (5 para 14 pontos). Discussão: O paciente iniciou acompanhamento já com a doença avançada com indicação de cuidados paliativos. A piora da nutrição no paciente com Alzheimer avançado neste caso não comprometeu a funcionalidade. Segundo avaliação fonoaudiológica, o paciente tem condições de manter alimentação por via oral. Na atual condição clínica do paciente, mesmo com piora nutricional, o planejamento terapêutico não indicou via alternativa para nutrição. Conclusão: A escala PPS, escore IVCF-20, ASG-A, IMC, AMB e CP foram úteis para o planejamento terapêutico do paciente com Alzheimer avançado.
Palavras-chave: Planejamento terapêutico. Alzheimer. Paliativo. Nutrição.

A força do coletivo na saúde: experiência de um grupo de WhatsApp de mães de pacientes acompanhados pelo PADI-RJ

Autor: Angeli DJC.
Instituição: Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso – PADI /RJ.
E-mail: dj_angeli@hotmail.com

Em março de 2020, foi criado um grupo de WhatsApp com as mães dos pacientes pediátricos acompanhados pelo PADI-RJ. A ideia inicial do grupo era integrar essas mulheres que têm filhos com necessidades especiais

e moram em diferentes regiões no município do Rio de Janeiro. A médica pediatra responsável pelo atendimento das crianças é a administradora do grupo e oferece, na visita de adesão ao programa, a possibilidade de participação no grupo. O grupo é exclusivo de mulheres responsáveis pelas crianças (mães e avós), uma vez que reconhecemos que a grande maioria dessas crianças é cuidada exclusivamente pela figura feminina e há o interesse de que questões pertinentes às mulheres tenham esse espaço garantido para acolhimento. A participação da médica era inicialmente de ouvinte, mas, com a chegada da pandemia, esse canal se tornou um potente comunicador de cuidados no enfrentamento à pandemia; assim, atualmente, outras informações e orientações de cuidado médico também são realizadas por meio desse canal. O grupo conta hoje com 74 mulheres, e, mesmo com a saída do programa ou do óbito de algumas das crianças durante esses anos, as responsáveis permanecem no grupo se desejarem. As principais questões abordadas são os cuidados diários às crianças, em que as mães trocam experiências, inclusive com a utilização de vídeo para orientação em procedimentos como troca de dispositivos que saem por acidentes, solicitação e trocas de insumos e medicamentos, além do apoio às diversas fragilidades, como luto, exaustão da cuidadora, dificuldades nas relações familiares e internações. Há também relatos de experiências exitosas com os filhos, como a participação na escola, passeios, aniversários e outras comemorações, além das superações das diversas limitações. Para o ano de 2023, o grupo tem duas novas ações programadas: aulas sobre as principais complicações clínicas dos pacientes (os assuntos serão escolhidos pelas mães e apresentados por vídeo pela médica assistente de forma simples no intuito de oferecer à possibilidade de entendimento e reconhecimento de gravidade) e práticas semanais de meditação e ioga restaurativa guiadas por uma professora parceira. A utilização de um meio de comunicação hoje de fácil acesso mostra a força do coletivo na saúde e como ações que não geram qualquer custo adicional são capazes de ampliar o cuidado domiciliar de pacientes pediátricos de média e alta complexidade.

Palavras-chave: PADI. Comunicação. Coletivo. Feminilização do cuidado.

Monitoramento remoto de pacientes traqueostomizados, ventilados mecanicamente em domicílio: um relato de experiência de um home care em Maceió

Autores: Vanderlei RS, Zimpel SA, Liberal BL, Carcavilla TLS.
Instituição: Saúde e Suporte Home Care.
E-mail: rafaelavanderlei@hotmail.com

Introdução: O AirView™ é um sistema para o gerenciamento de pacientes com distúrbios respiratórios, permitindo que os profissionais de saúde possam colaborar de modo integrado, armazenando informações de diagnóstico, prescrição e terapia do paciente. Experiência do serviço: Relato sobre a implantação do monitoramento remoto de pacientes que respiram sob ventilação mecânica invasiva, via traqueostomia e se encontram em assistência domiciliar na modalidade internamento domiciliar. O serviço de fisioterapia do Saúde e Suporte Home Care acompanhou o monitoramento remoto de oito pacientes traqueostomizados, ventilados mecanicamente, no período de agosto de 2021 a dezembro de 2022. O público engloba crianças, adultos e idosos, com diagnósticos diversos: esclerose lateral amiotrófica, síndrome de hipoventilação central congênita, doença pulmonar obstrutiva crônica pós-Covid-19, hipóxia perinatal grave secundária à síndrome de aspiração meconial, broncodisplasia + síndrome de West, espinha bífida, síndrome de Wang, síndrome de Arnold-Chiari tipo I. Os pacientes foram assistidos pela equipe de fisioterapia diariamente e as informações do monitoramento remoto foram recebidas mensalmente. As informações dadas pelo monitoramento são inúmeras, tais como: volume corrente médio, frequência respiratória, apneia, IPAP e EPAP, tempo inspiratório, Índice de Apneia-Hipopneia (IAH), modo e parâmetros ventilatórios, tipo de circuito ventilatório, tempo de utilização do respirador em horas. Alarmes: fuga, apneia, volume expiratório por minuto (minuto alto ou baixo), desconexão do circuito, volume corrente expiratório baixo ou alto, frequência respiratória baixa ou alta, PEEP alto, pressão inspiratória alta. O monitoramento ainda informa modificações recentes na configuração do aparelho. Conclusão: A tecnologia é uma grande aliada à assistência em saúde. A facilidade do monitoramento remoto pode simplificar e auxiliar na assistência domiciliar e prováveis intercorrências ventilatórias que possam ocorrer no momento em que o fisiotera-

peuta não se encontra no domicílio, permitindo que, mesmo à distância, o profissional consiga identificar o que está ocorrendo com o paciente. Por meio das informações recebidas do monitoramento remoto, foi possível realizar ajustes na configuração de um aparelho, otimizando a ventilação e reduzindo episódios de queda de saturação por causa da apneia.
Palavras-chave: Monitoramento remoto de pacientes. Respiração artificial. Assistência domiciliar.

Processo de desospitalização de pacientes mecanicamente ventilados no Serviço de Atenção Domiciliar da Associação Hospitalar Vila Nova em Porto Alegre/RS

Autores: Veppo AA, Rodrigues GO, Padilha KB, Souza JR.
Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar da Associação Hospitalar Vila Nova em Porto Alegre-RS.
E-mail: aline.vepo@hotmail.com

No município, há três equipes especializadas em ventilação mecânica domiciliar (VMD), as quais estão alocadas no SAD-AHVN, responsáveis por acompanhar todos os pacientes adultos e pediátricos com indicação de suporte ventilatório. A inclusão destes pacientes, em sua maioria, ocorre ainda em meio hospitalar, quando, ao identificar um paciente elegível para VMD, a equipe assistente solicita avaliação do serviço via web. Após regulação da Secretaria Municipal de Saúde, há direcionamento para o serviço. Ao receber a solicitação, a equipe de VMD segue o fluxo de desospitalização, o qual é controlado pelo checklist de desospitalização, instrumento que direciona a equipe durante as etapas do processo. Inicialmente, preconiza-se a discussão de caso entre médicos via telefone em no máximo 4h e avaliação hospitalar pela equipe VMD em até 48h úteis. Após avaliação hospitalar e inclusão do paciente internado, ocorre a avaliação do domicílio, feita pela assistente social da equipe, conforme orientações do Ministério da Saúde. Paralelamente, deve ser assinado o Termo de Acesso à Emergência Hospitalar pela chefia da emergência do hospital solicitante, coordenação do PMC e SAD-AHVN, documento que garante retaguarda hospitalar ao paciente em caso de reinternação. Imediatamente cumpridas as etapas anteriores, é solicitado equipamento de VMD (invasiva ou não invasiva) por via administrativa, o qual deve ser implantado no hospital em no máximo 48h. O paciente recebe o equipamento e insumos no hospital e bateria nobreak no domicílio, preconizando adaptação em meio hospitalar. Para que ocorra a alta, o cuidador deve ser treinado pela fisioterapeuta da equipe de VMD e o paciente deve estar adaptado há pelo menos 48h. Inicialmente, o paciente deve receber visitas domiciliares três vezes na semana no primeiro mês e então deve ser reavaliada nova periodicidade, classificando o paciente em verde (mensal), amarelo (quinzenal) ou vermelho (semanal). Desde que a equipe foi criada, em 2019, já foram realizadas 230 desospitalizações de pacientes ventilados, hoje com uma taxa de reinternação de 3,88 dias. Visando qualificar a assistência prestada, as equipes participam de atividades constantes de educação permanente em serviço, rounds, reuniões e avaliações.
Palavras-chave: Ventilação mecânica domiciliar. Transição de cuidados. Atenção domiciliar.

Desospitalizações de pacientes pediátricos complexos realizadas no período de 2017 a 2022 pelo Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (SAD-HRMS)

Autores: Barbosa ARC, Ferreira PSC, Moreno FAVC, Duarte HHS.
Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar - Hospital Regional de Mato Grosso do Sul.
E-mail: alexandrarcb@gmail.com

Introdução: Em cinco anos de atuação da pediatria no Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (SAD-HRMS), habilitado pelo Programa Melhor em Casa, foram desospitalizadas, com sucesso, 39 crianças crônico-complexas. Objetivo: Traçar o perfil dos pacientes pediátricos desospitalizados pelo SAD-HRMS no período de 2017 a 2022. Método: Análise de prontuários eletrônicos e planos de

atenção domiciliar para tabulação dos indicadores: número de pacientes, origem, diagnóstico, complexidade, uso de suporte ventilatório invasivo ou não invasivo e/ou oxigênio e óbitos. Resultados: Foram atendidos na totalidade 75 pacientes, dos quais 44 (58,6%) provenientes de hospitalização e 31 (41,4%) admitidos por solicitações provenientes de equipes de atenção básica ou ambulatorial. Quanto ao diagnóstico: 59 pacientes (78,6%) possuíam diagnóstico de patologia neurológica; 7 (9,3%), onco-hematológicos; 5 (6,6%), pneumopatas; 1 (1,3%), nefropata; 1 (1,3%), malformação cardíaca; 1 (1,3%), epidermólise bolhosa; e 1 (1,3%), síndrome do intestino curto. Quanto à complexidade, 35 pacientes (46,6%) foram classificados como Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3), e 40 (53,4%), como AD2, sendo que 9 pacientes (12%) necessitavam de ventilação mecânica invasiva e 14 (18,6%) faziam uso de oxigenoterapia. Durante o período em que estavam inseridos no serviço, receberam atendimento da equipe multiprofissional composta por médica pediatra, médico especialista em dor, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, fonoaudióloga, psicóloga, assistente social e terapeutas ocupacionais, conforme as necessidades apresentadas. Quanto ao desfecho, evoluíram para óbito 17 pacientes (22,6%), sendo 9 óbitos hospitalares e 8 óbitos domiciliares. Conclusões: O perfil de pacientes atendidos pelo SAD-HRMS é composto, em sua maioria, por pacientes com sequelas ou síndromes neurológicas graves, com alta complexidade. Vencemos desafios diariamente, porém é extremamente gratificante desospitalizar crianças com patologias crônico-complexas e mantê-las em segurança nos seus lares, proporcionando convívio familiar e qualidade de vida a elas.

Palavras-chave: Atenção domiciliar. Desospitalização. Covid-19.