

Revista Brasileira de Atenção Domiciliar

Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar



Editorial

Resumos – CIAD 2016

Resumos expandidos dos
trabalhos premiados

Congresso Brasileiro
Interdisciplinar de
Assistência Domiciliar



CIAD 2017

16º Congresso Brasileiro Interdisciplinar
de Assistência Domiciliar

CUIDADOS DOMICILIARES: CONSTRUÇÕES COLETIVAS

10 e 11 de Novembro de 2017

Centro de Convenções Rebouças | São Paulo/ SP

PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA - TEMAS

CURSOS Pré-Congresso: 10 de novembro de 2017 - sexta-feira - 09h às 12h30

IMPERDÍVEL: OFICINAS!

CONGRESSO 10 de novembro de 2017 - sexta-feira - 14h às 18h00

- ATIVIDADE I – O domicílio como espaço de cura
- ATIVIDADE II – O domicílio como espaço de reabilitação
- ATIVIDADE III – O domicílio como espaço de cuidados crônicos
- ATIVIDADE IV – O domicílio como espaço de cuidados paliativos

CONGRESSO 11 de novembro de 2017 - sábado - 09h às 18h00

- ATIVIDADE I – O domicílio como espaço de cura
- ATIVIDADE II – O domicílio como espaço de reabilitação
- ATIVIDADE III – O domicílio como espaço de cuidados crônicos
- ATIVIDADE IV – O domicílio como espaço de cuidados paliativos

www.ciad.com.br

INFORMAÇÕES e INSCRIÇÕES:



Tel: 11 4303-7235
ciad@preferencialeventos.com.br

REALIZAÇÃO:



FUNDAÇÃO
FACULDADE DE MEDICINA

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 III - Número III - jan./jun. 2017

ISSN 2446-841X



CIAD



NADI

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



Rua Antônio Jorge Frade, 202 - Centro - Holambra (SP) - CEP 13825-000

Fone: (19) 3802-2306

Site: www.editorasetembro.com.br

E-mail: editora@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. III (2017) -

Ano III n. III jan./jun. 2017

Semestral

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 III - Número III - jan./jun. 2017
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

Ivanete Macedo de Carvalho – NADI/ICHCFMUSP

Ligia Stungis Spedanieri – NADI/ICHCFMUSP

Maria Aquimara Zambone – NADI/ICHCFMUSP

Maria Carolina Gonçalves Dias – Nutrição/HCFMUSP

Sibele Silva dos Santos – NADI/ICHCFMUSP

Solange Brícola – Universidade Mackenzie e 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

Incrível como em apenas três anos a Revista Brasileira de Atenção Domiciliar já acumula tanta evolução e desenvolvimento.

Nesta edição, como poderão ver, iniciamos a publicação de estudos originais, atingindo nossa meta inicial de divulgar o conhecimento específico entre aqueles que atuam neste cenário ímpar de trabalho: o domicílio e tudo que nele habita.

Erra quem pensa que o paciente é o mesmo no hospital, no consultório ou em casa. O ambiente faz toda a diferença no seu comportamento, bem como dos cuidadores e profissionais.

As forças que regem essas relações tornam-se diferentes na qualidade e intensidade e, por isso, exigem adaptações para que as consequências sejam igualmente positivas para todos os envolvidos.

Para contribuir nesse propósito, o artigo “Relações de poder estabelecidas na assistência domiciliar entre cuidadores e profissionais” ressalta aspectos que dificilmente serão tão evidentes nos outros ambientes assistenciais.

Nesse mesmo sentido, a relação entre o risco e o benefício de cada ação encontra, no domicílio, outros conteúdos e continentes. Os artigos “Avaliação de risco à segurança do paciente em domicílio” e “Protocolo para assistência às intercorrências em Assistência Domiciliar pelo EMAD “Tide Setúbal” analisam essas variáveis e propõem soluções criativas para o encontro da melhor solução.

Com isso, esperamos estar avançando em consolidar uma linha editorial que atende às nossas necessidades de conhecimento, utilizando também nossa produção científica, o que fecha o ciclo da transferência de conhecimento simultâneo que produz com quem consome e que, ao mesmo tempo, retroalimenta aquele que se sente na necessidade de produzir mais e melhor.

Em resumo, não nos ensinamos simplesmente.

Educamo-nos mutuamente.

Ao finalizar, anuncio mais uma inovação da nossa Revista Brasileira de Atenção Domiciliar: este Editorial, nas próximas edições, será escrito por diferentes membros do nosso amplo elenco de colaboradores, para que possamos conhecer, um a um, nas suas ideias e ideais mais marcantes.

Despeço-me, pois, deste espaço ocupado com muito orgulho e prazer nestes três anos, ansiando por ler e degustar os próximos textos, os quais nos apresentarão a constante evolução desta, que se consolida à cada edição, no mais completo documento nacional sobre atenção domiciliar.

PROF. DR. WILSON JACOB FILHO

Sumário

APRESENTAÇÃO PARA 16º CONGRESSO BRASILEIRO INTERDISCIPLINAR DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (10 E 11 DE NOVEMBRO DE 2017)

Cuidados domiciliares: construções coletivas	17
ARTIGOS	
Protocolo para assistência às intercorrências em atendimento domiciliar pela EMAD Tide Setúbal	21
Relações de poder estabelecidas na atenção domiciliar entre cuidadores e profissionais	31
Avaliação de risco à segurança do paciente no domicílio	39
RESUMOS	
O impacto da assistência multiprofissional na sobrevida de criança de 3 anos de idade com Síndrome de Patau	49
Capacitação básica multiprofissional para os cuidadores informais da atenção domiciliar da Secretaria de Saúde do Distrito Federal - Região Oeste/Ceilândia	49
Novo modelo de gestão regionalizada em saúde do Distrito Federal: impacto para a assistência domiciliar da Região Oeste ..	50
Perfil socioepidemiológico dos pacientes atendidos por uma unidade de assistência domiciliar no município de São Paulo	50
Promoção de saúde para cuidadores por meio de alimentação adequada e saudável como parte do Desafio Mais Saúde na Cidade 2016.....	51
A experiência de pacientes assistidos em domicílio sob a perspectiva da psicologia humanista	51
Economia gerada pelo empréstimo de oxigênio na desospitalização	52
Protocolo de cuidados paliativos domiciliar: otimização de leitos e humanização do serviço	52
Visitas domiciliares: dinâmica dos entraves enfrentados pelos enfermeiros visitantes.....	53
A avaliação do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI) a partir do sistema de informação RAAS-AD	53
Protocolo de segurança pelo Home Care-AMIL/RJ em pacientes de alta complexidade	54
Análise do tempo de permanência no atendimento do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso do município do Rio de Janeiro - 2013 a 2015	54
Implantação de uma clínica de transição em uma unidade atenção domiciliar de uma cooperativa de trabalho médico	55
Uso do colchão pneumático na prevenção e tratamento da UPP em uma unidade de internação domiciliar.....	55
Perfil das intercorrências clínicas de uma unidade atenção domiciliar de uma cooperativa de trabalho médico	56
O protagonismo na enfermagem: metodologia pautada na resolutividade do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) oncológico.....	56
O trabalho do enfermeiro no Serviço de Atenção Domiciliar: visão dos cuidadores	57
(Influências do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e Serviço de Cuidados Paliativos (SCP) oncológico no desenvolvimento local	57

Conhecimentos e práticas da enfermagem na administração de fluidos por via subcutânea.....	58
Manutenção de via oral exclusiva em idosos: análise transversal em atenção domiciliar.....	58
O uso do Sandplay no atendimento psicológico domiciliar.....	59
Múltiplas aplicabilidades da análise acústica dos sons da deglutição em avaliação fonoaudiológica deglutitória domiciliar.....	59
Hipodermóclise em domicílio como opção de via de acesso em paciente com glioblastoma multiforme em cuidados paliativos.....	60
Uso de antibiótico em home care: experiência em São Paulo.....	60
As relações de poder na atenção domiciliar.....	61
Cuidando do profissional que cuida de pacientes em internação domiciliar da Região Centro-Norte do Distrito Federal.....	61
Cuidando do cuidador do paciente em internação domiciliar da Região Centro-Norte do Distrito Federal.....	62
Avaliação da qualidade de vida em paciente assistido por assistência domiciliar multiprofissional com mucoviscidose: relato de experiência.....	62
Avaliação da qualidade de vida em paciente assistido por assistência domiciliar multiprofissional com DPOC crônica: relato de experiência.....	63
Restabelecimento de via oral após período prolongado de uso de via alternativa de alimentação: relato de experiência.....	63
Avaliação da qualidade de vida em paciente assistido por assistência domiciliar multiprofissional com hipertensão pulmonar: relato de experiência.....	64
Importância do tratamento efetivo da fisioterapia em domicílio em pacientes com sequelas neurológicas.....	64
Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso: um panorama após seis anos de implantação no Rio de Janeiro.....	65
A atuação da psicologia na atenção domiciliar (AD).....	65
Avaliação de um serviço de atendimento de intercorrência em home care de São Paulo.....	66
A terapia subcutânea no domicílio: vivências dos enfermeiros em cuidados paliativos no INCA.....	66
Ações para a instrumentalização da terapia subcutânea pela enfermagem na assistência domiciliar em cuidados paliativos do INCA.....	67
Contribuição para a redução de custos desnecessários em oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP).....	67
Implantação de indicadores de saúde como ferramenta de gestão no serviço de atenção domiciliar.....	68
Idosos com câncer sem possibilidades de cura: o cuidado paliativo por meio da visita domiciliar.....	68
Trilhando caminhos: cuidados paliativos e atenção domiciliar.....	69
Perfil socioepidemiológico e clínico dos pacientes admitidos no Programa de Assistência Domiciliar (PAD) de um hospital de referência pediátrica de Fortaleza – 2015 a 2016.....	69
Educação permanente em saúde: estratégia utilizada para qualificar o cuidado domiciliar.....	70
O papel do terapeuta ocupacional na atenção domiciliar no município do Rio de Janeiro.....	70
Experiência da implantação do acesso mais seguro na equipe do PADI Salgado Filho.....	71
A importância do cirurgião-dentista na equipe interdisciplinar na atenção domiciliar.....	71
Utilização do equipamento portátil odontológico no atendimento domiciliar ao paciente restrito ao leito.....	72
O perfil dos pacientes atendidos no Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - Pedro II.....	72
Captação: estratégia de abordagem e perfil de atendimento aos pacientes do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso do município do Rio de Janeiro.....	73
Atuação do fisioterapeuta no atendimento domiciliar.....	73
Cuidando de quem cuida, múltiplos olhares.....	74
A desospitalização dos pacientes ortopédicos do hospital municipal Miguel Couto e a admissão no Programa de Atenção Domiciliar.....	74

A importância do projeto terapêutico singular para sucesso da reabilitação	75
O que fazer para melhorar a alimentação do paciente acamado	75
A participação interdisciplinar na prevenção e tratamento de distúrbios da mastigação e deglutição	76
Avaliação da sobrecarga dos cuidadores do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso.....	76
Singularidades dos núcleos familiares: adaptação e revisão assistencial	77
Cada creatinina tem uma história para contar: estadiamento renal e indicadores assistenciais	77
Intervenção multiprofissional como fator importante na assistência domiciliar a pacientes com disfagia.....	78
Otimização na utilização dos recursos de saúde e melhoria nos cuidados aos pacientes	78
Dividindo o mesmo território: parceiras possíveis entre fonoaudiólogos da atenção domiciliar.....	79
Gerenciamento domiciliar de pacientes com dependência a partir de uma perspectiva de acolhimento e controle de complicações	79
Projeto Idoso Bem Cuidado: utilização em um programa de gerenciamento de saúde	80
A importância da visita domiciliar na promoção de saúde em idosos: relato de caso	80
Atendimentos realizados de janeiro a maio de 2015 em cuidados paliativos oncológicos na assistência domiciliar: interdisciplinaridade e territorialidade.....	81
Experiência de implantação do SAD no município de Tatuí.....	81
Plano de intervenção aos pacientes acamados para continuidade da atenção domiciliária com a rede de saúde	82
Estratificação do risco cardiovascular em pacientes assistidos no âmbito da atenção domiciliar	82
O domicílio como cenário de cuidados a associados de uma operadora de autogestão.....	83
Tempo de permanência do cateter central de inserção periférica na atenção domiciliar: um relato de experiência	83
Tratamento não medicamentoso para DPOC em cuidados paliativos.....	84
Risco de queda de idosos em internação domiciliar.....	84
A atenção domiciliar seguindo sua transição no modelo de cuidado: relato de caso	85
Benefícios da intervenção da equipe multiprofissional na reabilitação do paciente com sequela motora	85
Experiência exitosa na orientação de cuidadores com melhora do quadro clínico e autonomia do paciente.....	86
Impactos do serviço de atenção domiciliar oncológico no desenvolvimento local.....	86
Reflexo da intervenção da equipe multiprofissional pós-acidente vascular encefálico (AVE): apoio familiar.....	87
Relato de caso: o papel do cuidador na recuperação de um paciente em assistência domiciliar	87
Intervenção com o SOAP na recuperação do paciente	88
Comunicação visual para paciente portador de esclerose lateral amiotrófica.....	88
Adaptação à válvula fonatória em uma paciente com mucopolissacaridose: uma prática interdisciplinar	89
Resistência do cuidador diante da educação em saúde.....	89
O controle glicêmico na evolução de uma ferida.....	90
A doença psiquiátrica na atenção domiciliar.....	90
Impactos subjetivos diante da perda de um filho sadio	91
Análise de indicadores do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso do município do Rio de Janeiro - 2013 a 2015	91
Análise do perfil e da condição bucal do paciente domiciliar	92
O perfil dos pacientes em internação domiciliar que fizeram uso de antibiótico endovenoso para tratamento de infecção do trato respiratório e que utilizaram ventilação invasiva.....	92

Atenção domiciliar com ênfase em saúde bucal: comparativo entre níveis de atenção AD1 e AD2	93
Protocolos do cuidado em saúde bucal na atenção domiciliar	93
Perfil dos clientes que utilizaram antibiótico endovenoso em internação domiciliar (ID) para tratamento de infecção do trato urinário (ITU) e pneumonia (PNM) no período de um ano.....	94
Rede viva do trabalho em saúde na atenção domiciliar.....	94
Cuidados domiciliares com gastrostomias: educação em saúde do enfermeiro.....	95
O cuidado sistematizado da enfermagem no âmbito da atenção domiciliar	95
O auxiliar administrativo como peça fundamental na equipe multiprofissional para o telemonitoramento de pacientes no serviço de atendimento domiciliar da Unimed Rio Verde/GO: relato de experiência	96
Nível de sobrecarga e perfil do cuidador em atenção domiciliar.....	96
Assistência domiciliar a um paciente com SIDA e sequela de neurotoxoplasmose: estudo de caso	97
Cuidado em domicílio: desafios na prática e o modelo ideal	97
Análise das condições bucais de pacientes domiciliados em contraposição aos levantamentos epidemiológicos oficiais	98
Tecnologias educacionais no plano micropolítico da atenção domiciliar: uma perspectiva cartográfica.....	98
Um estranho em minha casa	99
Perfil epidemiológico dos pacientes em assistência domiciliar por uma empresa privada em São Paulo, Brasil	99
Territorializando espaços de ensino-aprendizagem no cuidado domiciliar	100
Evolução de paciente vítima de AVEI com atendimento domiciliar multidisciplinar precoce.....	100
Grupo de cuidadores na assistência domiciliar: a experiência da EMAD Jd. São Pedro	101
Perfil epidemiológico das condições bucais na atenção domiciliar – modalidade AD1	101
Relato de experiência: implantação da atenção domiciliar por residentes multiprofissionais na atenção primária à saúde	102
Cuidado ao idoso com predisposição depressiva: relato de experiência	102
Nível de incapacidade funcional de usuários de uma unidade básica de saúde de Uberlândia/MG em atenção domiciliar modalidade 1	103
Elaboração e aplicação do plano interdisciplinar pós-alta: relato de experiência.....	103
Perfil epidemiológico de indivíduos avaliados em um projeto de implantação da atenção domiciliar de modalidade 1	104
Análise comparativa da força de preensão palmar entre idosos de um grupo de fisioterapia preventiva e idosos assistidos em domicílio adscrito a uma unidade de atenção básica de Uberlândia/MG	104
Análise de indicadores de sarcopenia em pacientes acamados e domiciliados com incapacidade funcional grave/severa e leve/moderada de uma unidade de saúde com Estratégia Saúde da Família.....	105
Domicílio: território “setting” da psicologia em cuidados paliativos.....	105
Uso de coberturas especiais no tratamento do pé diabético: uma perspectiva da atenção domiciliar.....	106
Atendimento odontológico em paciente com esclerose lateral amiotrófica (ELA): relato de caso	106
Atendimento domiciliar em odontogeriatría: uma prática de atenção e humanização em saúde.....	107
Interdisciplinaridade, assistência domiciliar e território: o papel fundamental dos motoristas de um serviço de AD	107
Um olhar ao cuidador: grupo terapêutico para cuidadores	108
A fonoaudiologia em números na atenção domiciliar.....	108
Olhar holístico no atendimento domiciliar: relato de caso 1	109
O impacto de um programa voltado ao paciente portador de asma/DPOC no desmame do oxigênio	109
Desospitalização: trabalho em rede.....	110

Projeto terapêutico singular: modelo atenção a pessoa com deficiência.....	110
Importância da atuação fonoaudiológica em disfagia como sequela de AVC	111
Olhar holístico no atendimento domiciliar: relato de caso 2	111
A qualidade de vida de cuidadores de idosos no domicílio: como cuidar efetivamente de quem cuida?.....	112
O uso do WhatsApp como instrumento de comunicação imediata entre profissionais do AD em atendimento	113
A implantação da comissão de controle de infecção domiciliar na segurança do paciente.....	113
Óbito domiciliar no programa de cuidado paliativo: construção de conceito e valor.....	113
Experiência com equipe transdisciplinar no óbito domiciliar de pacientes oncológicos e não oncológicos: Grupo Geriatrics	114
Relato de caso: confecção de via alternativa para alimentação em paciente clínico em cuidados paliativos – é indicado?	114
Retratos de um território por meio do olhar da assistência domiciliar.....	115
Cartão do Oxigênio: uma proposta para acompanhamento de crianças e adolescentes em oxigenoterapia domiciliar prolongada no município de Ribeirão Preto, São Paulo	115
Relato de caso sobre a atuação da equipe interdisciplinar da Unimed Volta Redonda no atendimento domiciliar a paciente pós-operatório de artrodese tóraco-lombar.....	116
Relato de experiência na gestão assistencial de pacientes acamados no serviço privado.....	116
Análise da demanda por atenção domiciliar em Minas Gerais em pacientes usuários da rede hospitalar	117
Serviço social na atenção domiciliar: um rico espaço de ação profissional	117
A influência da dimensão social nos cuidados dos pacientes em assistência domiciliar	118
A abordagem do/a assistente social na atenção domiciliar	118
Abordagem multidisciplinar no tratamento de múltiplas lesões por pressão em paciente desnutrida grave: estudo de caso	119
A importância da constante avaliação multidisciplinar em pacientes portadores de doenças neurodegenerativas: estudo de caso.....	119
Atuação multidisciplinar em cuidados paliativos e dor total de paciente oncológica: estudo de caso.....	120
Território, suporte social e dimensões do cuidado	120
Fisioterapia em quadro algico de joelho: relato de caso.....	121
A organização do serviço de atenção domiciliar em um município do Estado de Minas Gerais	121
Atenção domiciliar em saúde: oferta e demanda.....	122
Internação hospitalar em um programa de gerenciamento idosos com alta complexidade em atenção domiciliar: Grupo Geriatrics	122
A implementação do processo de enfermagem: relato de experiência.....	123
Retrospectiva dos cinco anos do serviço de atenção domiciliar do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (SAD-HRMS).	123
Perfil de pacientes atendidos pelos pediatras da Captamed Belo Horizonte (BH)	124
Recursos de baixo custo: o PVC como uma possibilidade à órtese estática de membro superior.....	124
Ações para estímulo no cotidiano de idosos com declínio cognitivo: possibilidades x limitações de recursos	125
Estresse do cuidador medido pela escala reduzida de Zarit.....	125
Reabilitação de paciente com traumatismo cranioencefálico (TCE) e fratura de C3 em uso de colar cervical no domicílio: relato de caso	126
Taxa de óbitos domiciliares de uma empresa de atenção domiciliar de Belo Horizonte.....	126
Perfil epidemiológico das infecções identificadas em serviço de internação domiciliar	127
Perfil de eventos adversos identificados na atenção domiciliar	127

Desafios ao integrar e compartilhar o cuidado: uma percepção de profissionais da atenção domiciliar	128
Infecções identificadas na atenção domiciliar em 2015	128
Microrganismos multirresistentes na atenção domiciliar: distribuição topográfica e microbiológica	129
Paciente com esclerose lateral amiotrófica há seis anos no domicílio, em ventilação mecânica, sem reinternação	129
Cuidado paliativo: a percepção dos profissionais de saúde na atenção domiciliar	130
A equipe de atenção domiciliar contribuindo na reabilitação e transformando vidas	130
Incidência de lesão por pressão na atenção domiciliar.....	131
Ocorrências atendidas pelo serviço de plantão de uma empresa de atenção domiciliar	131
A rua como domicílio: dificuldades do acompanhamento ao usuário em situação de rua	132
A integração da rede de emergência com as equipes de Consultório na Rua do Centro/RJ.....	132
Atendimento domiciliar pela Estratégia Saúde da Família ao paciente em vulnerabilidade extrema.....	133
Perfil da demanda de atenção domiciliar em um serviço de Minas Gerais.....	133
Uso de via subcutânea em longo prazo em pacientes oncológicos com dor refratária: relato de experiência.....	134
Análise da sistematização das solicitações para atenção domiciliar: Núcleo de Desospitalização e Transição do Cuidado da Amil/RJ	134
Avaliação da sobrecarga do cuidador informal de idosos neurológicos com via alternativa de alimentação.....	135
Atenção domiciliar: uma estratégia para qualificar a formação médica.....	135
Antibioticoterapia domiciliar uma proposta viável e segura: descrição da atuação do SAD Uberlândia/MG	136
O modelo de instituição de transição do cuidado (ITC) como alternativa para o processo de desospitalização e transferência segura para a atenção domiciliar (AD): elegibilidade e perfil dos pacientes - a experiência da Amil/RJ	136
Infecção no domicílio: padrão epidemiológico na atenção domiciliar	137
Ecomapa e Genograma: uma estratégia para qualificar o cuidado na atenção domiciliar.....	137
A escala funcional de ingestão oral (FOIS) como marcador de pacientes disfágicos atendidos no Programa de Atenção Domiciliar.....	138
Atividades de farmácia em serviço de home care com foco na segurança do paciente.....	138
Crianças em ventilação mecânica domiciliar: socialização e adaptações	139
Home care, criadouro ou reservatório de bactérias multirresistentes?	139
Gerenciamento de crônicos e estruturas de apoio ao cuidado domiciliar por uma autogestão	140
A visita domiciliar puerperal no contexto da Estratégia Saúde da Família	140
Apoio espiritual para pacientes acamados: cuidados além do físico	141
Núcleo de gerenciamento de conflitos (NGC): intervenção psicossocial na relação paciente-equipe.....	141
Cuidando do cuidador no domicílio: relato sobre os cuidadores homens.....	142
Ambulatório do cuidador.....	142
Instituição de longa permanência para idosos: um domicílio no território de cuidados	143
A violência simbólica e o cuidador do atendimento domiciliar pediátrico	143

Apresentação para 16º Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar (10 e 11 de novembro de 2017)

Cuidados domiciliares: construções coletivas

PROFA. DRA. LETÍCIA ANDRADE

O conceito de coletivo nos remete a várias pessoas ou coisas, ao conjunto de seres, ao que é comum e público, mas também ao seu antônimo (individual). Contudo, praza-se sempre o “nós”, e nunca o “eu”.

Na área da saúde, o trabalho em equipe, seja multiprofissional ou interdisciplinar, é apontado como o mais próximo do ideal. Trata-se de uma visão holística, em que os saberes se complementam em busca da visão do homem como um ser integral. Dessa forma, o trabalho em saúde deve ser por si só coletivo, seja porque somente uma área não abrange a totalidade da demanda apresentada, seja porque o saber sempre deve ser complementado, seja porque as ações devem ser realizadas coletivamente.

Para Severino Antônio (2002, p. 26), é necessário “negar e transcender a fragmentação do conhecimento, que devasta a compreensão, que atomiza a existência, que desfigura a imagem de nós mesmos e do mundo”.

Não somos partes isoladas de um todo. Não vivemos nem produzimos isoladamente. Precisamos do outro para completar o que sabemos como profissionais e o que fazemos como seres humanos.

Quando construímos coletivamente qualquer aspecto da realidade que nos rodeia, contribuímos sempre com o que nos transborda, seja para o bem, seja para o mal. Para Martins (2015), é assim que se explicam as ações de linchamento ou barbárie coletivas em que o coletivo esconde o individual, mas não o sobrepõe. A maldade de cada um se soma ao todo, produzindo um espetáculo atroz. Já para Martinelli *et al.* (2014), “toda prática social é teoria em movimento, é articulação de saberes, é construção coletiva em busca de objetivos socialmente determinados e historicamente estabelecidos”.

Assim se concretiza a assistência domiciliar, que, em diferentes aspectos, revela-se como um trabalho coletivo. Em outras palavras, um serviço: não se sustenta sem uma base de apoio, seja esta um hospital, uma Unidade Básica de Saúde, um serviço privado; não se realiza com práticas isoladas e sem conexão entre as áreas; não se sustenta, de maneira adequada, por meio de profissionais atuando isoladamente, sem a leitura integral do paciente e da situação saúde/doença; finalmente, não se realiza sem a parceria equipe e família em uma verdadeira construção coletiva. “A realidade, matéria e vida, e o próprio homem revelam-se cada vez mais como unidades complexas, redes de relações, teias de interações. Isolar é mutilar” (ANTÔNIO, 2002, p. 43).

Essa construção, para ser efetivamente coletiva, necessita não somente de várias pessoas atuando em conjunto, mas de objetivos comuns, de posturas similares, de coerência de atitudes, de compromissos assumidos em conjunto e da certeza de que “pulsava uma necessidade vital: religar os campos de saber, circular as vozes e os diálogos, atravessar as rígidas fronteiras que enclausuram o conhecimento, transcender as separações que dilaceram o sentido” (ANTÔNIO, 2006).

Na brincadeira com as palavras de Gregório de Matos:

“O todo sem a parte não é todo,
A parte sem o todo não é parte,
Mas se a parte o faz todo, sendo parte,
Não se diga que é parte, sendo todo”.

Venha para o CIAD 2017 trazendo a experiência do seu serviço no cuidado domiciliar, o que, para muitas famílias atendidas, constitui-se verdadeiramente na totalidade da atenção em saúde recebida. Mas, na perspectiva da assistência domiciliar brasileira como um todo, materializa-se como uma pequena parte do trabalho construído, todos os dias, coletivamente por todos nós. Traga a expertise profissional e particular da sua intervenção no domicílio, a qual, para sua equipe, é fundamental na composição coletiva da assistência a cada paciente em particular. Ou venha simplesmente para estar conosco em uma proposta de, efetivamente, superarmos nossas dificuldades, como os peixes que nadam em cardume para juntos facilitarem a locomoção, autoprotogerem-se ou confundir seus predadores, por meio de seus movimentos elaborados e sincronizados.

Referências

AMADO, James (Ed.). **Gregório de Matos**: obra poética. Preparação e notas de Emanuel de Araújo. 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 1992. 2v. Disponível em: <www.cce.ufsc.br/~nupill/literatura/gregorio.html>. Acesso em: 18 fev. 2016.

ANTÔNIO, Severino. **Educação e transdisciplinaridade**: crise e reencantamento da aprendizagem. São Paulo: Lucerna, 2002.

MARTINELLI, M L. et al. **O uno e o múltiplo**: as relações e as áreas do saber. São Paulo: Cortez, 2001.

MARTINS, José de Souza. **Linchamentos**: a justiça popular no Brasil. São Paulo: Contexto, 2015.

ARTIGOS

Protocolo para assistência às intercorrências em atendimento domiciliar pela EMAD Tide Setúbal

Diana Silva de Oliveira França¹

Resumo: O maior acesso da população aos programas de assistência domiciliar e a crescente complexidade dos pacientes inclusos nessa modalidade de atendimento aumentam a possibilidade de intercorrências clínicas assistidas em casa. Com objetivo de gerenciar, de maneira mais eficaz e segura, essa situação, foi elaborado um instrumento em formato de fluxograma que auxiliará todos os profissionais da Equipe Multiprofissional em Atenção Domiciliar (EMAD) do Hospital Municipal Tide Setúbal a reconhecer as situações clínicas que possam oferecer um maior potencial de gravidade/risco de morte aos pacientes em assistência domiciliar ou, no caso daqueles em cuidados paliativos exclusivos, gerar desconforto físico. Esse instrumento foi embasado no Sistema Manchester de Classificação de Risco, cuja principal finalidade não é diagnosticar uma doença, mas fornecer maior acurácia ao tempo de atendimento do paciente pelo médico, aumentando a sensibilidade do método. Capacitar a equipe na identificação de sinais e sintomas que possam estar relacionados às situações com potencial gravidade (chamados de discriminadores de alta prioridade pelo Manchester), melhorando o tempo de resposta ao problema, pode aumentar o nível de segurança do paciente que se encontra em acompanhamento domiciliar, uma vez que a presença desses discriminadores eleva o risco de admissão hospitalar e morte em 4,8 a 5,5 vezes, respectivamente. A eficácia do instrumento será analisada pelo indicador de qualidade Índice de Resposta às Intercorrências (IRI), que é a porcentagem das intercorrências atendidas conforme proposto pelo protocolo em um determinado período de tempo.

Palavras-chave: Intercorrências; Assistência domiciliar; Protocolo; EMAD.

Introdução

O Hospital Municipal Tide Setúbal está localizado em uma área periférica, no extremo leste da cidade de São Paulo, e seu serviço de assistência domiciliar (SAD) já existe há cerca de 20 anos, desde 1997, com a criação do Plano de Atendimento à Saúde (PAS), registrando em seu cadastro cerca de 950 pacientes. Como os outros SADs no município de São Paulo, durante esse período o serviço passou por diversas reestruturações. Em 2011, fez parte do Programa Municipal Hospital Domiciliar (PROHDOM) e, há três anos, foi incorporado ao Programa Federal “Melhor em Casa”, que redefiniu a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 (BRASIL, 2013b). Desde então, chamado EMAD Tide Setúbal, o serviço está sob a gestão direta do município de São Paulo, com uma estrutura classificada como do tipo 1 e a maioria dos pacientes (92%) classificados como AD2, conforme Portaria nº 825, de 25 de abril 2016 (BRASIL, 2016). Hoje, a equipe nucleada é composta por médico, profissionais de enfermagem e fisioterapia, além de contar também com o apoio de profissionais da área administrativa, de assistência social, nutrição e de psicologia vinculados ao Hospital Municipal Tide Setúbal. Os pacientes assistidos são, em sua maioria, classe social C ou D, idosos (75%), sexo feminino (56%), com mais de duas comorbidades (90%), dependência completa para Atividades Básicas de Vida Diária (98%) e com cuidadores informais. As patologias mais prevalentes são: doenças do aparelho circulatório (acidente vascular cerebral/encefálico); doenças do sistema nervoso (síndromes demenciais; doenças neurológicas degenerativas progressivas, encefalopatia anóxica); neoplasias (siste-

ma digestivo, cabeça e pescoço); doenças por causas externas (traumas crânioencefálicos e raquimedulares). Os perfis das famílias atendidas, bem como a prevalência das patologias, são compatíveis com os dados coletados no último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010.

Assim como ocorreu no município de São Paulo, a expansão dos SADs proporcionou um aumento da população assistida por essa modalidade de atendimento, tanto no contexto de doenças agudas/agudizadas como crônicas. Na cidade de São Paulo, segundo dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o programa assistiu em domicílio uma média de 3.334 pacientes/mês no ano de 2015 (SÃO PAULO, 2016). Nesse contexto, com o aumento crescente do número e complexidade dos usuários que recebem assistência domiciliar, é necessário reconhecer a possibilidade de intercorrências com agravos no curso da assistência.

Conforme dados do Ministério da Saúde, algumas intercorrências são consideradas comuns no ambiente da modalidade de atenção domiciliar: febre, infecções pulmonares ou urinárias, delirium, disfagia, intercorrências com sondas, entre outras (BRASIL, 2013a). No âmbito do SUS, na maioria das vezes, as intercorrências ocorrem sem a presença da equipe, uma vez que o programa não contempla a permanência de profissionais de enfermagem no domicílio. Essas intercorrências são frequentemente relatadas pelos familiares/cuidadores durante as visitas dos profissionais da equipe, sem necessariamente a presença do médico, ou muito comumente essa comunicação com a equipe pode ocorrer via telefone. Em muitas ocasiões, a situação pode desencadear um processo de mobilização desses pacientes para os serviços de referência de urgência/emergência, aumentando os níveis de estresse e sobrecarga dos cuidadores, bem como de desconforto dos pacientes, os quais, em sua maioria, apresentam graus variáveis de déficits físico e/ou cognitivo, transformando o processo em um verdadeiro martírio para essas pessoas.

Muitas dessas situações poderiam ser gerenciadas no próprio domicílio, mas limitações de recursos humanos ou estruturais (por exemplo, indisponibilidade de transporte para os profissionais, restrições dos horários de funcionamento da EMAD, restrição de insumos) podem dificultar essa assistência. No entanto, algumas intercorrências deveriam ser manejadas em ambientes com maior disponibilidade de recursos, como hospitalar, pois possuem uma potencial gravidade e representam uma situação de risco para o paciente no domicílio. Algumas queixas podem não ser reconhecidas como graves pelos profissionais da equipe multidisciplinar, principalmente aqueles com formação técnica ou não médica. Assim, em um cenário com muitas limitações, mas também cheio de possibilidades, torna-se um desafio o gerenciamento das intercorrências dos pacientes vinculados aos SADs no âmbito do SUS, uma vez que a prioridade é garantir um atendimento adequado, seguro e humanizado, mas sem perder o foco em uma utilização racional dos recursos disponíveis.

Como objetivo de tornar o atendimento mais seguro e eficaz, otimizando o tempo de resposta às intercorrências no domicílio, principalmente em situações nas quais o médico está ausente, foi criado um instrumento em formato de fluxograma que auxiliará todos os profissionais da EMAD a reconhecer as situações de potencial gravidade/risco. Para os pacientes em cuidados paliativos exclusivos, com diretivas antecipadas definidas, o objetivo é priorizar conforto e controle dos sintomas em ambiente domiciliar, diminuindo a necessidade de atendimento em serviços de pronto atendimento.

Metodologia

No período de março de 2015 a março de 2016, foi realizado um levantamento de todas as queixas e intercorrências clínicas ocorridas com os pacientes assistidos pela EMAD Tide Setúbal. Foram registradas 221 queixas decorrentes de situações clínicas inesperadas, descritas como sinais e sintomas que ocorreram em períodos em que o médico não estava presente na visita ou na EMAD. Os relatos das queixas foram realizados via telefone em 37%

das intercorrências, das quais 31 intercorrências (16% do total) apresentaram sinais e sintomas que culminaram com um desfecho desfavorável, como internação hospitalar (27 internações) e/ou óbito (10 óbitos, dos quais 4 em domicílio). Os sintomas e sinais, denominados como queixas, que foram descritos no período analisado, estão na Tabela 1, na qual estão colocados o percentual de cada queixa, bem como a porcentagem de desfechos desfavoráveis (internação e/ou óbito) vinculados a cada uma delas. A análise da tabela demonstra que as queixas mais comuns relatadas no último ano foram: sintomas respiratórios (15,4%); obstrução ou perda de sondas para alimentação (13,3%); lesões de pele/mucosa (12,8%). Essas queixas estiveram presentes em 41,5% das intercorrências e, apesar de comuns, apresentaram pouca relação com desfechos desfavoráveis (0,5% com relação ao total de intercorrências). No entanto, algumas queixas menos frequentes apresentaram uma maior correlação com situações desfavoráveis, por exemplo: dor torácica (0,5%), perda de consciência (0,5%) e frialdade (0,5%), que, em 100% dos casos, evoluíram com desfecho desfavorável. Outras queixas que apresentaram estreita correlação com situações de maior gravidade foram a dor em geral (4,1%), hipotensão (3,1%) e alteração do ritmo cardíaco (1,5%), com uma porcentagem de desfecho desfavorável de 62,5, 83 e 66,7% respectivamente.

Tabela 1. Queixas relatadas, frequência e relação com evolução desfavorável.

	Queixa	Evolução desfavorável
Obstrução ou perda SNE/	13,3%	0%
Edema	1%	0%
Sialorreia	1%	0%
Perda de peso	1,5%	0%
Frialdade	0,5%	0,5%
Sonolência/apatia/queda do estado geral	2,6%	0,5%
Agitação/confusão mental	5,1%	1%
Alteração do ritmo cardíaco (bradicardia/taquicardia)	1,5%	1%
Diminuição do apetite	2,1%	0,5%
Insônia/ansiedade	1%	0%
Perda de consciência	0,5%	0,5%
Gemência	2,1%	0,5%
Convulsão	1%	0%
Alteração nas fezes (diarreia/fezes escurecidas)	2,6%	0,5%
Vertigem	0,5%	0%
Vômitos/náuseas	5,1%	1%
Queixa abdominal (dor/distensão/disconforto)	2,1%	0%
Alterações na glicosimetria (hiperglicemia/hipoglicemia)	2,1%	0%
Baixo débito urinário	4,6%	1,5%
Alterações urinárias (cor/aspecto/grumos)	7,7%	1%
Lesão na pele/mucosa	12,8%	0%
Hipotensão	3,1%	2,6%
Pico hipertensivo	8,2%	0,5%
Dor torácica	0,5%	0,5%
Dor (geral)	4,1%	2,6%
Sintomas respiratórios (tosse/secreção/desconforto)	15,4%	0,5%
Febre	6,7%	0%
Constipação intestinal	4,6%	0%

Apesar da pequena amostragem, já foi possível perceber que alguns sinais e sintomas, mesmo menos frequentes, estavam relacionados a um maior potencial de gravidade/risco para o paciente, enquanto outras ocorrências, apesar de muito comuns, representavam um menor potencial de gravidade. Nesse ponto, com a finalidade de reconhecer as situações nas quais o risco de morte/potencial para gravidade pode ser maior, a utilização de instrumentos já validados na área da saúde, como aqueles destinados na classificação de risco nas unidades de pronto atendimento, poderia ser útil na identificação dessas situações, proporcionando uma intervenção mais célere e segura.

Na classificação de risco em serviços de pronto atendimento, é necessário se desprender do raciocínio clínico que objetiva diagnosticar uma provável doença, uma vez que sua finalidade maior é o de dar acurácia para o tempo de atendimento do paciente. Dessa forma, o método tem sua sensibilidade aumentada, ficando a especificidade a cargo da posterior avaliação médica.

O Sistema Manchester de Classificação de Risco é o mais utilizado em nosso país, um modelo de reconhecimento internacional devido à sua metodologia eficaz, reprodutibilidade, validade, alta sensibilidade e especificidade (SOUZA; ARAÚJO; CHIANCA, 2015). Ele utiliza níveis de gravidade representados por cores e é fundamentado em categorias de sinais e sintomas que fazem a discriminação entre as prioridades. Esses sinais e sintomas são chamados “discriminadores” e estão apresentados na forma de 50 fluxogramas para cada condição apresentada, por exemplo: fluxograma de alergia, de alteração do comportamento, de feridas etc. Dentro de cada fluxograma escolhido, os discriminadores indicam os níveis de prioridades, em que os mais altos são os primeiros a ser procurados e a ausência deles vai alocar a grande parte dos pacientes como não urgentes (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2006). As prioridades do Protocolo Manchester são separadas em dois grupos: alta prioridade (emergência e muito urgente) e baixa prioridade (urgente, pouco urgente e não urgente). Para o grupo de alta prioridade, o risco de admissão hospitalar e de morte foram, respectivamente, 4,86 e 5,58 vezes maior do que no grupo de baixa prioridade (SOUZA; ARAÚJO; CHIANCA, 2015). Dessa forma, é possível compreender a importância do reconhecimento dos sinais e sintomas que são marcadores para alta prioridade (Quadro 1).

Quadro 1. Sistema Classificação de Risco Manchester.

Prioridade	Classificação	Cor	Tempo para atendimento médico (min)
Alta	Emergente	Vermelha	0
	Muito urgente	Laranja	10
Baixa	Urgente	Amarela	60
	Pouco urgente	Verde	120
	Não urgente	Azul	240

Apesar das peculiaridades que envolvem uma situação de assistência prestada no domicílio, o protocolo Manchester pode ser muito útil para auxiliar no reconhecimento de situações de maior gravidade, bem como naquelas de atendimento remoto, uma vez que também contempla a forma de triagem/aconselhamento telefônico (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2006), situação muito comum na modalidade de atendimento domiciliar. A triagem telefônica foi descrita como uma ferramenta útil no contexto da urgência no Reino Unido em 1991, com a “NHS-Direct” (National Health Service), e em Portugal, com “Saúde 24h”. Muitos são os benefícios atribuídos a essa estratégia, como a redução na procura dos serviços de urgência e redirecionamento dos doentes para locais mais apropriados como consultas programadas. Além disso, a triagem/aconse-

lhamento telefônico pode ser um método eficaz e seguro de priorização. A metodologia de triagem telefônica se constrói sobre o mesmo sistema de classificação presencial explicada pelo grupo de triagem Manchester, cuja priorização de cada caso se fundamenta na queixa inicial, em vez de se basear em diagnósticos. Porém, essa análise é mais simplificada, e as decisões se restringem a três opções (MACKWAY-JONES; MARSDEN; WINDLE, 2006):

1. O doente precisa de cuidados imediatos e urgentes? (Tratamento imediato em serviços de urgência ou no próprio dia no centro de saúde mais próximo).
2. Precisa de cuidados nas próximas horas? (Tratamento precoce ou breve, dependendo da disponibilidade do serviço).
3. Os cuidados podem ser postergados? (Tratamento eletivo).

A classificação da triagem telefônica foi extrapolada para a realidade do atendimento domiciliar e foram estabelecidas metas para tempo de atendimento da intercorrência domiciliar conforme a metodologia de triagem telefônica, em três níveis:

- Resposta imediata: para sinais e sintomas classificados como alta prioridade (vermelho ou laranja), sendo necessário encaminhamento para serviços de pronto atendimento se a resposta da equipe não puder ser desencadeada imediatamente, com a orientação do médico ou por meio do estabelecimento de protocolos.
- Resposta precoce: para sinais e sintomas classificados como baixa prioridade, mas urgente (amarelo), sendo necessário encaminhamento para serviços de pronto atendimento se a resposta da equipe não puder ser desencadeada nas próximas horas, com a orientação do médico ou por meio do estabelecimento de protocolos.
- Resposta breve: para sinais e sintomas classificados como não urgentes (verde), que deverão aguardar a avaliação do médico da EMAD conforme possibilidade do serviço, não sendo necessário encaminhamento para serviços de pronto atendimento.

Dessa forma, considerando as queixas relatadas na EMAD Tide Setúbal, foram escolhidos 17 fluxogramas do protocolo Manchester para serem adaptados e transformados em perguntas, que serão realizadas pela equipe aos cuidadores, cuja resposta dever ser caracterizada como uma situação de alta ou baixa prioridade. Algumas queixas comuns, mas não caracterizadas como discriminadores no Manchester, foram classificadas como baixa prioridade (Quadro 2 e 3).

Quadro 2. Fluxogramas adaptados.

Intercorrência domiciliar	Fluxograma escolhido para adaptação
Constipação intestinal	Dor abdominal ou mal-estar no adulto
Febre	Mal-estar no adulto
Sintomas respiratórios	Dispneia no adulto ou mal-estar no adulto
Dor	Mal-estar no adulto
Dor torácica	Dor torácica
Alterações da pressão arterial	Mal-estar no adulto
Lesões em pele ou mucosa	Feridas ou alergia
Alterações urinárias	Queixas urinárias

Baixo débito urinário Alterações da glicosimetria Queixas abdominais Vômitos/náuseas Vertigem Alterações nas fezes Convulsão Gemência Perda de consciência Insônia/ansiedade Diminuição apetite Alterações do ritmo cardíaco Agitação/confusão mental Sonolência/apatia/queda do estado geral Frieira Perda de peso Sialorreia Edema Obstrução e perda de sonda para alimentação	Mal-estar no adulto Diabetes ou mal-estar no adulto Dor abdominal ou mal-estar no adulto Diarreia e/ou vômito ou mal-estar no adulto Mal-estar no adulto Diarreia e vômito ou mal-estar no adulto Convulsões Alteração do comportamento ou mal-estar no adulto Desmaio no adulto Alteração do comportamento ou mal-estar no adulto Mal-estar no adulto Palpitações ou mal-estar no adulto Alteração do comportamento ou mal-estar no adulto Mal-estar no adulto Mal-estar no adulto Classificado como pouco urgente Classificado como pouco urgente Classificado como pouco urgente Classificado como urgente
---	---

Quadro 3. Exemplo da adaptação dos fluxogramas do protocolo Manchester.

Fluxograma - Alteração do comportamento		
Discriminador	Classificação	Avaliação médica
Obstrução vias aéreas (roncos e gorgolejos durante respiração)	Emergência - Vermelho	0 min.
Respiração inadequada (não consegue manter oxigenação adequada, com aumento do trabalho respiratório, batimento de asa nasal, retração)		
Choque		
Hipoglicemia (dextro < 55 mg%)		
Alteração súbita de consciência (alteração do Glasgow nas últimas 12 horas)	Muito urgente - Laranja	10 min.
Déficit neurológico agudo/qualquer perda da função neurológica agudo (nas últimas 24 horas)		
História de envenenamento ou overdose		
Alto risco de agredir os outros ou autoagressão (armas e vítimas em potencial estão perto)		
Déficit neurológico novo (a mais de 24 horas)	Urgente - Amarelo	1 hora
História de trauma cranioencefálico (história de trauma envolvendo a cabeça)		
História de inconsciência (testemunha confiável que relata perda de consciência e por quanto tempo)		
Se o paciente não lembrar, presumir inconsciência		
Risco moderado de agredir os outros (postura tensa, punho cerrado, discurso ameaçador, fala alto, inquieto)		

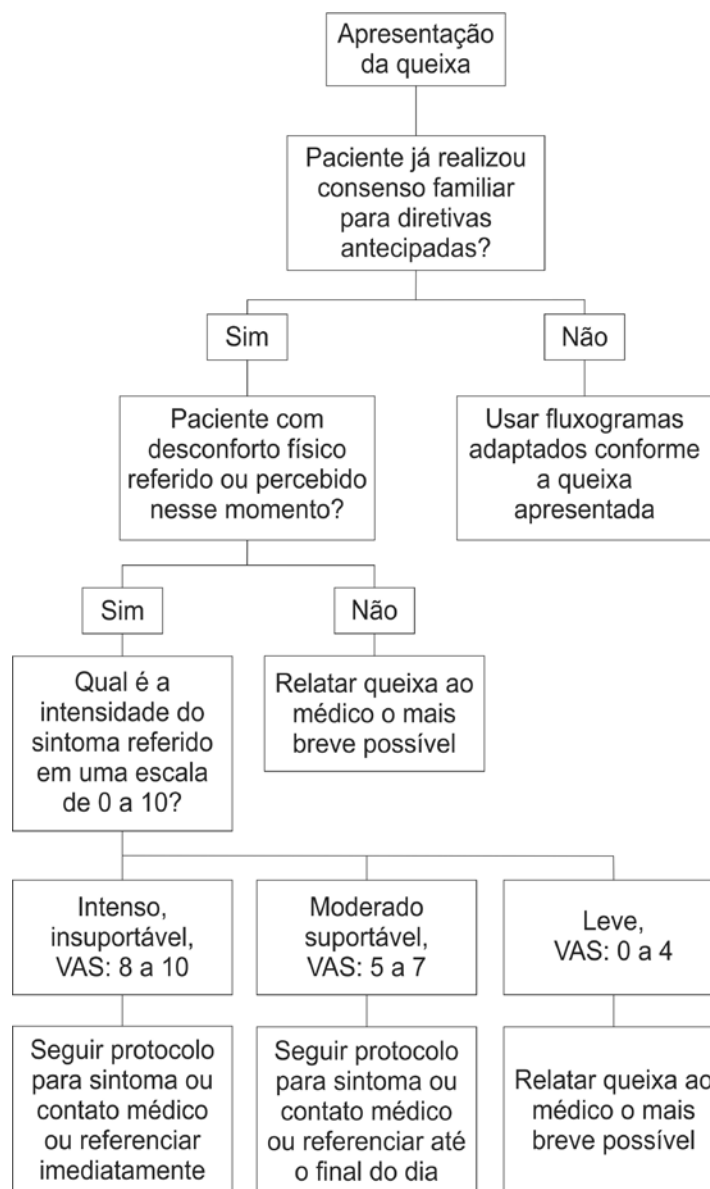
Adaptação do Fluxograma de Alteração Comportamento para EMAD		
Perguntas	Prioridade	Ação
1. Está respirando normalmente? Resposta: Não		
Não consegue respirar	Alta prioridade	Imediata
Respira com dificuldade, muito rápido ou com ruído		
Falando com cortes		
Ficando com extremidades arroxeadas		
2. Pressão modificou? Resposta: Sim		
Está muito mais baixa que o habitual ou pulso de difícil palpação	Alta prioridade	Imediata
Está alta	Baixa prioridade - não urgente	Breve
3. Toma medicação para diabetes? Resposta: Sim (Dextro obrigatório)		
Glicosimetria < 55mg%	Alta prioridade	Imediata
4. História de ingestão de substâncias diferentes ou medicação com dosagem diferente? Resposta: Sim		
Supeita de envenenamento, ingestão de drogas ilícitas ou medicações em doses mais altas	Alta prioridade	Imediata
5. Apresentou alguma alteração do nível de consciência ou neurológica nas últimas 24 horas? Resposta: Sim		
Está mais sonolento ou apresentou desmaio nas últimas 12 horas	Alta prioridade	Imediata
Paralisias, fraquezas localizadas ou alteração da fala nas últimas 24 horas		
Relato de perda de consciência (no momento está bem)	Baixa prioridade - urgente	Próximas horas
Paralisias, fraquezas localizadas ou alteração da fala a mais de 24 horas		
6. Tem risco de agredir alguém fisicamente ou com armas? Resposta: Sim		
Vítimas e armas estão próximas	Alta prioridade	Imediata
Postura tensa, punho cerrado, discurso ameaçador, fala alto, inquieto	Baixa prioridade - urgente	Próximas horas
7. Bateu a cabeça antes de iniciar os sintomas? Resposta: Sim	Baixa prioridade - urgente	Próximas horas

O instrumento proposto é dividido em duas linhas de ações: uma que contempla os pacientes em cuidados paliativos exclusivos, sem indicação de medidas invasivas para manutenção da vida, e outra que contempla os pacientes que não estão sob a linha de cuidado exclusivamente paliativa. A primeira linha de ação prioriza o conforto, o controle de sintomas e a capacidade dos familiares em lidar com a situação no domicílio. A segunda linha de ação prioriza a segurança e considera o risco de morte para o paciente que se encontra em atendimento domiciliar (Figura 1).

A utilização do fluxograma deve considerar em todos os casos de intercorrências assistidas no domicílio as seguintes condições:

- Condições físicas e psicológicas de o cuidador seguir as orientações fornecidas pela equipe.
- Disponibilidade dos insumos necessários para que as orientações sejam seguidas.
- Garantia de um meio de comunicação do cuidador com a equipe durante a resolução das intercorrências que são manejadas em domicílio, independentemente do horário de funcionamento do serviço.

Figura 1. Fluxograma para atendimento das intercorrências.



Resultados esperados

Com a implantação do protocolo para abordagem das intercorrências no domicílio, esperamos que o instrumento proposto uniformize as ações da equipe multidisciplinar, capacitando seus profissionais a identificar as situações que envolvem maior risco e/ou sofrimento para os pacientes assistidos no âmbito domiciliar, propiciando o aumento da qualidade do serviço. A avaliação se dará por meio da criação do indicador de qualidade Índice de Resposta às Intercorrências (IRI), que mostra a porcentagem de intercorrências respondidas conforme as metas de tempo estabelecidas nesse protocolo:

$$\text{IRI} = \frac{\text{Intercorrências assistidas dentro do tempo especificado no protocolo (A)} \times 100(\%)}{\text{Número de intercorrências registradas (B)}}$$

Em que: (A) Numerador: ação em resposta à intercorrência relatada ocorreu dentro do tempo especificado conforme a classificação do sintoma relatado, sendo: alta prioridade (vermelho ou laranja) - ação imediata;

baixa prioridade urgente (amarelo) - próximas horas; baixa prioridade não urgente (verde) - sem necessidade de ação imediata; (B) Denominador: total de intercorrências registradas pela equipe multidisciplinar em um determinado período.

Quanto maior a porcentagem, maior a eficácia da abordagem da equipe com relação à assistência prestada durante a intercorrência. Esperamos realizar a avaliação semestralmente, com a meta de responder em conformidade em 100% das intercorrências.

Notas

1 Médica da Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) Tide Setúbal. Graduada em Medicina pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Residência em Clínica Médica no Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Especialização em Geriatria pelo Serviço de Geriatria da Faculdade de Medicina da USP. Especialização em Cuidados Paliativos pela Instituição Casa do Cuidar. Pós-Graduação em Gestão em Saúde pela Fundação Getúlio Vargas. Especialização em Atenção Domiciliar pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) / Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: dsofranca@gmail.com

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 2v.

BRASIL. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do sistema Único de saúde (SUS). **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 28 mai. 2013b.

BRASIL. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 26 abr. 2016.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/resultados>>. Acesso em: 5 abr. 2017.

MACKWAY-JONES, Kevin; MARSDEN, Janet; WINDLE, Jill. **Sistema Manchester de Classificação de Risco**: classificação de risco na urgência e emergência. Tradução de Triage/Manchester Triage Group. Belo Horizonte: Grupo Manchester de Classificação de Risco, 2006.

SÃO PAULO. SAÚDE, Secretaria Municipal da Saúde. **Produção e rede assistencial**: CEINFO - Coordenação de Epidemiologia e Informação. Prefeitura de São Paulo, SMS, 2016. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/epidemiologia_e_informacao/>. Acesso em: 26 abr. 2016.

SOUZA, Cristiane; ARAÚJO, Francieli; CHIANCA, Tânia. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. **Rev. Esc. Enferm.**, USP, v. 49, n. 1, p. 144-151, 2015.

Relações de poder estabelecidas na atenção domiciliar entre cuidadores e profissionais

Yara Cardoso Silva¹

Kênia Lara Silva²

Resumo: O objetivo é analisar as relações que se estabelecem nas práticas da atenção domiciliar (AD) para com o cuidador. Trata-se de estudo de natureza qualitativa. Por meio de duas equipes da AD em Minas Gerais, foram realizadas 109 visitas de acompanhamento aos cuidadores domiciliares, sendo feitas observações e entrevistas com cinco pacientes/cuidadores e dez profissionais. Os dados foram analisados na perspectiva da análise de discurso. Evidenciou-se uma presença majoritária de cuidadores com o vínculo parental, afetivo e do sexo feminino. Os cuidadores atuam como elo entre a equipe e o usuário. As relações que atravessam a produção do cuidado se caracterizam por envolvimento, empatia, vínculos e acolhimentos. Isso, no entanto, não se limitava aos mecanismos normativos e disciplinares da equipe para com os cuidadores, existindo punição caso não ocorresse o seguimento. Os cuidadores, por sua vez, também disputam a produção do cuidado, revelando estratégias e táticas de resistências às regras e às normas impostas pelo serviço. Conclui-se que os cuidadores são acometidos por uma intensa e complexa carga de relações, sentimentos e responsabilidades com o cuidado, conformadas por suas experiências subjetivas e subjetivantes.

Palavras-chave: Serviços de assistência domiciliar; Cuidadores; Poder (Psicologia).

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua criação, vem desenvolvendo estratégias que visam atender às necessidades e demandas da população. Atualmente, vivenciamos a transição epidemiológica, com uma tripla carga de doenças infecciosas e parasitárias, crônicas e externas, associada à transição demográfica com um rápido envelhecimento populacional. Para atender a essa realidade, foram desenvolvidas estratégias governamental, como o Programa de Atenção Domiciliar (BRASIL, 2010; DUARTE; BARRETO, 2012).

A atenção domiciliar (AD) ganha destaque pelos seus benefícios, tais como: a redução do tempo de internação, o aumento dos leitos hospitalares disponíveis, o cuidado ao usuário centrado, resolutivo, com menores índices de complicações infecciosas, o envolvimento com a realidade e o contexto de vida do usuário e projeto terapêutico condizente com as realidades (SILVA *et al.*, 2010; ANDRADE *et al.*, 2013).

A AD apresenta alterações do modelo historicamente construído, no que se refere ao local do atendimento, que transpassa de uma instituição de saúde para o domicílio, e à inclusão do terceiro ente na produção do cuidado, o cuidador, como o responsável pelo cuidado diário ao paciente. Essas alterações tiram a centralidade do cuidado atribuída aos profissionais especializados.

Apesar dos avanços na produção do cuidado em saúde, ainda se evidencia uma visão reducionista da prática de atenção à saúde (PINAFO, 2011). Nessa lógica, a AD deve romper com a concepção histórica estabelecida sobre atenção à saúde, como práticas impositivas, prescritivas ou até mesmo coercitivas e punitivas.

Diante disso, indaga-se: como se dá a relação de poder na assistência da AD, com a inclusão do cuidador como parceiro desse cuidado? A relação de poder são estratégias que permeiam todas as práticas e todos os espaços sociais, na rua, na família, nas relações afetivas, nas microrrelações sociais presentes no cotidiano e operam em inter-relações de liberdade, que estão em todas as partes (FOUCAULT, 2005).

O poder caracteriza-se por estratégias não localizáveis, sempre aplicadas para educar e fabricar indivíduos (FOUCAULT, 2000). Por isso, não existe uma teoria absoluta e imutável (SILVEIRA, 2005), e sim difusa e em constante transformação, que atravessa tanto os dominados quanto os dominantes. É preciso estar livre para resistir, permear, produzir coisas, saberes e discursos, facilitar, dificultar, entender, limitar, impedir e induzir ao prazer (SILVEIRA, 2005). O poder é exercido onde há resistência; logo, onde há resistência, há relações de poder (FOUCAULT, 2000). Para isso, são utilizadas diversas técnicas, estratégias e táticas para conseguir a docilidade-utilidade (DANNER, 2009; FOUCAULT, 2012).

Buscamos, neste artigo, investigar os discursos utilizados na prática assistencial da AD para conseguir captar as relações de poder entre o cuidador e os profissionais do serviço de assistência domiciliar (SAD). Por isso, propõe-se como objetivo analisar as relações de poder que se estabelecem nas práticas da AD entre cuidadores e profissionais.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, analítico, apoiado no referencial de poder foucaultiano. O campo deste artigo foi um município no Estado de Minas Gerais que aderiu ao Programa Melhor em Casa e, dessa forma, recebe incentivos para o seu funcionamento (BRASIL, 2014).

Para a obtenção dos dados, realizou-se como estratégia central a observação direta, participativa, periférica. Essa observação é flexível, permitindo a presença do pesquisador em alguns momentos do cotidiano das atividades analisadas (MALINOWSKI, 1975).

Utilizou-se um roteiro livre para captar as cenas vivenciadas no cotidiano de trabalho dos profissionais da equipe do SAD. A observação foi registrada no diário de campo, o que possibilitou reproduzir os momentos vivenciados, de forma fidedigna, por meio dos trechos das conversas ou da interpretação das cenas vivenciadas. Foram acompanhadas duas equipes, no período de 10 de fevereiro a 1º de junho de 2015. Nesse processo, participaram 46 usuários ou possíveis pacientes. Essas pessoas foram acompanhadas em visitas assistenciais de pós-óbito, de alta, de readmissões ou captação e exclusão. Foram realizadas entre uma a oito visitas ao mesmo usuário.

De forma complementar, ocorreram entrevistas orientadas por um roteiro aberto, não estruturado, com pelo menos um profissional de cada categoria que participou dos momentos observacionais. Foram entrevistados dez profissionais e cinco cuidadores/paciente.

Para preservar os participantes, ocorreram codificações. Os usuários foram identificados com o código A1 a A24, referente a uma equipe, e B1 a B22, referente à outra equipe. Para os cuidadores, foram acrescentados a letra C, tendo, assim, como codificação CA1 a CA24 e CB1 a CB22. Na mesma lógica, os profissionais estão identificados no texto com o código PA1 a PA10, quando se referem a uma equipe, e PB1 a PB11, referente à outra equipe.

A análise dos dados foi sustentada pelo referencial de análise de discurso, tendo como base conceitual Michel Foucault (2012). O autor estabelece pistas, mas não desenvolve uma metodologia, um passo a passo metódico para a análise do discurso.

Foram respeitados os preceitos éticos para pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Resultados

As ações não constituem uma experiência repetida. Pelo contrário, é singular, impossível de se suceder novamente da mesma maneira.

Os casos acompanhados apresentaram a prevalência de cuidadores informais, com vínculo parental e afetivo e com grande representatividade do sexo feminino. A vinculação do cuidador está relacionada à disponibilidade para a realização do cuidado e à relação afetiva desses cuidadores para com o usuário.

A equipe de AD busca no momento da inclusão do paciente orientar sobre o funcionamento do programa e sobre a responsabilidade do cuidador para com o paciente, ou seja, as ações que devem ser realizadas.

A assistente social apresenta todos os profissionais e suas especialidades e explica sobre o programa: somos uma equipe de atendimento domiciliar, temos um médico clínico, enfermeira, técnicos de enfermagem, fisioterapeuta e fonoaudiólogo. Realizamos pelo menos uma visita por semana e funcionamos das 7h às 19h. Hoje, a visita é para analisarmos segundo os critérios do programa para ver se te admitimos. Em seguida, a assistente social solicita que a paciente conte um pouco sobre a sua história (Entrevista, 12-02-2015).

Ficará uma pasta com uma cópia de todas as anotações do prontuário do paciente [...] e que na ficha tem os telefones da unidade e o celular, caso ela precise entrar em contato se tiver dúvida ou precisar de alguma coisa (Nota Observacional, A16, 1ª visita, 12-02-2015, p. 15).

Durante o cotidiano de trabalho, evidenciou-se que os cuidadores tem um papel importante, pois atuam como elo entre a equipe e o usuário.

Quando os profissionais buscam compreender as necessidades e superar as dificuldades vivenciadas pelos cuidadores, verifica-se que a relação é sustentada na cooperação, no compartilhamento, no envolvimento, na empatia, no vínculo, no diálogo, na interação e no acolhimento, fazendo, assim, prevalecer a produção do cuidado.

Esse sentimento positivo torna-se fundamental para desenvolver o cuidado. Até porque a atividade do cuidador é uma tarefa árdua e desgastante, pois, além dos cuidados com curativo e auxílio das atividades de vida diária, existe a sobrecarga emocional e psicológica.

Essa sobrecarga, esse desgaste físico e mental, aumenta quando não existe o revezamento entre os cuidadores responsáveis por assumir o cuidado (FONSECA, 2007; VIEIRA; FIALHO; MOREIRA, 2011). Para amenizar esse desgaste, os cuidadores criam uma dependência para com a equipe, principalmente na fase inicial ou nos momentos de intercorrência.

Foi de extrema importância para mim. A equipe me deu amparo num momento tão difícil, atendendo à minha mãe, independente da hora ou do dia. Eu podia ligar a qualquer hora que eles me atendiam e me acalmavam. [...] Eles cuidaram muito bem da minha mãe e sempre tiveram muita paciência. Sem o programa, seria muito mais difícil. Eles me prestaram apoio psicológico nesse momento tão difícil (Entrevistada CA23, cuidadora).

Ao final de todas as visitas, a cuidadora (CB12) entrega algum agrado, tal como balas e chocolates para todos, uma forma de mostrar a gratidão (Nota Observacional, 2ª visita, B12, 24-04-2015, p. 28).

Eu achei muito bom o trabalho deles, a hora que eles ia lá e orientava, né. E eu achei muito bom o trabalho deles, do médico também, muito bom. [...] O dia que passou mal, que ele deu febre, eles foi lá, deu uma febre de 39 grau, aí eles me orientou também até eles chegar e tranquilo.[...]. Ah, esse serviço, eu achei muito bom, mas só que é uma vez só por semana. Aí, isso aí dificultou um pouco, porque, às vezes, já tinha ido na semana e aí ligava de novo e a agenda já estava preenchida. Ai só orientava (Entrevista CA13, cuidador).

Fico o dia todo, até 2h da manhã. Depois disso, eu não dou conta. Preciso dormir para acordar cedo e levar os meus filhos para estudar. Às vezes, acordo de madrugada para olhar a minha mãe (Nota Observacional, 2ª visita, A2, 03-03-2015, p. 70).

Ela me chama o tempo todo. Às vezes, fico com a cabeça cansada, porque ela chama toda hora (Nota Observacional, 4ª visita, B12, 04-05-2015, p. 81).

Entrelaçado à forma humanizada e criativa, é possível verificar tensão permanente nas cenas de produção de cuidado, com a disputa do discurso normativo, que se revela quando vêm à tona as responsabilidades do cuidador para com o paciente e as regras de funcionamento e competência do programa.

O discurso normativo-organizacional acarreta prejuízo quando não se é flexível e não se busca outras estratégias para poder atender às necessidades dos usuários, principalmente quando se refere à presença de um cuidador para a inclusão e permanência do usuário no programa. Essa é uma forma de cercear a liberdade do cuidador, por meio da sua presença em tempo integral.

PB2: Como você se troca?

P7: Faço tudo sozinho [...]. Eu aprendi a fazer tudo, porque eu ficava lá à disposição no hospital. Eu indaguei aos profissionais do hospital quanto custava os produtos que eles usavam. Eles responderam que custava uns 20 reais. Pensei: não preciso disso. Posso fazer sozinho, melhor do que ficar lá esperando.

PB10: Se eu te falar que preciso da presença de um cuidador para poder participar do programa?

P7: Eu não quero, então. Eu sei que vocês vão querer que eu fique aqui à disposição, esperando vocês, e eu não posso. Meu vizinho foi atendido e eu sei que vocês não agendam visita. Eu teria que ficar esperando, à disposição de vocês (Nota Observacional, 2ª visita, B7, 28-04-2015, p. 52).

Neto: A ausência do cuidador é um dos critérios de desligamento?

PA1: É um dos. É um critério de exclusão, está no termo que foi assinado.

[...]

Assistente social (PA9): Quem está dormindo com a paciente e com quem ela fica quando a cuidadora precisa sair?

Neto: Eles ligam para mim, se ela fica sozinha é questões de horas.

PA9: Entendi....Vou dar uma semana para vocês se organizarem, para que a paciente não fique sozinha.

A disciplina é outra técnica utilizada e encontra-se centrada no corpo dos indivíduos para obter uma relação de docilidade-utilidade (DANNER, 2009; FOUCAULT, 2012). O poder disciplinar da equipe busca controlar as ações da cuidadora aos comandos. A atuação de controle ocorre de maneira sutil e possui a faculdade de garantir a ordem e a manutenção do meticuloso funcionamento do serviço.

Nesses casos, verifica-se a prevalência de vigilância que atua sobre o constante registro para saber se os cuidadores estão seguindo os comandos. É estabelecido a supervisão para que ocorra a evolução clínica do usuário, seja pela oclusão da ferida, pela obediência aos horários do medicamento, pelo gerenciamento das ações e relação com o usuário, controle das disposições e organizações do cuidado. A obediência acarreta a renúncia da vontade própria para submeter-se a alguém. É graças à vigilância que o poder disciplinar se torna um sistema integrado, uma vez que o poder se faz presente de forma múltipla, automática e anônima (FOUCAULT, 2005).

PB3: Você ficou fora uma semana. Você passou os cuidados? Achei que as feridas pioraram.

CB18: Eu deixei as pessoas cuidando, pois eu precisava deste tempo.

PB3: Eu te entendo. Eu acho que você precisava, até porque é você que fica com todo o cuidado, mas eu não gostei, achei que piorou muito. Queria manter as úlceras sempre pequenas, pois, antes, as feridas estavam rasinhas. (Nota Observacional, 1ª visita, B18, 16-04-2015, p. 25).

PA2: Quem aplica a insulina de tarde?.

A2: É a cuidadora principal (CA2).

PA2: De manhã, está aplicando no horário certo?.

A2: A insulina é dada às 20 horas.

O médico olha para o papel da prescrição e faz um sinal negativo com a cabeça.

PA2: O remédio deve ser tomado às 16 e não às 20 (Nota Observacional, 4ª visita, A2, 16-03-2015, p. 107).

PA1: Tem alguém cuidando de você agora?.

A2: Estou sozinha. Ninguém esta dormindo comigo, só Deus [...] eu prefiro assim, do que ficarem me xingando.

PA2 (médico): É pior isso do que te desligar do programa, né.

A2: Se desligar, eu que ficarei prejudicada (Nota Observacional 4ª visita, A2, 16-03-2015, p. 107).

Os cuidadores, por sua vez, também disputam a produção do cuidado, revelando estratégias e táticas de resistências às regras e às normas impostas pelo serviço, tudo para que exista a liberdade de ação e a permanência da assistência.

Essas rotas de fuga e subterfúgios podem estar relacionadas, principalmente, a dois fatores. O primeiro está relacionado à crença do cuidador sobre a melhor conduta de tratamento para o paciente, ao aplicar o conhecimento adquirido ao longo da vida, colocando em segundo plano as orientações e o conhecimento técnico-científico dos profissionais. Nesses casos, verificou-se que os profissionais consideravam as ações dos cuidadores, que se encontravam fundamentadas no contexto de vida e na intencionalidade das ações do cuidador, no entanto buscaram reestabelecer a readequação das condutas desses cuidadores.

O segundo fator para as rotas de fuga estão relacionadas à resistência aos comandos solicitados. A resistência surge para fins de defesa e reação por meio de estratégias que invertem a situação (FOUCAULT, 2012), esquivando-se dos comandos, do determinado. Nesses casos, há uma tendência a ocorrer sanções, como a desvinculação do paciente do Programa de Atenção Domiciliar.

A assistente social (PA9) inicia explicando: Desde a primeira visita que a família é orientada sobre a necessidade de um cuidador em tempo integral. Todas as visitas foram reforçadas, nós demos um tempo para a família se organizar. Fizemos contato com a família, mas nada disso resolveu. Temos que seguir

as orientações do programa, senão a equipe poderá ser prejudicada. Além disso, a evolução da paciente está boa e o caso dela pode ser acompanhado pela UBS (Nota Observacional, 5ª visita, A2, 17-03-2015, p. 114).

PB2: Você tem algum parente? - indaga a enfermeira.

P7: Posso, mas que moram em outros bairros.

PB10: Precisamos de uma pessoa que se responsabilize por você.

P7: Posso arrumar um vizinho, que é igual irmão, mas ele não iria me ajudar, seria só para emprestar a assinatura, para assinar o termo de admissão como o cuidador responsável.

CA16: O óleo indicado não está fazendo efeito, está ficando pior, por isso estou passando outra pomada e está melhorando, parece que secou mais. A ferida fica abrindo e fechando (Nota Observacional, A16, 6ª visita, 12-03-2015, p. 101).

Discussão

Nas cenas e situações analisadas, a presença ou ausência do cuidador, o tipo de relação estabelecida e os discursos empregados foram determinantes para estabelecer a produção ou a interdição do cuidado do usuário.

Os casos em que a relação com o cuidador eram previsíveis, desejáveis e controláveis tensionaram para a produção do cuidado. Nesses casos, existia aceitação às condutas estabelecidas, sobressaía o diálogo, a compreensão da realidade e da necessidade da família/cuidador e do usuário.

As queixas podem ser evitadas ou, ao menos, minimizadas quando se estabelece a escuta, a compreensão e o acolhimento, pois são estratégias de vínculo. Isso pode proporcionar a satisfação das necessidades, promover a melhoria contínua e reconhecer as necessidades (MERHY, 1999; HOGA, 2004).

No entanto, nos casos em que a interdição se mostrou mais evidente, foram visíveis os enfrentamentos das condutas e das ordens estabelecidas pela equipe, principalmente no que se referia à presença do cuidador, à prestação do cuidado pelo cuidador e às diferenças nos projetos terapêuticos. Quanto maior o desequilíbrio, maior a resistência e luta; quanto maior a estabilidade, maior a tendência de relações harmoniosas, igualitárias (MADUREIRA; TRENTINI, 2008).

A estratégia normativa foi utilizada como principal mecanismo para manter o poder dos profissionais, por meio das regras, ações embasadas em protocolos, nas diretrizes e políticas. Dessa forma, essa normatização dificulta a autonomia do modo de vida dos sujeitos. A normalização impede a diferenciação dos indivíduos, atuando, portanto, como um processo que impõe a homogeneidade e estabelece tensão pelo discurso que esta produz (FOUCAULT, 2008). No entanto, é possível captar cenas nas quais as barreiras normativas são ultrapassadas, quando os indivíduos, pela faculdade que possuem, fazem escolhas e criam normas para suas vidas.

Os profissionais fizeram uso de estratégias disciplinares por meio dos mecanismos de monitoramento, rastreamento e vigilância, como forma de controle das ordens determinadas para moldar os comportamentos dos cuidadores. De maneira geral, a aplicação dessas técnicas tem como objetivo adestrar as pessoas para que elas se adequem às normas, obtendo, assim, corpos dóceis e úteis (FOUCAULT, 2005). “‘Adestra’ as multidões confusas e docilizando os corpos [...]. É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado” (FOUCAULT, 2005, p. 118-143).

Aqueles que tentaram burlar essa normalização e os comandos disciplinares, por vezes, eram penalizados. No entanto, alguns cuidadores fizeram uso de táticas, por meio de rotas de fuga e subterfúgios, para manter o

poder. Nesses casos, os cuidadores, mesmo sendo atendidos ou buscando o atendimento pela SAD, criaram normas para o cuidado ao usuário e para a sua vida, por vezes desconsiderando as normas vigentes e determinadas pelo programa.

Mas, como no SAD, o cuidador encontra-se sujeito a obrigações, as quais, se não cumpridas, podem resultar em punição. Na visão foucaultiana, o corpo se apresenta acorrentado no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações (FOUCAULT, 2005).

O poder, em Foucault (1979, 2005), reprime, mas também produz efeitos de saber e verdade, por meio da busca pelo conhecimento, por novas alternativas e na possibilidade de o indivíduo inventar para si novos modos de lidar com a situação. Assim, o modelo para pensar o poder é o da batalha perpétua, em que todos os adversários podem executar manobras, estratégias, mecanismos dos diferentes pontos em que estão situados (FRANCO; LEMOS, 2013).

Conclusão

As relações de poder não são estáticas, mas flutuam pela singularidade, conflitos, tensões, criações e inovações. Os cuidadores vivem um mix de sentimentos, pois existe o desejo de cuidar, a insegurança por não possuir um saber científico para executar os comandos solicitados e a exaustão desencadeada pelas relações e processos do cuidado.

A relação de poder com o cuidador se tensionaram para a produção do cuidado quando foram previsíveis, desejáveis e controláveis. Para se manter no comando, os profissionais fizeram uso de mecanismos e estratégias disciplinares por meio da normalização e vigilância dos comportamentos do cuidadores. No entanto, os cuidadores, para desviar dos comando e imposições determinadas pelas equipes, buscavam burlar e criar rotas de fuga. Esses subterfúgios geram penalizações e readequação das condutas. Dependendo da intensidade, intencionalidade e permanência, essa punição pode resultar no desligamento do paciente.

Destaca-se então a necessidade de investir em redes sociais de apoio aos cuidadores da AD e a compreensão dos processos de subjetivação do cuidador para a redução das tensões e aumento de uma relação produtora.

Notas

1 Gestora de Serviços de Saúde. Mestre e doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática em Enfermagem (NUPEPE). E-mail: yaracardososilva@gmail.com

2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Professora adjunta da UFMG. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática em Enfermagem (NUPEPE).

Referências

ANDRADE, Angélica et al. Singularidades do trabalho na atenção domiciliar: imprimindo uma nova lógica em saúde. **Rev. Pesq. Cuid. Fundam.**, v. 5, n. 1, p. 3383-3393, jan./mar. 2013.

BRASIL. Rede Interagencial de Informações para Saúde. **Demografia e saúde: contribuições para análise da situação e tendências**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). (Série Informe de Situação e Tendências).

_____. DATASUS. **CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2014. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

DANNER, Fernando. A genealogia do poder em Michel Foucault. In: MOSTRA DE PESQUISA DA PÓS-GRADUAÇÃO, 4., Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2009. **Texto...** Porto Alegre: PUC, 2009. p. 786-794. Disponível em: <http://www.pucrs.br/edipucrs/IVmostra/IV_MOSTRA_PDF/Filosofia/71464-FERNANDO_DANNER.pdf>. Acesso em: 19 set. 2016.

DUARTE, Elisabeth; BARRETO, Sandhi. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde. **Epid. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 529-532, 2012.

FONSECA, Aline. **O cuidado domiciliário ao idoso com doença de Alzheimer**: um enfoque ao cuidador. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas) – UFRJ, Rio de Janeiro, 2007.

FOUCAULT, Michel. **A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

_____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 2005

_____. **A arqueologia do saber**. Petrópolis: Vozes Centro do Livro Brasileiro, 2008.

_____. **Ditos e escritos**: estratégia, poder-saber. vol. IV. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

FRANCO, Ana Carolina; LEMOS, Flávia. Algumas interrogações sobre o sistema de comunicação no Brasil: mídia e relações de poder, saber e subjetivação. **Barbaroi**, n. 38, p. 60-78, jun. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-65782013000100005&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 jun. 2016.

HOGA, Luiza. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Rev. Esc. Enferm.**, USP, v. 38, n. 1, p. 13-20, mar. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342004000100002>>. Acesso em: 2 nov. 2016.

MADUREIRA, Valéria; TRENTINI, Mercedes. Relações de poder na vida conjugal e prevenção da AIDS. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 5, p. 637-642, set./out. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a17v61n5.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2016.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Uma teoria científica da cultura**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

MERHY, Emerson. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de estratégias gerenciais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-14, 1999. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200006>>. Acesso em: 5 mai. 2016.

PINAFO, Elisangela et al. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 201-221, jul./out. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000200003>>. Acesso em: 15 de abr. 2016.

SILVA, Kênia et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev. Saúde Públ.**, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/18.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2016.

SILVEIRA, Rafael. **Michel Foucault**: poder e análise das organizações. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

VIEIRA, Chrystinany; FIALHO, Ana; MOREIRA, Thereza. Dissertações e teses de enfermagem sobre o cuidador informal do idoso. Brasil 1979 a 2007. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n 1, p. 160-166, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000100019>>. Acesso em: 17 out. 2016.

Avaliação de risco à segurança do paciente no domicílio

Cristiane Maria Schmeling¹

Hercílio Hoepfner Júnior²

Andrelisa Haubricht³

Simoni Aparecida Nery⁴

Tatiane dos Santos Reinert⁵

Resumo: Introdução: O contexto familiar engloba fatores socioeconômicos e culturais que interferem nos casos em que o paciente retorna ao lar com sua capacidade funcional reduzida, havendo necessidade de intervenções que promovam um ambiente seguro e funcional. A equipe multidisciplinar do Serviço de Atenção Domiciliar identificou a necessidade de avaliar os riscos que o paciente está sujeito no domicílio. Objetivos: Avaliar e reavaliar os domicílios dos pacientes acompanhados, expondo à família os riscos e sugerindo melhorias. Metodologia: A terapeuta ocupacional, em conjunto com a equipe multidisciplinar, elaborou um instrumento para avaliar riscos e sugerir adaptações necessárias. O instrumento aplicado pela terapeuta ocupacional avalia acessos, cômodos, paredes, pisos e iluminação. Na avaliação da capacidade funcional do paciente, aplica-se a escala Katz. Após a análise, sugerem-se adaptações ou modificações e possíveis facilitadores como: cadeira de rodas e higiênica, barras de apoio, rampas, órteses, adaptações para as atividades básicas/instrumentais da vida diária e atividades de lazer, garantindo a segurança dos pacientes e seus cuidadores. Resultados: Dos 115 pacientes acompanhados, 82 (71,30%) receberam a avaliação, e, em 67 (81,71%) domicílios sugeriu-se adaptação/modificação. Das 39 reavaliações realizadas, constatou-se que em 25 (64%) domicílios foram executadas as adaptações sugeridas. Conclusão: Há evidência sobre a importância da formalização do instrumento no envolvimento da família no processo de modificações ambientais, uma vez que as orientações realizadas verbalmente pela equipe não recebiam a devida relevância pelos familiares.

Palavras-chave: Domicílio; Riscos; Segurança; Modificação; Terapia ocupacional.

Introdução

A atenção domiciliar é uma modalidade de assistência caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com a garantia de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde dos serviços públicos e privados (LACERDA *et al.*, 2006).

Apesar de a sua prática estar bem consolidada nos dias de hoje, ainda está em expansão dentro dos serviços de saúde, inclusive na rede pública, com o Programa Melhor em Casa, criado pela Secretaria de Atenção à Saúde, ligado ao Ministério da Saúde, em 11 de novembro de 2011 (BRSAIL, 2012).

A atenção domiciliar pode ser na forma de assistência ou internação – nosso serviço enquadra-se na modalidade de assistência. O atendimento em domicílio abrange ações educativas, orientações, realização de procedimentos técnicos executados por uma equipe multidisciplinar, que pode ser formada de acordo com a necessidade de cada serviço, sendo basicamente constituída por profissionais de enfermagem, medicina, serviço social e reabilitação. As ações visam buscar a prevenção de agravos à saúde, bem como seu monitoramento (YAMAGUCHI *et al.*, 2010).

A multidisciplinaridade procura favorecer o atendimento integral ao paciente, o qual tem sua saúde assistida, e procura garantir a sua segurança sob a ótica dos riscos que o domicílio pode oferecer. Os riscos, muitas vezes, não são observados pelo próprio paciente e seus familiares durante o cotidiano e, no momento do adoecimento, tornam-se obstáculos no processo do cuidado.

Sabe-se que os Serviços de Atenção Domiciliar têm pouco controle sobre os riscos à segurança do paciente e seus cuidadores, mas possuem papel fundamental em torná-los evidente e conscientizar sobre a necessidade de realizar as modificações (ACCREDITATION CANADA, 2016).

Estar no ambiente das pessoas exige sensibilidade de cada profissional da equipe multidisciplinar em perceber o contexto familiar, respeitando sua individualidade e suas crenças, considerando hábitos, sentimentos e necessidades.

O profissional, quando sugere as modificações do ambiente de convivência familiar, deve ter um cuidado ainda maior, explicando aos familiares, de forma objetiva e coerente, a imprescindibilidade em executar as alterações indicadas, pois elas irão interferir diretamente nos casos em que o paciente retorna após internação. Esse cuidado se estende também para os pacientes que já estão sob atendimento em domicílio, com a sua capacidade funcional parcial ou totalmente reduzida, mediante a necessidade de intervenções que promovam um ambiente seguro e funcional, que deverão influenciar nas atividades de vida diária, tanto básicas como instrumentais (MARTINEZ; EMMEL, 2013). Fica claro, assim, que, além da segurança, as modificações devem favorecer a autonomia e a independência do paciente e proporcionar facilitadores para cuidadores e familiares.

Visando à necessidade de avaliação dos riscos à segurança do nosso paciente no domicílio e considerando a Certificação Internacional Canadense, foi desenvolvido, implantado e aplicado pela terapeuta ocupacional, em conjunto com a equipe multidisciplinar do Serviço de Atenção Domiciliar da Unimed Joinville a partir de agosto de 2015, um instrumento para a avaliação do ambiente domiciliar. Essa avaliação pode ocorrer antes da desospitalização, facilitando, muitas vezes, o processo desta. Dessa forma, permite aos familiares uma maior tranquilidade e aceitação ao receber do profissional sugestões sobre as modificações que serão realmente necessárias, indicadas de forma personalizada e individualizada. Já houve casos em que os familiares relataram à enfermeira do Serviço de Atenção Domiciliar que iriam fazer reformas estruturais e realizar outras modificações por conta própria e, ao receber a avaliação da terapeuta ocupacional, verificaram que não seriam necessárias tantas adaptações como imaginavam.

Para receber a Certificação de Acreditação Canadense, segue-se um manual de exigências necessárias que sugere avaliação dos riscos ambientais físicos internos e externos, químicos e biológicos, de incêndio e quedas. Atualmente, estão sendo avaliados os riscos ambientais e de quedas. Futuramente os demais riscos também farão parte do instrumento (YAMAGUCHI *et al.*, 2010).

Métodos

Durante a permanência do paciente no Centro Hospitalar da Unimed Joinville e mediante a solicitação do acompanhamento do Serviço de Atenção Domiciliar, a terapeuta ocupacional aplica a Escala de Katz para avaliar a capacidade funcional do paciente. Posteriormente no domicílio, correlaciona o resultado e avalia o ambiente utilizando o instrumento desenvolvido Avaliação de Risco à Segurança do Paciente no Domicílio (Figura 1), sugerindo as adaptações e modificações necessárias para receber o paciente novamente ao seu lar. Pacientes que já estão sob acompanhamento e os encaminhados dos consultórios médicos ou ambulatorios para monitoramento pelo Serviço de Atenção Domiciliar são avaliados da mesma forma durante a visita da terapeuta ocupacional.

Figura 1. Avaliação de riscos à segurança do paciente no domicílio.

Etiqueta de identificação do paciente	
AVALIAÇÃO DE RISCOS À SEGURANÇA DO PACIENTE NO DOMICÍLIO	
Acessibilidade para cadeira de rodas? ☐ sim ☐ não _____ Piso: ☐ plano ☐ com vãos ☐ escorregadio ☐ inclinado ☐ mudança de textura/ tipo de piso Desníveis: ☐ degrau - altura: _____ ☐ escada - altura cada degrau: _____ Obstáculos: ☐ vaso ☐ fio ☐ peso de porta ☐ animais ☐ mesa centro ☐ outros: _____ Tapetes: ☐ soltos ☐ embutidos ☐ antiderrapante Box no banheiro: ☐ sim ☐ não Entra cadeira de banho? ☐ sim ☐ não Paciente: ☐ independente ☐ semidependente ☐ dependente ☐ acamado ☐ deambula com segurança ☐ deambula com auxílio de _____ ☐ cadeirante consegue manobrar cadeira de rodas: ☐ sim ☐ não ☐ risco de queda Katz: _____ Legenda: 0-2 dependência importante 3-4 dependência parcial 5-6 independência Necessita de adaptações: ☐ sim ☐ não Adaptações sugeridas: ☐ nivelar piso do banheiro _____ ☐ retirar box ☐ cadeira de banho ☐ banco ☐ elevação de assento sanitário ☐ barras de apoio _____ ☐ rampa _____ ☐ retirar tapetes ☐ retirar obstáculos: _____ ☐ órtese ☐ MMSS _____ ☐ MMII _____ ☐ adaptação AVDs _____ ☐ cadeira de rodas ☐ adaptação para cadeira de rodas _____ ☐ retirar porta _____ ☐ aumentar largura da porta _____ ☐ grade na cama ☐ adequar mobiliário _____ ☐ Iluminação _____ Outras sugestões: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
_____ Ass. Terapeuta Ocupacional	Data: ____/____/____ _____ Assinatura Responsável

Na avaliação do ambiente domiciliar, utilizamos como parâmetros a Norma Brasileira Reguladora (NBR 9050) da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2015). São verificados todos os acessos de entrada, calçadas e rampas, conferidas medidas das aberturas das portas para passagem de cadeira de rodas, observação dos cômodos, tipos de paredes, pisos, iluminação, ventilação, adequação de banheiros com barras de segurança, entre outros. A disposição dos mobiliários e presença de degraus e obstáculos (tapetes, apoio de porta, vasos, animais, concentrador de oxigênio etc.) que ofereçam riscos à segurança do paciente também são analisadas.

Mediante a detecção de algum dos riscos, são sugeridos facilitadores como: cadeira de rodas, cadeira higiênica, elevação de assento sanitário, guinchos para transferências, barras de apoio, órteses, fixadores de portas, luminárias de tomada, adaptações para as atividades básicas da vida diária (ABVD), atividades instrumentais da vida diária (AIVD) e atividades de lazer, bem como são realizadas orientações gerais para facilitar e garantir a segurança dos pacientes, seus familiares e cuidadores no domicílio.

O instrumento de avaliação é preenchido em duas vias e é recolhida a assinatura do familiar e/ou cuidador responsável, já que os pacientes acompanhados apresentam alto grau de dependência. A primeira via é anexada ao prontuário físico e a segunda via é entregue ao familiar para providenciar as adaptações sugeridas.

A avaliação é lançada no prontuário eletrônico, do qual, posteriormente, são extraídos os relatórios com os indicadores e para controle das reavaliações. Caso o paciente mude de endereço, é realizada uma nova avaliação.

Na reavaliação (Figura 2), é verificado se foram realizadas as adaptações sugeridas, totalmente ou parcialmente. Quando parcialmente realizadas, a terapeuta ocupacional reforça a importância para que as outras sejam concluídas, e, se houver alguma mudança no quadro clínico do paciente, podem ser sugeridas outras adaptações. Para respostas negativas, questionam-se os motivos, que geralmente são: por julgamento da falta de importância, questões financeiras ou outros.

Quando o paciente sofre queda, realiza-se a investigação da causa (Figura 3) para analisar se está relacionada às adaptações e/ou modificações sugeridas ou se relacionada a outros fatores de risco, como: demográfico (crianças menores de 5 anos ou idosos com mais 65 anos); psicocognitivos (demências, depressão ou ansiedade); condições de saúde e presença de doenças crônicas (acidente vascular cerebral prévio, hipotensão postural, tontura, convulsão, síncope, dor intensa, baixo índice de massa corpórea, anemia, insônia, incontinências ou urgências miccional e fecal, osteoartrose, osteoporose, alterações metabólicas); funcionalidade (dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária, necessidade de dispositivo de auxílio à marcha, fraqueza muscular e articulares, amputação de membros inferiores ou deformidades nos membros inferiores); comprometimento sensorial (visão, audição, tato); equilíbrio corporal (marcha alterada); uso de medicamentos: (benzodiazepínicos, antiarrítmicos, anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos, digoxina, diuréticos, laxativos, relaxantes musculares, vasodilatores, hipoglicemiantes orais, insulina, polifarmácia); obesidade severa e história prévia de queda.

Resultados

O Serviço de Atenção Domiciliar atende em média 115 pacientes ao mês. Foram realizadas 82 avaliações de riscos à segurança do paciente em seu domicílio, das quais em 67 sugeriu-se algum tipo de adaptação e/ou modificação no ambiente domiciliar, enquanto as demais se encontravam de acordo. Os demais domicílios em que não foram realizadas as avaliações estão relacionados aos pacientes que são assistidos no Serviço de Atenção Domiciliar provisoriamente, seja para realização de curativos ou administração de medicamentos.

Em janeiro de 2016, iniciaram-se as reavaliações desses domicílios com o intuito de verificar se os familiares realizaram as adequações indicadas. Foram reavaliados 39 domicílios, dos quais 25 (64%) foram adaptados, sendo 12 (48%) totalmente e 13 (52%) parcialmente.

Figura 2. Reavaliação de riscos à segurança do paciente no domicílio.

Etiqueta de identificação do paciente	
REAVALIAÇÃO DE RISCOS À SEGURANÇA DO PACIENTE NO DOMICÍLIO	
Realizou adaptações sugeridas: () SIM () Parcialmente () Totalmente	
() NÃO Justificativa: () Não julgou importante () Financeiro () Outro motivo _____	
Novas sugestões: _____	
Data: ____/____/____ Ass. Terapeuta Ocupacional	

Figura 3. Investigação de queda do paciente no domicílio.

Etiqueta de identificação do paciente	
INVESTIGAÇÃO DE QUEDA DO PACIENTE NO DOMICÍLIO	
A queda está relacionada às adaptações/modificações sugeridas? ☐ sim ☐ não Realizou adaptações sugeridas: ☐ parcialmente ☐ totalmente ☐ não Utilização inadequada das adaptações? ☐ não ☐ sim _____ A queda está relacionada aos fatores de risco... Demográfico: ☐ crianças < 5anos ☐ idosos > 65 anos Psicocognitivos: ☐ declínio cognitivo ☐ depressão ☐ ansiedade Condições de saúde e presença de doenças crônicas: ☐ acidente vascular cerebral prévio ☐ hipotensão postural ☐ tontura ☐ convulsão ☐ síncope ☐ dor intensa ☐ baixo índice de massa corpórea ☐ anemia ☐ insônia ☐ artrite ☐ osteoporose ☐ incontinência ou urgência miccional ☐ alterações metabólicas (por exemplo, hipoglicemia) Funcionalidade: ☐ dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária ☐ necessidade de dispositivo de auxílio à marcha ☐ fraqueza muscular e articulares ☐ amputação de membros inferiores e deformidades nos membros inferiores Comprometimento sensorial: ☐ visão ☐ audição ☐ tato Equilíbrio corporal: Marcha alterada: ☐ sim ☐ não Uso de medicamentos: ☐ benzodiazepínicos ☐ antiarrítmicos ☐ anti-histamínicos ☐ antipsicóticos ☐ antidepressivos ☐ digoxina ☐ diuréticos ☐ laxativos ☐ relaxantes musculares ☐ vasodilatadores ☐ hipoglicemiantes orais ☐ insulina ☐ polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos). Obesidade severa: ☐ sim ☐ não História prévia de queda: ☐ sim ☐ não	

Etiqueta de identificação do paciente



Resultado

() Paciente com alto risco de queda: Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos um fator de risco. Paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator de risco. Anda com auxílio (de pessoa ou de dispositivo) ou se locomove em cadeira de rodas. Paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames ou transferência, com ou sem a presença de fatores de risco.

() Paciente com baixo risco de queda: Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros, com ou sem fatores de risco. Indivíduo independente e sem nenhum fator de risco.

Data: ____/____/____

Terapeuta Ocupacional

Sucederam contatos telefônicos com os familiares dos pacientes reavaliados para investigação de quedas. Verificou-se que 29 (74%) não apresentaram queda, 5 (13%) tiveram queda e com 5 (13%) não foram encontrados.

As quedas relatadas pelos cuidadores e/ou familiares ocorreram no quarto durante transferência da poltrona para cadeira de rodas e na cama do paciente durante a troca de fraldas e por esquecimento de recolocação da grade de proteção e na área externa, quando a paciente caminhava com o auxílio do cuidador. Todas as quedas relatadas estão relacionadas a falhas humanas e ligadas ao uso inadequado das adaptações por parte dos cuidadores.

Três quedas foram em domicílios que não realizaram as adaptações sugeridas e uma que realizou parcialmente. Apenas um paciente sofreu queda da cama após a adaptação total sugerida pela terapeuta ocupacional, pois familiares não julgaram necessária a colocação de grade de proteção.

Discussão

A avaliação prevê a segurança do paciente e sugere melhorar a sua autonomia mediante situações críticas de sua vida ou ainda facilitar as atividades executadas por seus cuidadores quando há incapacidade funcional total. São fatores que reduzem grande parte das angústias dos envolvidos sobre a readaptação domiciliar, considerando a nova condição de debilidade funcional cognitiva ou física. Encontramos alguns casos de resistência por parte de familiares e até mesmo de pacientes na avaliação dos domicílios, por não entenderem a importância das modificações, por ganhos secundários ou por questões financeiras. São sugeridas modificações ou adaptações nos ambientes, tanto de baixa como de alta tecnologia, que sejam adequadas ao padrão financeiro familiar, bem como fornecidas opções de escolhas considerando aspectos estéticos.

Conclusão

A formalização do instrumento de Avaliação de Riscos à Segurança do Paciente no Domicílio é uma forma de envolver a família e evidenciar a importância das adaptações, já que, anteriormente às orientações, eram realizadas verbalmente pela equipe multidisciplinar e não observávamos continuidade das recomendações. Os resultados sugerem a relevância da aplicação do instrumento, levando-se em conta o número de domicílios que necessitaram de adaptações e que as realizaram, assim como o número de quedas ocorridas.

Conflito de interesse

Os autores declaram que não há conflitos de interesse que se sobreponham aos objetivos deste artigo que são: avaliar e reavaliar os domicílios dos pacientes acompanhados pelo Serviço de Atenção Domiciliar, expondo à família os riscos ambientais, físicos e químicos, sugerindo melhorias.

Notas

- 1 Terapeuta Ocupacional do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) da Unimed Joinville, Santa Catarina. E-mail: cristianeschmeling@yahoo.com.br
- 2 Médico geriatra e coordenador do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) da Unimed Joinville, Santa Catarina.
- 3 Terapeuta Ocupacional do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) da Unimed Joinville, Santa Catarina.
- 4 Enfermeira do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) da Unimed Joinville, Santa Catarina.
- 5 Enfermeira do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) da Unimed Joinville, Santa Catarina.

Referências

- ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. **ABNT NBR 9050**: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT, 2015.
- ACCREDITATION CANADA. **Programa Qmentun Internacional**: versão 3. Traduzido e adaptado por IQG – Healt Services Accreditation. São Paulo: ICQ, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- LACERDA, Maria Ribeiro et al. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 88-95, mai./ago. 2006
- MARTINEZ, Luciana; EMMEL, Maria Luisa. Elaboração de um roteiro para avaliação do ambiente e do mobiliário no domicílio de idosos. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 24, n. 1, p. 18-27, jan./abr. 2013.
- YAMAGUCHI, Angélica. et al. **Assistência domiciliar**: uma proposta interdisciplinar. Barueri: Manole, 2010.

RESUMOS

O impacto da assistência multiprofissional na sobrevida de criança de 3 anos de idade com Síndrome de Patau

Autor: Araujo, EA.

Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar da Região Oeste do Distrito Federal

A Síndrome de Patau (trissomia do cromossomo 13) foi relatada por Klaus Patau em 1960. Apenas 2,5% dos conceptos com essa trissomia nascem vivos, enquanto que a mortalidade pós-natal é excepcionalmente alta, pois 80% das crianças afetadas morrem durante o primeiro mês e menos de 5% sobrevivem até 1 ano. Essa síndrome causa deficiência mental e física graves, como: malformações do SNC, retardo mental, defeitos cardíacos congênitos, criptorquidia, alterações no útero e ovários, rins policísticos, fenda labial e palatina, malformação nas mãos e defeito na formação dos olhos ou ausência deles. A assistência multiprofissional é fator relevante no desenvolvimento mental e psicomotor das crianças que nascem com essa patologia, bem como aumento da sobrevida. Caso: Criança do sexo feminino, parda, 3 anos de idade, nascida com idade gestacional de 37 semanas e 4 dias, peso ao nascer 2.205mg, 39cm de altura, diagnosticada com Síndrome de Patau ao nascer por meio de estudo genético. Apresenta fenda palatina e lábio leporino, microftalmia, cardiopatia, nefropatia e punhos cerrados. Mãe engravidou com 38 anos de idade, primigesta, cônjuge não consanguíneo, ambos com tipagem sanguínea A+. Realizou pré-natal completo e desenvolveu pré-eclâmpsia ao final da gravidez. Aos 9 meses de vida, a criança apresentou PCR devido à broncoaspiração, ficando internada em UTI neonatal. Na ocasião, foram realizadas traqueostomia e gastrostomia. Hoje, a criança está com 3 anos de idade, 11.300g, 98cm de altura e é acompanhada desde os 11 meses de idade pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar de Ceilândia/DF. A sobrevida dessa criança e o desenvolvimento neuropsicomotor fora dos padrões relatados na literatura associam-se ao acompanhamento sistemático da Equipe Multiprofissional que a assiste.

Palavras-chave: Patau; Sobrevida; Multiprofissional.

E-mail: soniaalvesaraujo@hotmail.com

Capacitação básica multiprofissional para os cuidadores informais da atenção domiciliar da Secretaria de Saúde do Distrito Federal - Região Oeste/Ceilândia

Autor: Sála, MBFS.

Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar da Região Oeste do Distrito Federal

Introdução: O surgimento da modalidade de atenção domiciliar (AD) possibilita a atuação interdisciplinar e busca ampliar a autonomia do doente e da sua família, promovendo a continuidade do cuidado no domicílio. Assim, para que ocorra o cuidado domiciliar, é necessário que se tenha o consentimento da família para a existência de um cuidador, o qual atuará como colaborador para a equipe de saúde, assumindo, dessa forma, a responsabilidade do cuidar e de outras atividades do cotidiano. Diante disso, a educação em saúde se torna uma alternativa de suporte à família e ao cuidador. **Objetivo:** Este plano de ação objetiva implantar um curso básico de capacitação com enfoque multiprofissional no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) da Região Oeste/Ceilândia da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Metodologia:** A capacitação será um espaço para discussão e esclarecimentos, com aulas expositivas e recursos audiovisuais. Poderá ser realizado semestralmente, proporcionando a rotatividade dos cuidadores informais, com duração total de 16h, em quatro períodos de 4h cada. Serão distribuídos temas acerca dos cuidados básicos do cotidiano do cuidador, com palestrantes atuantes na AD envolvendo os seguintes profissionais: assistente social, dentista, enfermeiro, nutricionista, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e médico. As atividades propostas e os profissionais participantes poderão ser alterados em virtude da necessidade do serviço e da demanda. **Conclusão:** É importante reconhecer quais medidas de educação do cuidador têm impacto positivo direto no comportamento dos pacientes e podem enriquecer a qualidade de vida tanto dos pacientes como dos cuidadores. Essa prática realizada com os cuidadores visa amenizar a preocupação deles no enfrentamento da doença e capacitá-los para os cuidados.

Palavras-chave: Cuidadores; Assistência domiciliar; Educação em saúde.

E-mail: marinabuenofs@gmail.com

Novo modelo de gestão regionalizada em saúde do Distrito Federal: impacto para a assistência domiciliar da Região Oeste

Autor: Franco, MGR.

Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar da Região Oeste do Distrito Federal

A Secretaria de Saúde do Distrito Federal passou por reestruturação do organograma em 27 de novembro de 2015, o que causou a fusão das 31 Regiões Administrativas (RA), reestruturando-as em sete Regiões de Saúde (RS) da seguinte maneira: Região Norte, Centro-Norte, Sul, Centro-Sul, Sudeste, Leste e Oeste. A Região Oeste abrange as RAs de Ceilândia e de Brazlândia e possui uma população oficial de 541.938, mas contando com as invasões ultrapassa os 600 mil. A Região conta com duas EMADs e uma EMAP implantadas com os seguintes profissionais e carga horária: médico, 80h; enfermeiro, 160h; técnico de enfermagem, 340h; assistente social, 80h; fisioterapeuta, 80h; fonoaudiólogo, 60h; nutricionista, 100h; psicólogo, 20h. Com a junção das RAs, observou-se otimização dos profissionais, com a possibilidade de rotatividade intequipes, havendo uma melhora na qualidade do atendimento, pois algumas especialidades só existiam em uma das RAs. Além disso, houve melhor administração dos períodos de férias, licenças e abonos, que passaram a ser cobertos, evitando interrupções no atendimento e nas reinternações. Essas mudanças resultaram ainda em uma rotatividade maior e mais dinâmica de pacientes, possibilitando o aumento no número de admissões e altas por melhora clínica. Em comparação a 2015, constatou-se que a média de pacientes mensais passou de 50 para 56 pacientes e que o número de altas clínicas do primeiro semestre foi de 15, igual ao ocorrido no período de janeiro a dezembro de 2015. Pelos indicadores estatísticos, pode-se inferir que o novo modelo de gestão acarretou em uma melhora na qualidade do serviço, com aumento de abrangência e acessibilidade ao usuário.

Palavras-chave: Regionalização; Atenção domiciliar; Gestão em saúde.

E-mail: gesad.oeste@gmail.com

Perfil socioepidemiológico dos pacientes atendidos por uma unidade de assistência domiciliar no município de São Paulo

Autor: Diniz, EM.

Instituição: Prefeitura Municipal de São Paulo

Introdução: A unidade de assistência domiciliar de Santo Amaro foi criada em 2003 e em 2013 se adequou as diretrizes do Programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde. A atenção domiciliar consiste em uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. **Objetivos:** Identificar o perfil socioepidemiológico dos pacientes atendidos pela unidade nos dias atuais. **Metodologia:** Estudo quantitativo fundamentado em levantamento de dados realizados pela enfermagem, colhidos dos prontuários de 67 pacientes atendidos no mês de julho de 2016. **Resultados:** 61% dos pacientes eram do sexo feminino; 84% declararam-se da raça branca; 86% eram idosos, dos quais 52% tinham idade superior a 80 anos; 90% dos pacientes faziam uso de fraldas; 90% apresentavam quadro de incontinência urinária e fecal; 88% tinham como cuidador principal um dos familiares; 90% foram classificados com AD2. Houve um predomínio de doenças do sistema neurológico com 23 casos (entre eles, 11 casos de Alzheimer e 6 casos de paraplegia) e de doenças do sistema cardiovascular com 21 ocorrências, principalmente as sequelas de AVC com 15 casos. **Conclusão:** A população atendida pela unidade era composta majoritariamente por mulheres, com mais de 80 anos, da raça branca e fazia uso de fraldas devido à incontinência urinária e fecal. Além disso, tinham como cuidador principal um familiar. Houve prevalência das doenças neurológicas e das cardiovasculares. Os dados serão utilizados para o planejamento das atividades na unidade.

Palavras-chave: Enfermagem; Epidemiologia; Assistência domiciliar.

E-mail: edson.marudiniz@gmail.com

Promoção de saúde para cuidadores por meio de alimentação adequada e saudável como parte do Desafio Mais Saúde na Cidade 2016

Autor: Souza, MD.

Instituição: SAD São Mateus - Prefeitura de São Paulo

Introdução: O Brasil passa por uma transição nutricional, com o aumento do excesso de peso e das doenças crônicas. Cuidar de um paciente dependente exige dedicação constante do cuidador, prejudicando o seu autocuidado. **Objetivo:** Promover saúde aos cuidadores de pacientes atendidos pelo SAD São Mateus por meio de orientação nutricional para alimentação saudável, com base nos princípios da nova edição do Guia Alimentar para a População Brasileira, como parte do Desafio Mais Saúde na Cidade 2016. **Métodos:** Foram orientados os cuidadores dos pacientes atendidos no período de 1º de abril a 15 de agosto de 2016, durante as visitas de nutrição, com uso de material educativo impresso. **Resultados e discussão:** O Desafio tem o objetivo de incentivar projetos na atenção básica na cidade de São Paulo. Durante o período em que foi realizado, foram atendidos pela nutrição um total de 154 pacientes, dos quais 153 (99,4%) cuidadores foram orientados no próprio domicílio durante as visitas, pois, devido à dedicação ao doente, não conseguiam sair para o cuidar de sua própria saúde. Dessa forma, a promoção de saúde é estratégia fundamental. O estabelecimento de guias de alimentação tem por base o reconhecimento de que um nível ótimo de saúde depende da nutrição. Durante a orientação, foram abordados os temas: o Guia Alimentar, as categorias em que os alimentos são divididos, os dez passos para uma alimentação saudável e como montar um prato adequado. **Conclusão:** O Desafio Mais Saúde 2016 possibilitou a divulgação do Guia Alimentar e a melhora da qualidade da alimentação dos cuidadores dos pacientes atendidos pelas equipes do SAD São Mateus.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Cuidadores; Guias alimentares; Promoção da saúde.

E-mail: mari_delega@hotmail.com

A experiência de pacientes assistidos em domicílio sob a perspectiva da psicologia humanista

Autores: Oliveira, AEG; Cury, VE.

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas)

Introdução: Embora seja reconhecida a centralidade da dimensão psicológica no processo de enfrentamento das enfermidades, as contribuições da psicologia mostram-se ainda tímidas no cenário atual da atenção domiciliar no Brasil. **Objetivo:** Apresentar os resultados parciais de uma pesquisa de doutorado em psicologia (em andamento), na qual vem sendo investigada a experiência de pacientes assistidos por um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) em um município do Estado de São Paulo. **Método:** O delineamento é qualitativo e de inspiração fenomenológica. A pesquisadora vem acompanhando as visitas do SAD desde abril de 2015 e, a partir do contato com os pacientes, redige narrativas que revelam elementos significativos da experiência de receber cuidado em casa. **Participantes:** Até o momento, foram incluídos sete pacientes, dos quais dois do sexo masculino e cinco do sexo feminino, com idades entre 30 e 67 anos e diagnósticos de neoplasias e deficiências motoras desencadeadas por trauma raquimedular. **Resultados:** As narrativas individuais escritas após cada encontro revelaram alguns elementos da experiência dos participantes: gratidão pela assistência recebida em função do conforto que proporciona; preservação da autonomia em comparação com a assistência recebida em hospital; dependência emocional em relação à equipe do SAD; reconhecimento pelo suporte técnico e material fornecido aos cuidadores; desejo ou receio de morrer em casa; relacionamento afetivo com os profissionais da equipe; preocupação em relação aos conflitos familiares vivenciados. **Conclusão:** Compreende-se que a casa, enquanto extensão da subjetividade das pessoas, vem sendo significada pelos pacientes como um local privilegiado para os cuidados à saúde, a despeito das dificuldades socioeconômicas e de relacionamento familiar que possam estar presentes.

Palavras-chave: Psicologia humanista; Atenção domiciliar; Fenomenologia; Cuidados à saúde; Experiência.

E-mail: andreaiegarcia@yahoo.com.br

Economia gerada pelo empréstimo de oxigênio na desospitalização

Autores: Silva, RM; Martins, AS; Almeida, GFF; Jacinto, W; Junqueira, LR; Rodrigues, PPA.

Instituição: Unilar-SAD da Unimed de Franca/SP

Objetivo: Mostrar a economia gerada com a desospitalização proporcionada pelo empréstimo de oxigênio para pacientes dependentes, até que eles consigam esse recurso por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). **Método:** Estudo transversal e descritivo, no qual foram revisados dados relacionados a pacientes que passaram por essa situação durante o ano de 2015. **Contexto:** O SUS leva de cinco a dez dias para instalar oxigenoterapia domiciliar em Franca/SP. Esse período de espera pode retardar a alta do paciente, demandando custos e riscos (infecção hospitalar). Uma saída encontrada foi o empréstimo de oxigênio por meio de torpedo, que é usado até que a Prefeitura instale o concentrador. Isso propicia a alta mais precoce, com otimização de recursos e diminuição de riscos. **Cálculo da economia:** por exemplo, um paciente cujo valor médio de diária de internação foi R\$ 1.271,28. Ao adquirir estabilidade, foi solicitado oxigênio domiciliar pelo SUS para a alta. Graças ao empréstimo do oxigênio feito pelo convênio, foi para casa antes, fazendo uso desse recurso por cinco dias, até que a Prefeitura instalasse o recurso. Nesses cinco dias, ele gastaria, no hospital, R\$ 6.356,40. O custo do oxigênio emprestado foi de 82,50. Portanto, a economia gerada com esse único caso foi de R\$ 6.273,90. **Análise:** A média mensal de economia gerada com essa conduta foi de R\$ 15.873,00, sendo o total de economia no ano de 2015 de R\$ 190.470,00. Não houve nenhum pedido de prolongamento ou ação judicial por parte das famílias para que o oxigênio emprestado pelo convênio permanecesse no domicílio.

Palavras-chave: Oxigênio; Desospitalização; Economia.

E-mail: rodolfomed@gmail.com

Protocolo de cuidados paliativos domiciliar: otimização de leitos e humanização do serviço

Autores: Silva, RM; Almeida, GFF; Jacinto, W; Ribeiro, GS; Faleiros, FMB; Oliveira, FLG.

Instituição: Unilar-SAD da Unimed de Franca/SP

Objetivo: Mostrar o protocolo de cuidados paliativos da Unilar e a sua influência na otimização de leitos e humanização dos cuidados. **Elegibilidade do protocolo:** Pacientes com escala PS $\geq$ 3, com indicação médica e concordância familiar registrada em prontuário (assinatura de termo de consentimento). As visitas e as ações da equipe são intensificadas, focalizando os sintomas e a qualidade de vida do paciente e de seus familiares. **Monitoramos três indicadores:** controle da dor (a cada visita médica, a dor é aferida por meio de escalas validadas, e as condutas para otimização da analgesia são fundamentadas na escada analgésica da OMS), óbito domiciliar (quantidade de pacientes sob o regime de cuidados paliativos que vão a óbito em seus domicílios) e avaliação pós-luto (feito pela psicóloga, que pesquisa a satisfação da família com a assistência recebida). **Fluxo do paciente:** O paciente sob os cuidados paliativos é sinalizado em todos os setores do hospital (ambulância, pronto-socorro, enfermarias e CTI). A partir dessa sinalização, a equipe de saúde de cada um desses setores trabalha com a filosofia paliativista, enfocando nos sintomas, sem medidas invasivas ou indicação de CTI, focalizando a alta e a continuidade da assistência domiciliar. **Análise crítica:** A equipe multiprofissional, como um todo, sente-se cada vez mais humanizada e envolvida com esse tipo de cuidado. A dor dos pacientes está controlada e a porcentagem de óbitos em domicílio é significativa. A avaliação familiar pós-luto tem sido positiva. Além do mais, conseguimos otimizar o uso dos leitos, inclusive no CTI, devido à sinalização dos pacientes e à otimização do cuidado.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Humanização; Economia; Desospitalização.

E-mail: rodolfomed@gmail.com

Visitas domiciliares: dinâmica dos entraves enfrentados pelos enfermeiros visitantes

Autores: Sousa, GO; Silva, MR; Silva, TCGP; Barbosa, DA.

Instituição: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Introdução: O envelhecimento populacional, as doenças crônicas e o crescimento de necessidades especiais à população idosa são notórios. Por causa disso, as exigências para o cuidado domiciliar tornam-se cada vez maior. Entretanto, os entraves enfrentados pelos profissionais de enfermagem visitantes/assistentes ainda são um gigante na dinâmica dessa atividade. **Objetivo:** Relatar as dificuldades profissionais enfrentadas por uma equipe de enfermagem domiciliar. **Metodologia:** Estudo descritivo, por meio de um relato de experiência, no qual se observou a dinâmica diária dos enfermeiros visitantes de um programa de atenção à saúde no Sul da Bahia. O estudo foi extraído de uma dissertação aprovada pelo CEP da UNIFESP sob o Parecer nº 1.592.711/2016. **Resultados:** A visita domiciliar ainda tem sido um grande desafio. Alguns serviços disponibilizam um enfermeiro para realizar o gerenciamento de mais de 100 pacientes/mês. Outros entraves são a falta de normatização sobre o conteúdo “cuidado domiciliar de saúde” e, conseqüentemente, a compreensão populacional. Mas acredita-se que o serviço domiciliar dá direito a todas as solicitações que ultrapassam a ética e o profissionalismo. **Conclusão:** É importante que os conselhos federais, os serviços de cuidados domiciliares e o governo estabeleçam políticas públicas com padrões relevantes para implantar e implementar conceitos e políticas educacionais sobre pensamento social e profissional no âmbito saúde domiciliar.

Palavras-chave: Saúde domiciliar; Políticas públicas; Prática profissional.

E-mail: gilmarso@hotmail.com

A avaliação do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI) a partir do sistema de informação RAAS-AD

Autores: Ferreira, AR; Abreu, G; Reis, ICF; Marano, GCL; Ferreira, MGS; Mello, ALR.

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ)

A SMS/RJ implantou o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI) em agosto de 2010, antecipando-se à política ministerial de atenção domiciliar, não sendo exclusivo, mas sim prioritário para a população idosa. Em maio de 2013, a Portaria MS nº 963 instituiu o Registro de Ações Ambulatoriais em Saúde – Atenção Domiciliar (RAAS-AD) como sistema de informação, que vigorou até dezembro de 2015. O objetivo deste trabalho é analisar os dados de produção das equipes de atenção domiciliar registrados no RAAS-AD em 2015. Trata-se de um estudo transversal, no qual foi utilizado o programa Epi Info 7 para a análise dos dados. No ano de 2015, foram atendidos 2.263 pacientes pelas equipes do PADI, tendo sido informadas 107.128 ações realizadas. A média de idade foi de 73,5 anos, tendo com variação de menos de 1 ano a mais de 100. Do total, 85% tinham mais de 60 anos de idade e 62% eram mulheres. Em relação às ações desenvolvidas, a maioria (65,3%) foi de atendimentos realizados por profissionais de nível superior, seguidos por aqueles realizados por equipe multiprofissional (18,9%). Atendimentos realizados por profissionais de nível médio representaram 8% do total, enquanto que procedimentos desenvolvidos (administração de medicamentos, cateterismo, curativos etc.) foram 7,8%. A classificação considerou a descrição dos procedimentos na tabela do SUS/SIGTAP. Por essa análise, pode-se concluir que a existência de um sistema de informação para o registro da produção das equipes de atenção domiciliar também é útil para auxiliar na gestão e análise de dados epidemiológicos.

Palavras-chave: Atenção domiciliar; Idoso; Sistemas de informação.

E-mail: andrea.rocha.smsdc@uol.com.br

Protocolo de segurança pelo Home Care-AMIL/RJ em pacientes de alta complexidade

Autores: Santos, DBS; Zamponi, H.

Instituição: Cemed Care Empresa de Atendimento Clínico Geral Ltda.

Na internação domiciliar, propiciamos ao paciente um ambiente com menor risco de infecções, mais conforto, qualidade de vida, menor custo econômico, o que demanda uma estrutura de apoio considerável, incluindo aparato tecnológico, profissionais, ambiente físico preparado e serviços de emergência. Demonstraremos a criação de um protocolo de segurança após a demanda de apagões, garantindo a segurança e a logística no atendimento. Em 2013, realizamos 94 avaliações de pacientes em ventilação contínua. Anteriormente à admissão do paciente em domicílio, são feitas uma avaliação hospitalar, na qual se verificam a ventilação, o estado clínico e laboratorial, e uma avaliação residencial, para saber o ambiente onde o paciente será instalado, o acesso externo, se a rede elétrica está apta a receber os equipamentos. O setor de liberação do Home Care acompanha todos os ajustes. Em conjunto, ocorre a adaptação do ventilador domiciliar no hospital. Após 24h, avaliamos a adaptação e a estabilidade clínica do paciente. Estando apto, o paciente é admitido em residência com todo o suporte. Orientações familiares e adaptações são feitas e seguimos os atendimentos de rotina. Mediante aos apagões ocorridos na cidade, criamos um protocolo de segurança para que familiares ajam na falta de luz. Assim, é enviado um nobreak com os demais equipamentos, sendo acoplado ao ventilador, tendo autonomia de 3h. Na falta de luz, um contato da residência com a base deve ser feito imediatamente ao primeiro minuto da falta de luz, devendo ser repetido a cada hora. Se em 2h a luz não retornou, o segundo nobreak é direcionado. Iniciado o uso do segundo nobreak, a base é comunicada e o monitora até 2h do seu uso. Caso a luz não retorne, uma ambulância é direcionada para remoção do paciente ao hospital. Não possuímos nenhuma lei que descreva o procedimento de segurança em domicílio na falta de Luz pela ANVISA (RDC nº 11 e RDC nº 36). Por isso, foi criado nosso próprio fluxograma de ações, assim a base do HCRJ consegue agir, evitando complicações clínicas e risco à vida.

Palavras-chave: Domicílio; Segurança; Logística.

E-mail: danibritosantos@hotmail.com

Análise do tempo de permanência no atendimento do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso do município do Rio de Janeiro - 2013 a 2015

Autores: Ferreira, AR; Abreu, GP; Marano, GCL; Reis, ICF; Ferreira, MGS; Mello, ALR.

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ)

A atenção domiciliar (AD) é desenvolvida no município do Rio de Janeiro pelo Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI), cujas atividades se iniciaram em agosto de 2010, e que conta, atualmente, com 11 equipes multiprofissionais de AD e cinco equipes multidisciplinares de apoio. Essas equipes estão distribuídas de forma a facilitar o acesso dos usuários. Este trabalho tem o objetivo de analisar o tempo médio de permanência dos indivíduos atendidos pelas equipes do PADI no período de 2013 a 2015. A coordenação do PADI, desde o início de suas atividades, utilizou uma planilha em Excel, compartilhada com as equipes, para o monitoramento dos indicadores. Assim, os dados aqui apresentados são provenientes desta planilha. Observa-se um aumento progressivo do tempo médio de permanência, que variou de uma média geral de 163 dias em 2013, 239 em 2014 e 245 em 2015, com desvio-padrão em torno de 20 dias. Os tempos de permanência dos indivíduos com doença neurológica foram sistematicamente superiores (10 a 70% maiores), e o desvio-padrão, em torno do dobro, quando comparados àqueles sem doença neurológica. O tempo de permanência é superior ao pactuado (120 dias), provavelmente devido à dificuldade de encaminhar essas pessoas para a atenção primária, suposição reforçada pelo fato de as bases responsáveis pelas áreas com maior cobertura de saúde da família apresentarem os menores tempos de permanência. Conclui-se que é necessário reavaliar o cuidado domiciliar aos indivíduos com doença neurológica, bem como garantir a integração da AD com a atenção primária.

Palavras-chave: Atenção domiciliar; Tempo de permanência; Doença neurológica.

E-mail: andrea.rocha.smsdc@uol.com.br

Implantação de uma clínica de transição em uma unidade atenção domiciliar de uma cooperativa de trabalho médico

Autores: Souza, JAF; Vilela, CKC; Viana, MC.

Instituição: Cooperativa de Trabalho Médico Unimed São José do Rio Preto/SP

Introdução: Esses serviços vão desde cuidados pessoais de suas atividades de vida diária, higiene íntima, alimentação, banho, cuidados com sua medicação e realização de curativos de ferimentos, cuidados com escaras e ostomias, até o uso de alta tecnologia hospitalar como nutrição enteral, quimo e antibióticos, além de médico, enfermeira e uma rede de apoio para diagnóstico e para outras medidas terapêuticas. **Objetivo:** Identificar características de qualidade na assistência aos clientes da clínica. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa. A escolha levou em consideração a operadora que possui um programa de serviço atenção domiciliar em funcionamento. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas com gestores e coordenadores dos serviços de atenção domiciliar da operadora selecionada e também em prontuários eletrônicos. **Resultados:** Esse serviço foi implantado em 23 de maio de 2016 e realiza as seguintes modalidades de atendimento: reabilitação – e que necessitam atendimento hospitalar especializado durante período de adaptação – e treinamento do cuidador. No período de maio de 2016 a setembro de 2016, foram atendidos 58 clientes (média de 14,5 por mês), dos quais 32 eram mulheres, e 26, homens. Os diagnósticos mais comuns a esses clientes foram doença neurológica e respiratória (27%), predominando pneumonia e AVC. Todos os clientes possuíam cuidador (formal ou informal, familiar), obedecendo a um dos critérios para inclusão do cliente no serviço. Os procedimentos mais realizados foram curativos, antibióticos, hidratação, cuidados com traqueostomia e sondas. **Conclusão:** Durante os quatro meses de atividade do serviço da clínica de transição, predominaram-se atendimentos a clientes com faixa etária 70-80 anos, a maioria do sexo feminino, com doenças respiratórias, proporcionando cuidado individualizado e mais humanizado, demonstrando confiabilidade e responsabilidade.

Palavras-chave: Atenção domiciliar; Desospitalização; Leitos; Transição.

E-mail: jsouza@unimedriopreto.com.br

Uso do colchão pneumático na prevenção e tratamento da UPP em uma unidade de internação domiciliar

Autores: Souza, JAF; Marin, SM.

Instituição: Cooperativa de Trabalho Médico Unimed de São José do Rio Preto/SP

Introdução: Úlceras por pressão (UPP) são lesões de pele ou parte moles originadas basicamente de isquemia tecidual prolongada. Qualquer posição mantida por um paciente durante um longo período pode provocar lesão teciduais, principalmente tecidos que sobrepõem uma proeminência óssea devido à presença de pouco tecido subcutâneo nessas regiões. Pesquisas apontam que a natalidade está diminuindo e aumentando a expectativa de vida e, consequentemente, da população idosa. A assistência domiciliar aparece para atender às necessidades da população, atuando na promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação do paciente. **Objetivo:** Avaliar a eficácia na prevenção e tratamento da UPP com uso do colchão pneumático. **Método:** Estudo quantitativo e qualitativo realizado na unidade de atendimento domiciliar São José do Rio Preto/SP. **Resultados:** Em relação ao gênero, 62% eram do sexo feminino, e 38%, do sexo masculino. Quanto à faixa etária, 4% tinham até 35 anos, 4%, entre 35-50 anos, 92%, acima 60 anos. Sobre o uso dos colchões, foi possível verificar que, dos 50 pacientes pesquisados, 34 faziam uso do colchão pneumático, apenas 15% apresentavam UPP. Quanto ao uso do colchão piramidal, 63% apresentavam UPP, uma porcentagem alta em relação ao colchão pneumático. **Conclusão:** A eficácia do colchão mostrou-se positivo (85% não apresentavam UPP). Foi observada uma pequena quantidade de pacientes (15% apresentavam UPP) que desenvolveu lesão antes da implantação do colchão pneumático. Após análise dos benefícios que o colchão pode trazer para o paciente, conclui-se que realmente contribui na recuperação e no tratamento dos acamados, reduzindo os gastos financeiros no tratamento das UPPs, além, é claro, do custo não revelado em termos de dor e sofrimento.

Palavras-chave: Lesão por pressão; Atenção domiciliar; Colchão.

E-mail: jsouza@unimedriopreto.com.br

Perfil das intercorrências clínicas de uma unidade atenção domiciliar de uma cooperativa de trabalho médico

Autores: Souza, JAF; Marin, SM.

Instituição: Cooperativa de Trabalho Médico Unimed São José do Rio Preto/SP

Introdução: A atenção domiciliar (AD) consiste em um dispositivo assistencial propício à efetivação de novos modos de cuidado e de intervenção em diferentes pontos da AD. A AD integra ações destinadas ao indivíduo no seu domicílio, objetivando a humanização do cuidado. O termo AD é aqui empregado no sentido amplo, compreendendo uma gama de serviços realizados no domicílio destinados ao suporte terapêutico do paciente e uma rede de apoio para diagnóstico e para outras medidas terapêuticas. **Objetivo:** Avaliar o perfil das intercorrências clínicas de uma unidade de AD. **Metodologia:** Este estudo é um levantamento estatístico de registros de intercorrências clínicas, iniciado em 1º de janeiro de 2016 a 31 de agosto de 2016, com pacientes acompanhados por uma unidade de AD. **Resultados:** Dos 248 registros, no mês de agosto 138 foram caracterizados como nível urgência, 64, como nível normal, e 46, como emergência. Foram registrados: 31% de pacientes com dispneia, 15% com dor, 16% com diarreia e vômitos, 9% com hiperglicemia, 12% com hipertensão, 61% com sondas e 4% com quedas. Quantificou-se a duração do registro das intercorrências. Também se atentou à proporção das intercorrências, nas quais se pode perceber um destaque das quantidades atendidas, com um aumento significativo aos meses anteriores. **Conclusão:** A intenção deste estudo foi identificar a resolutividade dos atendimentos das intercorrências após a reestruturação da equipe. Percebeu-se que os enfermeiros são ativos no momento da assistência pela proporção de registros. Dessa maneira, concluímos que a visita de enfermagem ativa é uma ferramenta importante para o serviço qualificado, dentro dos padrões de qualidade a que a empresa se propõe, e tem resultado efetivo no atendimento realizado.

Palavras-chave: Atenção domiciliar; Intercorrências; Perfil.

E-mail: jsouza@unimedriopreto.com.br

O protagonismo na enfermagem: metodologia pautada na resolutividade do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) oncológico

Autores: Mazzi, RAP; Sanches, C; Marques, HR.

Instituição: Fundação Carmem Prudente-Hospital de Câncer de Campo Grande/MS

Introdução: O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) consiste em uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. Com ações destinadas ao indivíduo no seu domicílio, objetiva a humanização do cuidado, a desospitalização, a minimização dos riscos de infecção hospitalar mediante a redução do tempo de internação, quando necessário. **Objetivo:** Caracterizar o trabalho do enfermeiro com base na identificação das atividades desenvolvidas em um SAD oncológico. Essa caracterização teve como suporte teorizações sobre processo de trabalho em saúde a fim de contribuir com a reflexão acerca da identidade da enfermagem de um hospital oncológico de Campo Grande/MS. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência sobre o trabalho do enfermeiro com base na identificação das atividades desenvolvidas. **Resultados:** A vivência nos permitiu vislumbrar a necessidade de potencializar estilos de ação políticos-institucionais transformadores que tomem o processo de trabalho e a gestão cotidiana desse processo de forma participativa e compartilhada entre os diferentes protagonistas institucionais. Agindo como facilitadores da produção de autogoverno desses trabalhadores, incentiva, ainda, situações que qualifiquem o trabalho, mas também a vida dos protagonistas na relação com o seu “fazer” profissional. **Conclusão:** Acredita-se que, a partir da interlocução entre o trabalho que é realizado e os preceitos da profissão, é possível instituir práticas que atendam à função social de cuidado, bem como os anseios dos trabalhadores de enfermagem, e que possam contribuir no sentido de incentivar e promover o protagonismo dos agentes da enfermagem na construção de uma vida melhor para todos, sujeitos cuidados e cuidadores.

Palavras-chave: Protagonismo; Enfermagem; Resolutividade; Atenção domiciliar.

E-mail: nurse.regina.775@gmail.com

O trabalho do enfermeiro no Serviço de Atenção Domiciliar: visão dos cuidadores

Autores: Mazzi, RAP; Marques, HR; Sanches, C.

Instituição: Fundação Carmem Prudente-Hospital de Câncer de Campo Grande/MS

Introdução: O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de Campo Grande/MS, que conta com uma equipe multidisciplinar, é um serviço pioneiro em cuidados domiciliares oncológicos. A atuação do enfermeiro na organização do trabalho e articulação das atividades dos diferentes profissionais da equipe de saúde e enfermagem é uma característica marcante na relação de trabalho desse profissional. **Objetivo:** Descrever o trabalho do enfermeiro na atenção domiciliar com enfoque multiprofissional, no qual cada profissional, de acordo com seus conhecimentos e suas habilidades específicas, atua conjuntamente com outros, mas dentro de sua área de competência. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência sobre o trabalho do enfermeiro na atenção domiciliar com enfoque multiprofissional. **Resultados:** O enfermeiro é o profissional que mais interage com o paciente e cuidador. Apesar de ser uma característica da profissão, essa proximidade favorece a construção de vínculo com os usuários. A pesquisa de satisfação do cuidador evidenciou que a criação de um vínculo maior com o cliente favorece o estreitamento das relações e proporciona maior segurança ao paciente cuidador. No domicílio, o enfermeiro encontra-se em um ambiente de construção de saberes e relações que precisam ser moldadas a partir do grau de compreensão e possibilidades de ação dos cuidadores, respeitando as diferentes capacidades de aprendizagem e de execução dos cuidados. **Conclusão:** Pode-se inferir que os enfermeiros na atenção domiciliar procuram inserir e valorizar o conhecimento informal dos familiares, reconhecendo-os como importantes sujeitos ativos no processo de cuidar. Percebe-se também a importância de planejar a assistência no domicílio, para que o cuidador se identifique como responsável pelo cuidado, mas reconheça que é necessária a divisão das atividades com outros familiares, buscando, quando necessário e possível, apoio social, por exemplo, de amigos e vizinhos.

Palavras-chave: Atenção Domiciliar; Cuidadores.

E-mail: nurse.regina.775@gmail.com

Influências do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e Serviço de Cuidados Paliativos (SCP) oncológico no desenvolvimento local

Autores: Mazzi, RAP; Marques, HR; Sanches, C.

Instituição: Fundação Carmem Prudente-Hospital de Câncer de Campo Grande/MS

Introdução: O Núcleo de Cuidados Paliativos (NCP) foi implantado, em julho de 2016, como atividade complementar ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) para acolhimento e captação de pacientes que necessitam de cuidados paliativos em um hospital filantrópico com gestão privada – instituição de referência para tratamento oncológico no Estado de Mato Grosso do Sul – e contrapartida financeira advinda do Sistema Único de Saúde (SUS). **Objetivos:** Descrever o impacto do núcleo de cuidados paliativos por meio do tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais que acometem essas pessoas, com a perspectiva de devolvê-los às suas atividades diárias. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de uma pesquisa sobre os impactos e influências do SAD e Serviço de Cuidados Paliativos (SCP) oncológico no desenvolvimento local. **Resultados:** Com a ampliação do SAD por meio dos cuidados paliativos, é possível oferecer aos pacientes oncológicos, para os quais as terapêuticas curativas disponíveis não estejam conseguindo deter a evolução da enfermidade, a melhora na qualidade de vida por intermédio da atuação da equipe multiprofissional, a liberação de leitos do hospital para o tratamento curativo e oportunidade profissional em uma nova proposta aos cuidados paliativos. **Conclusão:** Atualmente, muitos pacientes são diagnosticados em fase avançada e mais da metade falece. Nosso objetivo visa não apenas à cura, mas sim à busca por uma melhor qualidade de vida por meio de intervenções que considerem aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais dos pacientes. Com o compromisso de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, familiares e cuidadores, uma unidade de alta complexidade em oncologia iniciou um serviço de cuidados paliativos com atendimento domiciliar, com planos de ação para melhorias da eficiência dos serviços por meio de reuniões semanais, quando é elaborado o plano terapêutico singular de cada paciente.

Palavras-chave: Influências; Atenção domiciliar; Cuidados paliativos.

E-mail: nurse.regina.775@gmail.com

Conhecimentos e práticas da enfermagem na administração de fluidos por via subcutânea

Autores: Gomes, NS; Barichelo, E; Silva, AMB; Zago, LB; Silva, ÉCL.

Instituição: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Introdução: Hipodermóclise é infusão de fluidos isotônicos e/ou medicamentos por via subcutânea. Ela possibilita a permanência do paciente em domicílio, controle da dor e da sedação, disfagia, confusão, necessidade de sedação paliativa, intolerância a opioides por via oral. **Objetivo:** Descrever as evidências na literatura sobre os conhecimentos e as práticas da equipe de enfermagem na administração de medicamentos e de fluidos por via subcutânea no adulto. **Metodologia:** Revisão integrativa, com levantamento realizado em março de 2016 nas seguintes bases de dados: CINAHL, MEDLINE, LILACS, Science Direct e Web of Science. Foram incluídos artigos publicados em português, inglês ou espanhol, com resumo disponível, sem limite de tempo. Dos 620 artigos encontrados, oito compuseram a amostra. **Resultados:** Quanto aos conhecimentos, foram percebidos desconhecimento, método não prevalente nas instituições de saúde e falta de capacitações relativas à temática. Sobre as práticas, houve divergências relativas à: dispositivo; calibre do dispositivo; tempo máximo de permanência do dispositivo; volume máximo a ser infundido por dia por sítio de punção; locais de punção e drogas a serem infundidas. Ao mesmo tempo, trata-se de uma técnica segura, confiável, de fácil manipulação, confortável e que otimiza a assistência de enfermagem. **Conclusão:** Mesmo considerada um procedimento seguro, bem tolerável e de baixo custo, a hipodermóclise ainda é desconhecida por grande parte dos profissionais de saúde, corroborando a sua subutilização, fato incoerente por suas vantagens e suas indicações.

Palavras-chave: Enfermagem; Hipodermóclise; Vias de administração de medicamentos.

E-mail: nathaliasg0903@gmail.com

Manutenção de via oral exclusiva em idosos: análise transversal em atenção domiciliar

Autores: Gama, AP; Fonseca, FL; Rodrigues, RPC.

Instituição: Grupo Geriatrics

Introdução: A disfagia orofaríngea (DO) é comumente observada em população idosa, fato fundamentado em vários estudos que correlacionam a idade à implementação de dispositivo alternativo para alimentação (DAA). **Objetivo:** Demonstrar a relevância em associar atendimento fonoaudiológico (AF) à manutenção da via oral (VO) exclusiva de idosos em assistência domiciliar (AD). **Metodologia:** Foram avaliados 37 idosos em AD em empresa privada, por meio de um corte transversal considerando todos os pacientes em atendimento no momento da análise (agosto de 2016). Duas escalas foram aplicadas: functional oral intake scale (FOIS) e protocolo fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia (PARD). Foram excluídos três idosos por não se beneficiarem da alimentação por VO (já em uso de DAA do tipo gastrostomia (GTT) e em VO zero) e quatro por se beneficiarem de VO, mas em caráter misto (GTT+VO para prazer oral), totalizando para o presente estudo uma amostra de 30 idosos. **Resultados:** 1) 63,3% (19) eram do gênero feminino, e a média de idade foi de 84,5+9,0 anos; 2) doenças neurodegenerativas foram o diagnóstico mais prevalente, com 90% (27); 3) a deglutição funcional e DO leve foram as de maior incidência, com 30% (9) e 33,3% (10), respectivamente nos idosos; 4) a AD mais prolongada teve início há seis anos, e o mais recente, no mês do estudo; 5) o AF corroborou a manutenção em AD de 73,3% (22) dos idosos, mas não impediu a reospitalização de 26,7% (8), dos quais três por mais de uma vez. Em 11 reospitalizações, 36,4% (4) ocorreram por infecções respiratórias. **Conclusão:** Observou-se população de idosos com suporte de AF favorecendo a VO exclusiva e evitando a reospitalização.

Palavras-chave: Disfagia orofaríngea; Via oral exclusiva.

E-mail: adrianefono@ig.com.br

O uso do Sandplay no atendimento psicológico domiciliar

Autor: Antunes, L.H.

Instituição: Instituto Numen

Introdução: O Sandplay é um método de análise idealizado por Dora Kalff, fundamentado na teoria da psicologia analítica de C. G. Jung, em que pacientes elaboram um cenário em uma caixa de areia com a utilização de miniaturas. Tais cenários concretizam imagens internas as quais se relacionam com dificuldades psíquicas e emocionais pelas quais os pacientes enfrentam. **Objetivo:** Somar recursos de atuação em pacientes cuja patologia os impede da expressão verbal. **Metodologia:** Para a construção de conhecimento, utilizou-se da revisão bibliográfica em artigos científicos e de literatura especializada. **Resultados:** Visto ser ainda muito restrita a bibliografia sobre o atendimento domiciliar, foram confrontadas as características do atendimento hospitalar com as do atendimento domiciliar a fim de adaptar o trabalho com Sandplay no atendimento psicológico domiciliar, no que se refere à sua operacionalização, à seleção e disponibilização das miniaturas, à sua utilização em atendimentos breves e no processo de adoecimento. **Conclusão:** Concluiu-se que o uso do Sandplay no atendimento psicológico domiciliar, teoricamente, é possível, visto que as condições para a sua operacionalização e o uso em psicoterapia breve e no processo de adoecimento são bastante favoráveis.

Palavras-chave: Atendimento domiciliar; Sandplay; Psicologia analítica.

E-mail: lucashenriqueantunes@yahoo.com.br

Múltiplas aplicabilidades da análise acústica dos sons da deglutição em avaliação fonoaudiológica deglutitória domiciliar

Autores: Gama, AP; Fonseca, FL; Rodrigues, RPC.

Instituição: Grupo Geriatrics

Introdução: Na avaliação da deglutição realizada por fonoaudiólogos, utilizamos a ausculta cervical como um importante marcador para definição da competência deglutitória. Embora existam exames específicos para tal avaliação, questões como custo, viabilidade, transporte e demais condições inerentes ao paciente impedem sua realização. A análise acústica dos sons da deglutição (AASD), desenvolvida pela Engefono, possibilita o uso da ausculta cervical de forma analisável, comparável e armazenável. **Objetivo:** Demonstrar as aplicabilidades da AASD em âmbito domiciliar. **Metodologia:** Quatro pacientes foram avaliados para a AASD. Os gráficos produzidos após a captação do som pelo Sonar Doppler (Software Deglutisom®) possibilitaram observar aspiração silente e risco para disfagia/broncoaspiração. **Resultados:** 1) C.A.N., 99 anos, do sexo feminino, gerenciamento de crônicos, demência senil (DS), queixa de engasgos com alimentos diversos. Exame revela deglutição adaptada e inicia programa de treinamento de cuidador; 2) C.O., 84 anos, do sexo masculino, SID24 (Sistema de Internação Domiciliar 24 horas), sequela de AVC hemorrágico, alimentação por SNE e fonoterapia sete vezes por semana. Comparação do exame pré e pós-intervenção possibilitou a retirada segura da SNE e desmame da fonoterapia com consequente quebra de limiar; 3) M.G.P.C., 81 anos, do sexo feminino, gerenciamento de crônicos, DS, sem queixas alimentares, histórico de pneumonia de repetição (PNMR). Paciente inicia programa de treinamento de cuidador após exame revelar risco de aspiração silente; 4) A.V.C.F., 86 anos, do sexo masculino, gerenciamento de crônicos, DS, sem queixas alimentares, histórico de PNMR. Exame revela adaptação deglutitória e ausência de risco alimentar, seguindo com dieta oral segura. **Conclusão:** A AASD permitiu traçar condutas fonoaudiológicas diferenciadas, eleger gerenciamentos e monitoramento, incluindo questões pertinentes à deglutição e alimentação em follow up telefônico.

Palavras-chave: Deglutição; Disfagia; Sonar Doppler; Deglutisom.

E-mail: adrianefono@ig.com.br

Hipodermóclise em domicílio como opção de via de acesso em paciente com glioblastoma multiforme em cuidados paliativos

Autor: Pacheco, TC.

Instituição: Equilíbrio Care Gestão e Logística Eireli

Introdução: Este estudo de caso evidencia tratamento paliativo de paciente portador de glioblastoma multiforme, a neoplasia cerebral primária mais frequente na idade adulta, representando cerca de 40% dos tumores primitivos do Sistema Nervoso Central. **Metodologia:** Estudo de caso de paciente oncológico em cuidados paliativos. **Discussão:** Devido à localização do tumor e comorbidades da paciente, foi optado por cuidados paliativos em assistência domiciliar, com prescrição de corticoide e protetor de mucosa gástrica endovenosa, sendo observada a dificuldade em manutenção de acesso venoso periférico, que atrapalhava o tratamento medicamentoso e a qualidade de vida no contexto biosociopsicoespiritual. Por isso, foi indicada, por equipe multidisciplinar do núcleo de cuidados paliativos, infusão por hipodermóclise, com eficácia no tratamento medicamentoso e melhora significativa em questões que eram impossíveis quando a infusão era por via endovenosa – fatores estes que não eram listados em guidelines, revisões bibliográficas e artigos relacionados à hipodermóclise. Entre as melhorias observadas, a principal questão foi a da autoimagem, devido ao acesso permanecer escondido sob a roupa, diferenciando dos acessos venosos que muitas vezes ficam expostos ou de difícil camuflagem. Outro aspecto observado foi a possibilidade de mobilização no leito com menor risco de “perda de acesso”, diminuição de ansiedade relacionado à punção e infusão medicamentosa, entre outros aspectos citados dentro do estudo de caso, tendo como objetivo divulgar a possibilidade de infusão subcutânea. **Conclusão:** A relevância do estudo exposto se dá não somente relacionado à parte biológica, na qual a infusão medicamentosa pode ser feita de forma segura e com menos transtornos, atingindo o resultado esperado, mas também na melhoria sociopsicoespiritual.

Palavras-chave: Hipodermóclise; Cuidados paliativos; Home care.

E-mail: thiagopacheco_06@hotmail.com

Uso de antibiótico em home care: experiência em São Paulo

Autores: Felício, PM; Galera, PB; Siqueira, AEAC.

Instituição: Grupo Santa Celina

Introdução: O conceito atual de home care surgiu nos Estados Unidos no período pós-guerra devido à necessidade de atender aos “doentes da guerra”. No Brasil, essa sistemática fundamenta-se em atendimentos tanto ambulatoriais (ou pontuais) quanto internações e tem como finalidade humanizar o atendimento, garantir conforto familiar e ao paciente, além de racionalizar a utilização de leitos hospitalares e redução de custos. Dos atendimentos domiciliares, podemos verificar uso corriqueiro de antibióticos, chegando em alguns casos ter atendimento somente para aplicação de antibiótico. **Objetivo:** Descrever o perfil dos pacientes em uso de antibióticos em um home care (Grupo Santa Celina) no período de um ano por meio de avaliação epidemiológica, principais infecções, via de acesso e classificação das infecções. **Metodologia:** Foi realizado um estudo transversal, com base em levantamento de dados do total de pacientes que fizeram uso de antibiótico monitorado pela central de urgência de um home care, no período de julho de 2015 a julho de 2016. **Resultados:** Da população apresentada, 60% eram mulheres, dentro da faixa etária de 70 a 90 anos (53%). De todos em uso de antibiótico, 55% foram internação domiciliar 24h e 34% eram casos de menor complexidade (CASE e monitoramento). A maioria dos pacientes estava em uso de antibiótico por infecções comunitárias (41%), sendo os mais comuns de vias aéreas (48%), seguido por infecções do aparelho urinário (44%). **Conclusão:** A população é composta predominantemente por idosos, de grande complexidade. Em 29% dos antibióticos prescritos, o paciente estava com exacerbação da doença de base (prescrito de maneira incorreta), o que nos orientou a trabalhar protocolos clínicos e educação continuada.

Palavras-chave: Domicílio; Home care; Antibioticoterapia.

E-mail: phelipe.felicio@grupasantacelina.com.br

As relações de poder na atenção domiciliar

Autores: Silva, YC; Silva, KL.

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais

Diversas estratégias vêm sendo construídas para atender ao novo perfil decorrente da transição demográfica e epidemiológica vivenciada no Brasil, com destaque para os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). Entende-se que a produção do cuidado na atenção domiciliar (AD) é permeada por relações de poder. O objetivo deste trabalho é analisar as relações de poder que se estabelecem nas práticas da AD. Trata-se de estudo de natureza qualitativa. Os dados foram obtidos por meio de 109 visitas a duas equipes em Minas Gerais. Durante a coleta, foram realizadas observações nas visitas assistenciais, de pós-óbito, de alta, de readmissões, captação e exclusão. De forma complementar, foram realizadas entrevistas com cinco pacientes/cuidadores e dez profissionais. Os dados foram analisados na perspectiva da análise de discurso orientado pelo referencial de Michel Foucault. Todas as etapas deste projeto estão em concordância com a Resolução nº 466 de 2012. Os profissionais atuam de forma integrada, na perspectiva de atender às necessidades de saúde dos pacientes e cuidadores, e procuram orientar as ações de acordo com o contexto de vida das famílias. As práticas da equipe representam o poder do discurso técnico-científico e normativo-organizacional, próprios do modo de operar as ações no sistema de saúde. Contudo, as possibilidades inventivas são restritas, e, na maioria dos casos, prevalece a lógica de subordinação e obediência ao preconizado. Conclui-se que há momentos de produção e interdição do cuidado que compõem, simultaneamente, dois planos dos efeitos das relações de poder na atenção domiciliar.

Palavras-chave: Serviços de assistência domiciliar; Assistência ao paciente; Poder (psicologia).

E-mail: yaracardososilva@gmail.com

Cuidando do profissional que cuida de pacientes em internação domiciliar da Região Centro-Norte do Distrito Federal

Autor: Carvalho, VV.

Instituição: Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Introdução: A Região Centro-Norte do Distrito Federal é coberta pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e, como todo serviço de saúde, necessita que a qualidade esteja sempre presente. Mas, para isso, é necessário termos profissionais motivados, capacitados e que gozem de saúde física e psicológica. **Objetivo:** Construir estratégias de prevenção e promoção da saúde física e psicológica dos profissionais que trabalham no SAD da Região Centro-Norte do Distrito Federal. **Metodologia:** São realizadas várias atividades como: Cine Saúde, Grupo de TRE, grupo psicoterapêutico, atendimento psicológico individual, ambulatórios de odontologia, nutrição, florais de Bach e clínica médica, colegiados e reuniões de discussão de casos. É um projeto-piloto com duração de um ano voltado a todos os profissionais do SAD, em que instrumentos como Escala Índice de Capacidade para o Trabalho, SF-36, Inventário de Esgotamento Profissional de Maslach e Escala de Estresse no Trabalho são aplicados em três momentos com intervalos de seis meses. **Resultados:** Espera-se que, com a avaliação dos dados, após um ano de projeto-piloto, haja uma redução de pelo menos 50% do número de atrasos e absenteísmos, além de uma obtenção de melhora de pelo menos 50% no final de um ano dos resultados gerais relacionados à saúde física e psicológica do trabalhador desse serviço. **Conclusão:** A construção de estratégias voltadas à melhoria da saúde dos trabalhadores dos SAD minimiza o adoecimento físico e psicológico deles e, como consequência, melhora a qualidade do serviço prestado por esses profissionais.

Palavras-chave: Domiciliar; Profissional; Saúde.

E-mail: dravanessavc@gmail.com

Cuidando do cuidador do paciente em internação domiciliar da Região Centro-Norte do Distrito Federal

Autor: Carvalho, VV.

Instituição: Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Introdução: O ato de cuidar, na maioria das vezes, leva a mudanças na vida dos cuidadores, afetando sua saúde física e psicológica, fazendo com que muitos se distanciem de sua vida social, principalmente quando há uma piora do quadro clínico do indivíduo cuidado. Com a necessidade de suprir os cuidados permanentes de pacientes com doenças crônicas e/ou em cuidados paliativos, a internação domiciliar é uma modalidade de assistência à saúde que ganhou destaque e que, para que seja realizada, necessita de um cuidador responsável. Sendo assim, é importante que a equipe do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) cuide desses cuidadores para a manutenção do paciente nessa modalidade de assistência. **Objetivo:** Proporcionar uma melhora na saúde física e psicológica dos cuidadores familiares de pacientes em internação domiciliar no SAD da Região Centro-Norte do Distrito Federal. **Metodologia:** São realizadas atividades voltadas aos cuidadores familiares durante um ano como projeto-piloto, como: grupo psicoterapêutico, grupo de Tension and Trauma Releasing Exercises, ambulatório de odontologia, clínica médica e nutrição, oficinas de trabalhos manuais e ambulatório de florais. A Escala de Zarit é aplicada a cada seis meses. **Resultados:** Espera-se uma diminuição do estresse relacionado ao ato de cuidar em 50%, medida pela Escala de Zarit, e, conseqüentemente, uma melhora do cuidado oferecido ao paciente internado em domicílio. **Conclusão:** O cuidador responsável, quando assistido pelos profissionais do SAD, sente-se acolhido e, com isso, diminui a sobrecarga física e emocional advinda do cuidado, pois há um compartilhamento e cuidado do seu sofrimento geral, melhorando, em conseqüência, o cuidado do paciente internado no domicílio.

Palavras-chave: Domicílio; Cuidador; Cuidar.

E-mail: dravanessavc@gmail.com

Avaliação da qualidade de vida em paciente assistido por assistência domiciliar multiprofissional com mucoviscidose: relato de experiência

Autores: Oliveira, RRB; Fernandes, LS; Leite, LB; Martinez, EE; Silva, DA; Trigueiro, YR; Seidl, M.

Instituição: Serviço de Atendimento Domiciliar de Praia Grande/SP (SAD/PMEBPG)

Introdução: Aplicação do questionário de avaliação de qualidade de vida SF-36 ao paciente M.M.B., 34 anos, com assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, com diagnóstico de mucoviscidose, submetido ao atendimento e assistência multidisciplinar do Programa Melhor em Casa. O paciente foi avaliado pré e pós-adesão à assistência, com avaliação e intervenção multiprofissional, cuja composição possui: médico, fisioterapeuta, enfermeira e equipe de enfermagem. **Objetivo:** Verificar o escore do paciente assistido pelo Programa e quantificar a melhora da qualidade de vida após um mês de integração dele ao Programa. **Metodologia:** Estudo de caso, com avaliação quantitativa de qualidade de vida por meio do questionário SF-36, aplicado ao paciente isolado de terceiros, por profissional treinado. **Resultados:** O cálculo do valor total da escala pré foi de 62,2 e o pós foi de 82,4 pontos, em uma escala que varia de 0 (pior estado) a 100 (melhor estado), indicando melhora de aproximadamente 20% após o início do Programa. Destaca-se melhora significativa nos aspectos capacidade funcional e dor com a adesão ao Programa. **Conclusão:** Quantifica e demonstra melhora da qualidade de vida no paciente assistido pelo Programa, após ser integrado às orientações dos profissionais, ofertando, assim, uma melhor qualidade de vida, conforme o questionário SF-36.

Palavras-chave: Saúde domiciliar; Cuidado multiprofissional; Qualidade de vida; Assistência domiciliar no paciente com mucoviscidose; Programa Melhor em Casa.

E-mail: renanrbo@gmail.com

Avaliação da qualidade de vida em paciente assistido por assistência domiciliar multiprofissional com DPOC crônica: relato de experiência

Autores: Oliveira, RRB; Fernandes, LS; Leite, LB; Martinez, EE; Silva, DA; Trigueiro, YR; Seidl, M.

Instituição: Serviço de Atendimento Domiciliar de Praia Grande/SP (SAD/PMEBPG)

Introdução: Aplicação do questionário de avaliação de qualidade de vida SF-36 ao paciente R.J.C., 63 anos, com assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, com diagnóstico de DPOC, submetido ao atendimento e assistência multidisciplinar do Programa Melhor em Casa. O paciente foi avaliado pré e pós-adesão à assistência, com avaliação e intervenção multiprofissional, cuja composição possui: médico, fisioterapeuta, enfermeira e equipe de enfermagem. **Objetivo:** Verificar o escore do paciente assistido pelo Programa e quantificar a melhora da qualidade de vida após um mês de integração dele ao Programa. **Metodologia:** Estudo de caso, com avaliação quantitativa de qualidade de vida por meio do questionário SF-36, aplicado ao paciente isolado de terceiros, por profissional treinado. **Resultados:** O cálculo do valor total da escala pré foi de 76,1 e o pós foi de 83,3 pontos, em uma escala que varia de 0 (pior estado) a 100 (melhor estado), indicando melhora de aproximadamente 7% após o início do Programa. **Conclusão:** Quantifica e demonstra melhora da qualidade de vida no paciente assistido pelo Programa, após ser integrado às orientações dos profissionais, ofertando, assim, uma melhor qualidade de vida, conforme o questionário SF-36.

Palavras-chave: Saúde domiciliar; Cuidado multiprofissional; Qualidade de vida; Assistência domiciliar no paciente com DPOC; Programa Melhor em Casa.

E-mail: renanrbo@gmail.com

Restabelecimento de via oral após período prolongado de uso de via alternativa de alimentação: relato de experiência

Autor: Franco, MGR.

Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar da Região Oeste do Distrito Federal

Paciente do sexo feminino, 70 anos à época. Histórico de internação prolongada devido a intercorrências neurológicas. Teve alta hospitalar em outubro de 2013, admitida no Programa de Internação Domiciliar. Em junho de 2014, foi realizada avaliação fonoaudiológica, observando-se o seguinte quadro clínico: paciente acamada, restrita ao leito, acordada, alerta, contactante, comunicação oral ausente, traqueostomizada, alimentando-se por sonda nasointestinal, úlcera sacral por pressão grau III, eliminações preservadas em fralda. Preservação moderada de mobilidade dos órgãos orais, com incoordenação de movimentos, mobilidade reduzida de laringe, tosse reflexa presente, sem resposta para tosse espontânea. Teste blue dye com sinais de risco de aspiração. Iniciou-se o processo de reabilitação com incentivo para realização de dieta oral de prazer. Discutiu-se com equipe um possível quadro depressivo. Ainda em junho, foi iniciada intervenção medicamentosa para quadro depressivo. Houve melhora significativa no quadro geral da paciente. Em setembro, introduziu-se dieta oral; em outubro, retirou-se a sonda nasointestinal; em dezembro, fez-se a decanulação. A paciente teve alta em março de 2015. Foram realizadas apenas 15 visitas de fonoaudiologia no período de aproximadamente nove meses, devido à grande demanda de pacientes, período em que se deu a alta da paciente. O quadro da paciente na alta: paciente acamada, orientada, com comunicação oral presente, alimentando-se por via oral, eupneica em ar ambiente, sem úlceras por pressão. Todo o processo foi realizado por incentivo ao cuidador para realização das práticas orientadas pela equipe, com monitoramento da evolução, retirada de dúvidas ou possíveis intercorrências por meio de contato telefônico. A evolução do quadro clínico ocorreu grande parte por uma parceria com a cuidadora, graças ao vínculo harmonioso que a equipe desenvolveu com a família.

Palavras-chave: Sonda nasointestinal; Cuidador; Fonoaudiologia.

E-mail: magafran75@gmail.com

Avaliação da qualidade de vida em paciente assistido por assistência domiciliar multiprofissional com hipertensão pulmonar: relato de experiência

Autores: Oliveira, RRB; Fernandes, LS; Leite, LB; Martinez, EE; Silva, DA; Trigueiro, YR; Seidl, M.

Instituição: Serviço de Atendimento Domiciliar de Praia Grande/SP (SAD/PMEBPG)

Introdução: Aplicação de questionário de avaliação de qualidade de vida SF-36 ao paciente M.L.S., com assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, com diagnóstico de hipertensão pulmonar, submetido ao atendimento e assistência multidisciplinar do Programa Melhor em Casa. O paciente foi avaliado pré e pós-adesão à assistência, com avaliação e intervenção multiprofissional, cuja composição possui: médico, fisioterapeuta, enfermeira e equipe de enfermagem. **Objetivo:** Verificar o escore do paciente assistido pelo Programa e quantificar a melhora da qualidade de vida após um mês de integração dele ao Programa. **Metodologia:** Estudo de caso, com avaliação quantitativa de qualidade de vida por meio do questionário SF-36, aplicado ao paciente isolado de terceiros, por profissional treinado. **Resultados:** O cálculo do valor total da escala pré foi de 80,1 e o pós foi de 86,4 pontos, em uma escala que varia de 0 (pior estado) a 100 (melhor estado), indicando melhora de aproximadamente 6% após o início do programa. Destaca-se também melhora nos aspectos dor, estado geral de saúde e aspectos sociais, com aumento de 10% na pontuação após a adesão ao Programa. **Conclusão:** Quantifica e demonstra melhora da qualidade de vida no paciente assistido pelo Programa, após ser integrado às orientações dos profissionais, ofertando, assim, uma melhor qualidade de vida, conforme o questionário SF-36.

Palavras-chave: Hipertensão pulmonar; Cuidado multiprofissional; Qualidade de vida; Assistência domiciliar no paciente crítico; Programa Melhor em Casa.

E-mail: renanrbo@gmail.com

Importância do tratamento efetivo da fisioterapia em domicílio em pacientes com sequelas neurológicas

Autor: Gregghi, LG.

Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) - Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto/SP

A fisioterapia motora para pacientes com diagnóstico e indicação médica para esse atendimento é de fundamental importância para sua recuperação funcional. Entretanto, observa-se uma lacuna importante na oferta desse tratamento para os pacientes da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD-3) do Serviço de Atenção Domiciliar de Ribeirão Preto (SAD-RP), no Estado de São Paulo. Pela demanda de pacientes, pelo número de fisioterapeutas e viaturas insuficientes e pela indisponibilidade de horário dessas viaturas, além de o Programa Melhor em Casa estar implantado em apenas 50% do município, os pacientes com diagnóstico e indicação médica de atendimento de fisioterapia deixam de ser atendidos na sua totalidade. Esse plano de ação tem por objetivo melhorar a efetividade da assistência de fisioterapia prestada aos pacientes atendidos pela EMAD-3 do SAD-RP. Para a coleta dos dados, será realizada a revisão de prontuários e reunião com a equipe multiprofissional. Havendo necessidade, será utilizado também o banco de dados do SAD-RP. Após essa ação, serão programadas reuniões com a equipe para apresentar os resultados e o levantamento de propostas para elaboração do plano de intervenção. Com o levantamento quantitativo de pacientes da EMAD-3 do SAD-RP, especificando os com diagnóstico e indicação médica de tratamento de fisioterapia e, ainda, os que estão recebendo e aqueles que não estão recebendo esse tratamento, conclui-se que é de suma importância e plenamente possível a elaboração de um plano de intervenção que melhore a eficácia do serviço.

Palavras-chave: Fisioterapia; Assistência domiciliar; Assistência à saúde.

E-mail: luciano.gregghi@terra.com.br

Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso: um panorama após seis anos de implantação no Rio de Janeiro

Autores: Coelho, LP; Gonçalves, VF; Uchino, MS.

Instituição: Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro

O Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI), criado em agosto de 2010, oferece assistência domiciliar prioritariamente a idosos portadores de incapacidades que necessitem de cuidados em saúde. Visa auxiliar a alta do paciente hospitalizado, na reabilitação de pacientes com perda funcional e/ou prestar cuidados paliativos. Possui como princípio o cuidado humanizado e a ampliação da autonomia dos usuários e de seus cuidadores por meio do acompanhamento interdisciplinar. Objetivo: Este trabalho tem por objetivo apresentar indicadores assistenciais do PADI durante os seus seis anos de atuação. Metodologia: Estudo longitudinal que utilizou como fonte de dados os registros de indicadores assistenciais no período de agosto de 2010 a agosto de 2016. Resultados: Em 2010, o PADI contava com três bases situadas em três hospitais municipais do Rio de Janeiro, passando para cinco bases em 2015. A média de pacientes atendidos por base variou de 91 em 2010 a 200 em 2016. Desde que foi inaugurado até agosto de 2016, o PADI atendeu a 8.022 pacientes em todo o município do Rio de Janeiro. A busca ativa de pacientes pela captação cresceu de 3.227 em 2010 para 18.026 em 2016, destacando-se o ano de 2013, quando 23.120 pacientes foram avaliados. Até 2016, o PADI foi responsável pela desospitalização de 5.888 pacientes. A porcentagem de altas recuperadas cresceram de 1,6% em 2010 para 53,4% em 2016. Conclusão: O PADI vem permitindo a desospitalização e o acesso de usuários portadores de limitações físicas às ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação. Os indicadores mostram o aumento da sua efetividade na desospitalização e na recuperação dos pacientes acompanhados.

Palavras-chave: Atenção domiciliar; Idoso; Indicadores de saúde.

E-mail: liviacoelho geriatria@gmail.com

A atuação da psicologia na atenção domiciliar (AD)

Autores: Oliveira, AEG; Cury, VE.

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas)

Introdução: A psicologia apresenta uma inserção tardia e tímida na atenção domiciliar (AD) brasileira, tanto na assistência como na pesquisa e na formação de profissionais. Objetivo: Apresentar diferentes modalidades de atenção psicológica em domicílio, apontando limitações e desafios a serem superados. Método: Revisão bibliográfica de artigos, teses, dissertações e documentos oficiais publicados em português, inglês e espanhol, no período entre 2004 e 2016. Resultados: Na saúde pública, a presença da psicologia nas equipes de AD ainda só está prevista nas equipes de apoio, e não nas básicas. Das modalidades específicas de atendimento psicológico em domicílio, destacam-se: aquelas realizadas no Programa de Saúde da Família; nos serviços de home care; nos atendimentos domiciliares terapêuticos, que se direcionam a pacientes com HIV/AIDS; no Programa de Intensificação de Cuidados, empregado no atendimento a pacientes psiquiátricos e familiares; no acompanhamento terapêutico (AT), que inclui atendimentos domiciliares ou deslocamentos pelo território a fim de facilitar a reinserção social do paciente. Das limitações mencionadas na literatura, encontram-se: urgência de tempo; interrupções e inconstância nos atendimentos; dificuldades em se garantir o sigilo. Como desafios para a efetivação da presença da psicologia na AD, apontam-se: necessidade de maior conhecimento das políticas públicas; formação direcionada para uma prática interdisciplinar; ampliação das práticas clínicas tradicionais; um maior conhecimento dos trabalhos com grupos e da psicologia comunitária. Conclusão: Trata-se de um setting desafiador e que exige grande flexibilidade dos profissionais. O paciente que é assistido em casa encontra-se em uma relação intensa e rotineira com sua condição de adoecimento que ainda carece ser mais bem conhecida. Os cursos de formação em psicologia precisam incluir em suas grades curriculares as discussões acerca da AD.

Palavras-chave: Psicologia; Atenção domiciliar; Atenção psicológica; Clínica social; Saúde mental.

E-mail: andreaiegarcia@yahoo.com.br

Avaliação de um serviço de atendimento de intercorrência em home care de São Paulo

Autores: Galera, PB; Felício, PM; Siqueira, AEAC; Razera, PF; Morena, ES.

Instituição: Grupo Santa Celina

Introdução: Como em qualquer outra forma de atenção à saúde, as situações de urgência e emergência também são inerentes à atividade no domicílio. É de fundamental importância que a instituição prestadora desses serviços tenha uma central de atendimento funcionando de maneira ininterrupta, 24h por dia. Essa central deve ser estruturada visando ao tipo de assistência que a instituição se dispõe a prestar. **Objetivo:** Avaliação da eficácia de um serviço de atendimento de intercorrências em um home care localizado na cidade de São Paulo. **Metodologia:** Foi realizado um estudo transversal, com base em levantamento de dados do total de pacientes que entraram em contato com a central de urgências e emergências do home care (Grupo Santa Celina) no período de janeiro a agosto de 2016, avaliando quantas queixas evoluíram para envio de atendimento pré-hospitalar ou remoção. **Resultados:** Após levantamento, verificamos que, em média, foram atendidas pela central de urgências e emergências 406,5 intercorrências no período citado, das quais foram solicitados 41,5 atendimentos pré-hospitalares (11%) e 11 remoções (3%). Dos atendimentos pré-hospitalares, 37% das equipes de atendimento removeram os pacientes para avaliação em ambiente hospitalar. **Conclusão:** Por meio de treinamento contínuo da equipe da central, proximidade com equipes multidisciplinares via discussão de casos, realização de árvores decisórias/protocolo de atendimento de enfermagem, somado ao apoio 24h dos médicos de sobreaviso (inclusive realizando contato com o médico do atendimento pré-hospitalar para discutir o caso e auxiliar na conduta) e protocolos médicos, podemos verificar um ganho tanto na melhora clínica dos pacientes sem necessidade de ir para o hospital quanto no envio para ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Domicílio; Urgência e emergência; Home care.

E-mail: priscila.galera@grupasantacelina.com.br

A terapia subcutânea no domicílio: vivências dos enfermeiros em cuidados paliativos no INCA

Autores: Nascimento, RCAC; Silva, VG; Sales, BR; Menezes, CG; Guimarães, NAA.

Instituição: Instituto Nacional do Câncer (INCA)

O serviço compõe-se por uma equipe multiprofissional (médicos, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais), com a visita do enfermeiro ocorrendo semanalmente. Nesse contexto, envolve-se avaliação clínica do paciente, bem como a sua orientação e de sua família, vislumbrando o controle de sintomas. Os sintomas para o câncer avançado envolvem: dor, náuseas, ansiedade, tristeza, sonolência, falta de apetite, ausência de bem-estar, dispneia e fadiga. Tal atividade torna-se um desafio, pois os pacientes apresentam um prognóstico desfavorável, com pouco tempo de vida. Com isso, a terapia subcutânea/hipodermóclise consiste em uma via para infusão de fluidos isotônicos e/ou medicamentos. Suas vantagens envolvem: o baixo custo, possibilidade de alta hospitalar precoce, risco mínimo de desconforto e comprometimento local e risco mínimo de complicações sistêmicas. Os familiares participam desse processo com orientação e treinamento, o que possibilita a permanência do paciente no domicílio. Em 2015, registramos 192 óbitos no domicílio, dos quais 20 utilizaram a terapia, com idade entre 61 e 70 anos e tempo prevalente de uso em torno de três dias. Eles apresentavam, em sua maioria, uma capacidade funcional mínima (KPS 20%), intensa tristeza e moderada fadiga. Para administração de medicamentos, os de maior registro incluíram: morfina e haldol. **Conclusão:** Sem registros de eventos adversos, a terapia no domicílio compõe um cenário favorável ao controle de sintomas e acolhimento no processo de morte e morrer. Por sua vez, a baixa ocorrência na totalidade pode estar associada a questões socioeconômicas e culturais.

Palavras-chave: Oncologia; Cuidados paliativos; Assistência de enfermagem; Hipodermóclise.

E-mail: demetrya@gmail.com

Ações para a instrumentalização da terapia subcutânea pela enfermagem na assistência domiciliar em cuidados paliativos do INCA

Autores: Nascimento, RCAC; Silva, VG; Sales, BR; Menezes, CG; Guimarães, NPA.

Instituição: Instituto Nacional do Câncer (INCA)

Introdução: A terapia subcutânea/hipodermóclise consiste na infusão de fluidos isotônicos e/ou medicamentos por via subcutânea, objetivando conforto e controle de sintomas ao paciente e seus familiares. Na área oncológica, para os pacientes com câncer avançado, a referida terapia consiste em uma importante proposta terapêutica paliativa quando há: impossibilidade de ingestão por via oral, impossibilidade de acesso venoso e possibilidade de permanência do paciente em domicílio. **Objetivo:** Reorganizar apontamentos teóricos e práticos para a construção de um instrumento que favoreça a realização da terapia subcutânea no Instituto Nacional do Câncer (INCA). **Metodologia:** Qualitativa a partir de resgate teórico das publicações científicas de referência na área temática: Agência Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) e INCA. **Resultados:** A partir de impressos já institucionalizados, considerando nossas vivências como enfermeiras que prestam assistência aos pacientes e seus familiares, (re)construímos um instrumento visando favorecer a orientação e o acompanhamento da terapia proposta. Tal impresso resgata orientações técnicas e teóricas com uma linguagem mais simples. **Conclusão:** O debate envolveu, inicialmente, a categoria de enfermagem para discutir questões práticas e técnicas; posteriormente, resgatamos apontamentos da equipe multiprofissional. O instrumento intitulado “Acompanhamento da Terapia Subcutânea no Domicílio” está em processo de implementação e resgata informações que envolvem desde locais e técnica para administração até manuseio e manutenção de materiais e medicamentos direcionados à segurança do paciente, em um impresso a compor o prontuário institucional.

Palavras-chave: Oncologia; Cuidados paliativos; Enfermagem; Hipodermóclise.

E-mail: demetrya@gmail.com

Contribuição para a redução de custos desnecessários em oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP)

Autores: França, LCR; Pereira, AS.

Instituição: Hospital Infantil Albert Sabin

Introdução: A oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) tem utilização cada vez mais frequente em pediatria por reduzir os custos, desocupar leitos hospitalares, proporcionar benefícios e conforto ao paciente. No Hospital Infantil Albert Sabin, os pacientes portadores de doenças pulmonares são beneficiados com a utilização de fontes para fornecimento de oxigênio domiciliar, como concentradores e cilindros. **Objetivo:** Destacar a contribuição do (Programa de Atenção Domiciliar (PAD) para a redução dos custos em locação e recarga das fontes de oxigênio domiciliar. **Metodologia:** Estudo descritivo de abordagem qualitativa e quantitativa, com base em levantamento de dados colhidos de 23 pacientes acompanhados pelo PAD durante visitas domiciliares, no período de agosto de 2015 a agosto de 2016. **Resultados:** 65% eram do sexo masculino, e 35%, do sexo feminino; 39% tinham idade entre 1 e 5 anos, 22%, entre 6 e 10 anos, 26%, entre 11 e 15 anos, e 13%, acima de 15 anos; 60% dos pacientes não utilizavam uma das duas fontes e 14% não utilizavam uma das duas fontes há mais de 30 meses, gerando um custo desnecessário de R\$ 47.632,50. **Conclusões:** Além do custo desnecessário com as fontes de oxigênio domiciliar, constatou-se que os cilindros de oxigênio eram utilizados para aspirar secreções de vias aéreas superiores, gerando um custo adicional. Os concentradores de oxigênio e aspiradores de secreções eram pouco utilizados para evitar o consumo de energia elétrica. Diante desses achados, foram propostas a suspensão da utilização dos concentradores de oxigênio e o não fornecimento pela empresa fornecedora dos dispositivos acoplados aos cilindros para aspirar secreções. A maneira de evitar a repetição desses fatos é criar na atenção domiciliar (PAD) um sistema de monitoramento contínuo que só o programa pode viabilizar.

Palavras-chave: Custos; Assistência domiciliar; Pediatria.

E-mail: lcrfrancab@hotmail.com

Implantação de indicadores de saúde como ferramenta de gestão no serviço de atenção domiciliar

Autores: Chayamiti, EMPC; Oliveira, LA.

Instituição: Secretaria Municipal da Saúde - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

Introdução: A atenção domiciliar se constitui como uma prática inovadora e oferece como eixo central a desospitalização, favorecendo a continuidade do cuidado no domicílio, minimizando intercorrências clínicas. Em Ribeirão Preto, as ações de atenção domiciliar se iniciaram em 1993, e o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) foi implantado em 1996. Em 2011, com a Portaria MS nº 2.527, institui-se a atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS), pelo Programa Melhor em Casa, e o município cadastrou as equipes multiprofissionais de atenção domiciliar. **Objetivo:** Implantar indicadores de saúde na prática cotidiana da equipe do SAD. **Metodologia:** Trata-se de um projeto de intervenção, com proposta de plano de ação aplicado no SAD. Para sustentar a sua elaboração, foi realizada uma revisão bibliográfica. Os espaços coletivos, a educação permanente e a cogestão serão ferramentas utilizadas, assim como o uso do sistema de informação nacional, E-SUS - AD. **Resultados:** Transformações no processo de trabalho, no que tange à sistematização e análise das informações, para produção e implantação dos indicadores, favorecendo a gestão do serviço com a participação da equipe. **Conclusão:** As mudanças da prática profissional são necessárias e favorecem a população atendida pelo serviço, obtendo melhores resultados na assistência prestada, na terapêutica instituída, na adesão e valorização da equipe a essa nova ferramenta de gestão, além de contribuir para a abordagem da equipe multidisciplinar mais integral e resolutiva.

Palavras-chave: Serviços de saúde; Gestão em saúde; Assistência à saúde.

E-mail: emichayamiti@gmail.com

Idosos com câncer sem possibilidades de cura: o cuidado paliativo por meio da visita domiciliar

Autores: Benedetti, GMS; Prado, E; Wakiuchi, J; Cabestre, MC; Casado, JM; Sales, CA.

Instituição: Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Introdução: O envelhecimento desencadeia inúmeras modificações que acometem a saúde, em especial o surgimento de doenças crônicas, como o câncer, que por vezes se apresenta incurável. Nessas situações, o domicílio representa um ambiente familiar que pode trazer conforto durante essa trajetória. **Objetivo:** Descrever a experiência de graduandos e pós-graduandos de enfermagem ao assistir idosos com câncer sob os cuidados paliativos, por meio de visitas domiciliares. **Metodologia:** Trata-se de um relato da experiência vivenciada por graduandos e pós-graduandos de enfermagem em um projeto de extensão intitulado: “Cuidados paliativos aos doentes com câncer e sua famílias”, vinculado ao departamento de enfermagem de uma universidade estadual paranaense, que fundamenta suas ações nos pressupostos éticos, filosóficos e assistenciais dos cuidados paliativos. **Desenvolvimento:** Durante as visitas domiciliares, realizadas semanalmente, são dadas orientações de enfermagem quanto à doença, tratamento, cuidados e medidas de conforto, apoio aos seus cuidadores, procurando sempre aliviar tanto os desconfortos físicos como emocionais. Quando necessário, os programas sociais são acionados. **Conclusão:** As vivências nesse projeto de extensão trouxe-nos a consciência quanto ao nosso real papel em amenizar a dor física e emocional de quem experiencia a impossibilidade de cura e de seus familiares, atendendo às suas necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais, promovendo a autonomia e a independência do idoso, ainda que esteja vivenciando o fim de sua vida. A presença do enfermeiro é fundamental no cuidado paliativo domiciliar, pois se concretiza como uma estratégia de cuidado que vai além de proporcionar conforto técnico; é uma atitude que abrange um momento de zelo e empatia com o paciente e a família, apoiando-os durante essa trajetória.

Palavras-chave: Visita domiciliar; Neoplasias; Cuidados paliativos; Enfermagem.

E-mail: enfermeiragabi@hotmail.com

Trilhando caminhos: cuidados paliativos e atenção domiciliar

Autores: Gregghi, LG; Chayamiti, EMPC.

Instituição: Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto-SP

Introdução: Os cuidados paliativos são uma necessidade crescente na área da saúde, particularmente na atenção domiciliar (AD), na qual a maioria dos pacientes apresenta doenças crônico-degenerativas, algumas vezes terminais. A atuação da equipe multidisciplinar no domicílio favorece a humanização, conforto psicofísico, social e espiritual. A AD pode ser classificada em modalidades, AD1, AD2 e AD3, conforme a complexidade e a intensidade do cuidado. A Escala de Karnofsky (KPS) é uma ferramenta que predita a capacidade física, podendo ser usada na AD. **Objetivo:** Descrever o perfil clínico, demográfico e a funcionalidade de pacientes do Serviço de Atenção Domiciliar de Ribeirão Preto/SP. **Metodologia:** Trata-se de pesquisa quantitativa descritiva e transversal. A coleta de dados foi realizada em maio 2016, a partir da análise de prontuários de 143 pacientes. Utilizou-se a KPS, que foi estratificada em níveis: 10-30%, 40-50% e 60-100%. **Resultados:** Dos 143 pacientes, 83 (58%) eram idosos, 71 (49,7%), do sexo masculino, 102 (71,4%), acamados. Quanto às modalidades, 40 (28%) eram AD1, 94 (66%), AD2, e 9 (6%), AD3. Destes últimos, todos estavam com $KPS \leq 40\%$. Os diagnósticos mais frequentes foram: 65 (45,4%) do sistema nervoso e 29 (20,3%) do sistema musculoesquelético. Quanto ao índice KPS, 29 (20,2%) estavam entre 60-100%, 65 (45,5%), entre 40-50%, e 49 (34,3%), entre 10-30%. **Conclusão:** Este estudo evidenciou que o uso dessa ferramenta facilita a comunicação entre a equipe e auxilia na elaboração do plano de cuidados aos pacientes/familiares/cuidadores, com enfoque nas tecnologias leves e escuta qualificada, ressignificando o sentido da vida.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Assistência domiciliar; Doença crônica.

E-mail: luciano.gregghi@terra.com.br

Perfil socioepidemiológico e clínico dos pacientes admitidos no Programa de Assistência Domiciliar (PAD) de um hospital de referência pediátrica de Fortaleza – 2015 a 2016

Autores: França, LCR; Pereira, AS.

Instituição: Hospital Infantil Albert Sabin

Introdução: Há 16 anos, o Programa de Assistência Domiciliar (PAD) atua no Hospital Infantil Albert Sabin proporcionando um tratamento humanizado em domicílio, gerando benefícios, conforto, minimização dos custos e otimização dos leitos. **Objetivo:** Descrever o perfil socioepidemiológico e clínico dos pacientes admitidos no PAD do hospital de referência pediátrica de Fortaleza/CE. **Metodologia:** Estudo descritivo documental retrospectivo com abordagem quantitativa, com base em análise de 65 prontuários de pacientes admitidos no Programa, no período de janeiro de 2015 a agosto de 2016. **Resultados:** 53,8% eram do sexo feminino, com média de idade de 6 anos; 70,8% eram procedentes de Fortaleza, e 26,2%, provindos do interior; 44,6% recebiam benefício previdenciário (BPC), 6,2%, benefício assistencial, e 40% não possuíam nenhum benefício; 32,3% tinham renda familiar de até um salário mínimo. Identificou-se que 23,1% possuíam apenas gastrostomia (GTM), 12,3% tinham traqueostomia (TQM) e 20% possuíam tanto GTM como TQM; 46,2% mantinham dieta exclusiva por GTM, e 29,2%, por sonda nasoenteral; 43,1% eram eutróficos e 18,5% apresentavam-se com desnutrição leve; 43,1% tinham problemas neurológicos, e 20%, problemas respiratórios; 33,8% eram dependentes de oxigênio domiciliar e permaneceram em média três meses no Programa. Constatou-se que 26,1% tiveram reinternação hospitalar, 52,3% obtiveram alta, 13,8 evoluíram a óbito e 33,8% permanecem no Programa. **Conclusões:** Pode-se inferir que o PAD cumpre, dentro de suas possibilidades, o seu objetivo principal, que é a desospitalização com um tempo de permanência no Programa satisfatório, aumentando progressivamente sua resolutividade nesses aspectos. Com a constatação de um percentual alto de pacientes oriundos do interior, há necessidade de implantação desse Programa nos municípios do Estado.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Perfil; Pediatria.

E-mail: lcrfrancab@hotmail.com

Educação permanente em saúde: estratégia utilizada para qualificar o cuidado domiciliar

Autores: Benedetti, GMS; Teston, EF; Oliveti, AA; Soares, LS; Costa, MAR.

Instituição: Universidade Estadual do Paraná (UEM), *campus* Paranavaí

Introdução: O cuidado domiciliar aproxima profissionais de pacientes e familiares, possibilitando a realização de um cuidado que extrapola os aspectos biológicos da doença ao articular diferentes saberes e práticas, tornando, assim, pacientes e cuidadores mais independentes e reconhecendo-os como sujeitos ativos em todo o processo. **Objetivo:** Descrever a experiência de acadêmicos de enfermagem em estágio supervisionado ao utilizarem a educação permanente para qualificação dos ACS no cuidado domiciliar. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência após vivência do estágio supervisionado, no primeiro semestre de 2016, em uma unidade básica de saúde. O relato foi feito de modo contextualizado, com objetividade e aporte teórico. **Resultado:** Dos ACS interrogados, 30,7% reconheceram a importância da educação permanente, 15,3% alegaram que era sempre bom aprender coisas novas, 7,69% disseram que favorecia o conhecimento e dava condições para melhor orientar o paciente; 11,11% mencionaram a necessidade de o ACS escolher o tema a ser trabalhado conforme suas dúvidas e que as qualificações deveriam ser ministradas de formas variadas, pois palestra era cansativo. Além disso, falaram sobre a necessidade de sempre ter reuniões para discutir o trabalho em equipe. Ao serem questionados sobre os temas de seu interesse, 11,11% apontaram a saúde do trabalhador e DST, 5,55%, trabalho em equipe, gravidez na adolescência, saúde mental, imunização, comportamento humano e doenças infantis. **Conclusão:** Essa vivência foi de extrema importância para a formação do acadêmico de enfermagem, pois auxiliou na identificação das principais temáticas de interesse dos ACS para serem trabalhadas durante o processo de educação permanente com foco na qualificação do cuidado domiciliar. Logo, a educação permanente afirma-se como estratégia para a reorganização do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Cuidado domiciliar; Educação permanente; Enfermagem.

E-mail: enfermeiragabi@hotmail.com

O papel do terapeuta ocupacional na atenção domiciliar no município do Rio de Janeiro

Autores: Carvalho, RA; Silva, ACC.

Instituição: Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - SMS/RJ

O Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI) é um programa da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro, inaugurado em agosto de 2010, objetivando a desospitalização. Atualmente, a equipe interdisciplinar é composta por duas EMADS e uma EMAP – nesta está incluída a terapeuta ocupacional (TO). O PADI conta com cinco unidades de atendimento, nas quais a TO realiza uma média de 100 visitas por mês em um universo de aproximadamente 200 pacientes. O objetivo do TO é atuar na rotina do usuário, diminuindo o impacto da perda funcional temporária ou definitiva, visando estimular a independência e a autonomia do próprio e criar estratégias para adaptar e/ou adequar o domicílio. Em casos de perda da autonomia, o foco é capacitar o cuidador, reduzindo, assim, o impacto do risco causado por diversas lesões e variadas sequelas. São utilizados alguns instrumentos, como avaliação, material informativo para prevenção de quedas e calçado adequado, confecção e/ou indicação de órteses e adaptadores funcionais, adaptação e adequação do ambiente doméstico, assim como de mobiliário, equipamentos (cadeira de rodas, muletas, bengalas) e utensílios. Alguns recursos terapêuticos utilizados são a confecção personalizada de órtese gessada para cada tipo de lesão, enfaixamento compressivo para preparação da protetização, almofadas de alpiste e espumas de variadas densidades para diminuir e prevenir lesões por pressão, adaptadores funcionais para utensílios para alimentação e escrita. Por meio dessa prática de cuidados, foram observadas a diminuição do agravamento de lesões motoras, a melhor adaptação da prótese, a prevenção de queda, a redução incapacitante da perda funcional, o posicionamento adequado em leito ou no uso de equipamentos, favorecendo a atuação da equipe no ambiente domiciliar e facilitando o cuidado diário da família com o idoso.

Palavras-chave: Terapeuta ocupacional; Atenção domiciliar; Autonomia.

E-mail: rebyrj@hotmail.com

Experiência da implantação do acesso mais seguro na equipe do PADI Salgado Filho

Autores: Silva, ACC; Gonçalves, VF; Oliveira, AAS.

Instituição: Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - SMS/RJ

Em maio de 2016, a equipe do PADI Salgado Filho foi convidada a participar da Oficina de Multiplicadores do Acesso Mais Seguro, realizada pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha e Secretaria Municipal de Saúde. A oficina aconteceu em quatro encontros com representantes das Clínicas da Família, Centro de Atenção Psicossocial e PADI. A estratégia do Acesso Mais Seguro visa identificar os riscos aos quais as equipes de saúde estão expostas, buscando estratégias para preveni-los. Após esse treinamento, a representante da Coordenação da Área Programática (CAP) 3.2 criou um grupo de comunicação por mensagem com as unidades da ESF, PADI e CAP, com a proposta de informarem a classificação do território diariamente. A classificação é composta por uma tabela que visa identificar os riscos presentes na comunidade e a sua graduação. Os riscos são classificados em verde (risco baixo – manter as atividades normais), amarelo (risco médio – suspender as atividades no território, mantendo a unidade aberta) e vermelho (risco alto – fechar a unidade e colocar os profissionais e usuários em local seguro). Nas áreas da CAP 3.1 e 3.3, é realizado contato telefônico com a unidade de referência. Concluímos que, para o PADI, o recurso não impacta na redução de visitas domiciliares, mas observamos uma melhoria significativa no nível de confiança do profissional ao realizar o seu trabalho nas áreas consideradas de alto risco. No período de junho a agosto de 2016, foram canceladas 49 visitas em um total de 4.012 realizadas. Na nossa rotina, começamos a observar as localidades, horários e dias mais críticos de cada território, o que otimizou a remarcação desses eventos cancelados em um momento mais oportuno.

Palavras-chave: Visita domiciliar; Riscos; Território.

E-mail: acfisio@gmail.com

A importância do cirurgião-dentista na equipe interdisciplinar na atenção domiciliar

Autores: Neiva, JCR; Cotrim, LBG; Lopez, LCL; Osorio, RF.

Instituição: Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - SMS/RJ

Introdução: A ocorrência de problemas bucais é uma característica do acamado, contribuindo para o aparecimento de infecções, como a pneumonia aspirativa e a endocardite bacteriana, muitas delas relacionadas com o grau de patogenicidade da microbiota bucal e a má higiene oral, principalmente da língua, agravando ainda mais o processo de doença que esses pacientes atravessam. Como todas as infecções, a gengivite é causada pela placa bacteriana, também chamada de biofilme, uma fina película que adere à superfície dos dentes quando a higiene oral não é realizada de forma adequada. Caso não seja removida por meio de escovação e uso diário do fio dental, o biofilme dental se transforma em tártaro que, além de proporcionar a mobilidade dentária, produzir mau hálito e sangramento espontâneo, contribui como um dos fatores que elevam os níveis de glicose do sangue, tornando o controle do diabetes mais difícil. Devemos também observar maiores cuidados com próteses dentárias quanto à sua limpeza, principalmente nos idosos, pois as placas bacterianas também se formam sobre elas e, caso não sejam removidas adequadamente, tendem a provocar uma série de doenças e infecções. **Conclusão:** O cirurgião-dentista é um facilitador dentro da equipe interdisciplinar no atendimento domiciliar ao acamado e aos familiares devido ao conjunto de ações de educação em saúde e orientações sobre os autocuidados, tais como: procedimentos de promoção de saúde, profilaxia, raspagem, alisamento e polimento com o ultrassom, limpeza e manutenção periódica de próteses. Assim, contribui para diminuir as possibilidades de infecções locais ou a distância, agilizando o processo de recuperação, aumentando a autoestima, o número de altas e uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Odontologia; Promoção de saúde; Atenção domiciliar.

E-mail: drjoserr@gmail.com

Utilização do equipamento portátil odontológico no atendimento domiciliar ao paciente restrito ao leito

Autores: Cotrim, LBG; Neiva, JCR; Lopez, LCL; Osorio, RF.

Instituição: Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - SMS/RJ

O estudo de caso apresentado foi realizado a partir da visita domiciliar e identificação da necessidade do uso do equipamento portátil odontológico. Apresentação do caso: J.M.A.J., 33 anos, sexo masculino, portador de paralisia cerebral, apresentando padrão espástico, deformidades e rigidez em membros superiores e inferiores, limitação de flexão de quadril e joelhos, além de deformidades nos pés e diurese por sonda. Diagnóstico odontológico inicial: acúmulo de tártaro (biofilme calcificado abundante em arcada inferior), gengiva edemaciada com sangramento ao toque. Protocolo de atendimento: promoção de saúde e instrução de higiene oral, sessões de raspagem supra e subgengival utilizando o equipamento portátil, profilaxia, aplicação tópica de flúor e visitas de manutenção. A importância do equipamento portátil neste estudo de caso trouxe vantagens, tais como o atendimento do paciente sem a necessidade de deslocamento para uma unidade de saúde, minimizando o estresse por estar dentro do seu ambiente familiar, assim como mínima manipulação do paciente no leito devido ao fácil manuseio do equipamento. Após realização dos procedimentos, houve melhora no aspecto da gengiva, que se apresentou menos edemaciada, sem sangramento ao toque e com redução significativa na quantidade de tártaro. Este estudo ressalta a importância do cirurgião-dentista dentro da equipe multidisciplinar no atendimento domiciliar, pois, assim, os riscos de infecções diminuem, garantindo uma melhora na qualidade de vida e um tratamento mais humanizado para esse paciente. Dessa forma, nota-se um resultado positivo, visto que o paciente consegue ter acesso aos serviços prestados pela odontologia tradicional.

Palavras-chave: Odontologia; Atendimento domiciliar; Equipamento portátil.

E-mail: lubloomfield@hotmail.com

O perfil dos pacientes atendidos no Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - Pedro II

Autores: Bastos, G; Costa, LA; Ribeiro, APS.

Instituição: Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - SMS/RJ

Introdução: O Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI) foi desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde, em parceria com a Secretaria Especial de Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida. Esse contrato de gestão atende prioritariamente ao usuário acima de 60 anos, mas não excluindo as outras faixas etárias, com dois focos de atuação: a desospitalização e o atendimento domiciliar. O serviço destina-se aos usuários que possuem dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitam de maior frequência de cuidado, acompanhamentos contínuos. São 15 equipes multidisciplinares, sediadas em cinco hospitais municipais. **Objetivo:** Identificar pacientes em atendimento no PADI Pedro II, zona oeste do Rio de Janeiro, para saber quem são e quais suas necessidades. **Metodologia:** Foi realizado um levantamento dos pacientes em atendimento no mês de setembro de 2016. O total de pacientes em atendimento era de 223. As categorias analisadas foram: idade, sexo, patologia (hipertensão, diabetes e AVC), em uso de gastrostomia, amputações, fraturas e lesões. **Resultado:** Após análise, observamos que a maioria dos pacientes tinha idade acima de 60 anos, com média de 67 anos; 62,3% eram do sexo feminino; 61% eram hipertensos; 28,7% tinham diabetes; 2,24% estavam em uso de gastrostomia; 8% realizaram cirurgia de amputação; 22,87% passaram por cirurgia por fratura, sendo a maioria no fêmur; 23,77% apresentavam lesão; 34% foram acometidos por AVC. O perfil dos pacientes nos possibilita abrir caminhos para melhorar ainda mais o atendimento. O resultado pode nortear as ações e as práticas da equipe multidisciplinar para traçar estratégias mais eficazes para a garantia dos cuidados no domicílio.

Palavras-chave: Atendimento; Cuidado; Cuidador; Domicílio; Perfil.

E-mail: graziellebastos@hotmail.com

Captação: estratégia de abordagem e perfil de atendimento aos pacientes do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso do município do Rio de Janeiro

Autores: Cordeiro, CLSS; Meirelles, KL; Gonçalves, VF; Silva, ACC; Coelho, LP; Uchino, MS.

Instituição: Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - SMS/RJ

Em agosto de 2010, deu início no Rio de Janeiro o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI), cujo principal objetivo é a desospitalização de pacientes com faixa etária de 60 anos ou mais, pacientes com doenças crônicas, dificuldade ou impossibilidade de locomoção. Observou-se na captação que havia grande demanda de pacientes abaixo da faixa etária exigida pelo Programa e com grande possibilidade de reabilitação e que se encontravam dependentes de cuidados. Atualmente, a busca ativa é realizada em oito hospitais municipais, além de quatro centros de emergência regional, com foco nas seguintes clínicas: ortopedia, cirurgia vascular, neurocirurgia, cirurgia geral, cardiologia e clínica médica, sempre avaliando o perfil leito a leito. Em dados atualizados, o maior número de captação inclui as clínicas de ortopedia, cirurgia vascular e clínica médica, nas quais se observa grande número de pacientes acamados, com lesões por pressão. A abordagem é realizada por técnicos de enfermagem, coletando informações sobre a patologia, idade e logradouro, procurando esclarecer o objetivo do Programa, incluindo a equipe multidisciplinar, e o tempo aproximado de permanência. A captação é de suma importância, pois acontece o contato direto com o paciente e o familiar no leito, observando de imediato o perfil do paciente e a demanda para atendimento.

Palavras-chave: Captação; Perfil; Técnico.

E-mail: claudialouisecordeiro@gmail.com

Atuação do fisioterapeuta no atendimento domiciliar

Autores: Miyamoto, JSD; Bispo, CB; Silva, ACC.

Instituição: Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - SMS/RJ

O Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI) caracteriza-se pela interligação do serviço de assistência domiciliar aos hospitais municipais Salgado Filho, Miguel Couto, Pedro II, Francisco da Silva Teles e Lourenço Jorge com as Unidades Básicas de Saúde (USB). O PADI tem como meta atender prioritariamente a idosos e promover a reabilitação funcional e autonomia dos cuidados no domicílio, mantendo o usuário integrado a sua família e ambiente. Uma equipe interdisciplinar composta por equipe multiprofissional de atendimento domiciliar (EMAD) e por equipe multiprofissional de apoio (EMAP) presta assistência integral a pacientes de acordo com a sua área de atuação. Conforme a avaliação do grau de dependência do paciente, elabora-se o plano terapêutico individualizado, com base na avaliação funcional, mobilidade articular, força muscular, equilíbrio e marcha. Esse plano se divide em prevenção, suporte, cuidado paliativo, visitas compartilhadas e realização de procedimentos interdisciplinares, visando a uma melhor reabilitação, redução de incapacidades e instrumentalização do cuidador para realização dos cuidados. Além de todos os pontos citados, o fisioterapeuta também é responsável por promover ações educativas e participar das discussões interdisciplinares. A frequência das visitas ocorre conforme particularidades dos casos. Cada equipe do PADI possui dois fisioterapeutas por base, sendo três fisioterapeutas no PADI Pedro II. Cada fisioterapeuta realiza em média 100 atendimentos por mês e atende em média de seis a oito pacientes por dia. As dificuldades concentram-se na falta de rede para encaminhar os pacientes para melhor acompanhamento e desenvolvimento de suas habilidades após alta do PADI. O papel do fisioterapeuta no PADI é o de promover a independência e a melhor qualidade de vida do paciente/família, o autocuidado, considerando as condições e o suporte que cada paciente terá em seu domicílio.

Palavras-chave: Perfil; Atuação; Fisioterapeuta.

E-mail: ikadias@hotmail.com

Cuidando de quem cuida, múltiplos olhares

Autores: Oliveira, M; Bastos, LA; Gonçalves, VF; Uchino, MS.

Instituição: Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - SMS/RJ

O Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso do município do Rio de Janeiro realiza a cada semestre o encontro com os cuidadores, no qual as famílias são convidadas a participar de um momento com a equipe e com outros cuidadores. Esses encontros são informativos, com apresentação de questões pertinentes aos cuidados pelas categorias profissionais. Mas, isso já se resumia a nossa rotina nas casas. Então, surgiu na equipe a ideia de “cuidar” dessas pessoas muitas vezes sobrecarregadas com a rotina do cuidado, que não paravam para olhar pra si. Pensamos então na possibilidade de elaborar oficinas de promoção ao autocuidado e fazer desse encontro um momento de descontração. Criamos a seguinte programação: ao chegar todos eram acolhidos por nossos administrativos e encaminhados para aferição de pressão arterial, glicemia e avaliação antropométrica. Após a coleta dos dados, nossos médicos e nutricionista faziam as orientações individualizadas. A odontologia demonstrou a técnica correta de escovação dos dentes e mostrou as principais afecções orais, ensinando a identificá-las. Como queríamos tornar esse encontro descontraído, inserimos a Oficina do Movimento. Uma cuidadora que estava aprendendo a tocar teclado se propôs a se apresentar para o grupo, e, por meio da música, nossas fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais criaram movimentos de alongamento e relaxamento. Por fim, terminamos com café e dança, resgatando movimentos leves e harmônicos de corpos que estavam exaustos da dor física e mental devido à sobrecarga do cuidado.

Palavras-chave: Cuidado; Saúde; Bem-estar.

E-mail: marynvalvaoliver@yahoo.com

A desospitalização dos pacientes ortopédicos do hospital municipal Miguel Couto e a admissão no Programa de Atenção Domiciliar

Autores: Mendonça, LSG; Amaral, MM; Victorio, FR; Bastos, LA.

Instituição: Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - SMS/RJ

O Programa de Atenção Domiciliar do município do Rio de Janeiro está lotado nos hospitais municipais, os quais funcionam como base de captação para desospitalização dos pacientes. A captação dos pacientes ocorre por meio da busca ativa deles à beira leito. Além disso, o profissional responsável pela captação participa dos rounds, sinalizando para equipe aquele paciente com possível perfil para inclusão na atenção domiciliar. Na clínica ortopédica, a desospitalização ocorre com encaminhamento do médico ortopedista detalhando o diagnóstico ortopédico, o tipo de fratura, o tratamento (cirúrgico ou conservador) e o tipo de procedimento realizado. A indicação de tratamento com anticoagulantes também deve estar descrita. Além disso, esse relatório deve conter informações específicas para fisioterapia, como autorização para início de conduta e a liberação de deambulação (carga parcial ou total). No momento da alta hospitalar, os pacientes saem com a primeira consulta de revisão agendada, e, por meio da central de ambulâncias, solicitamos o transporte para consulta de revisão. Nesse momento, inicia-se o acompanhamento do PADI com visitas da equipe interdisciplinar, objetivando os cuidados iniciais, como troca de decúbito, transferência, higiene pessoal, incentivo ao autocuidado e orientação do cuidador. Após a primeira consulta e com a liberação do ortopedista para tratamento fisioterapêutico, priorizamos esse paciente para reabilitação com visitas semanais, incluindo exercícios para diminuição do edema, ganho de amplitude de movimento, força muscular, equilíbrio, treino de marcha, ajuste de órtese, prevenção de novas quedas, uso de calçados apropriados e adequação do ambiente. Conseguimos excelentes respostas na reabilitação dos pacientes ortopédicos, na sua grande maioria recebendo alta do PADI com autonomia total.

Palavras-chave: Desospitalização; PADI; Fisioterapia; Reabilitação; Autonomia.

E-mail: luanagarcez@hotmail.com

A importância do projeto terapêutico singular para sucesso da reabilitação

Autores: Bastos, LA; Martins, DGN; Bonfim, LPF; Carvalho, CPA; Souza, CMPA.

Instituição: Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - SMS/RJ

O PADI é um serviço de atenção domiciliar do município do Rio de Janeiro que atende prioritariamente aos idosos. Dentre os pacientes, possuímos um número significativo com sequelas de acidente vascular encefálico (AVE). Destacaremos um caso com o projeto terapêutico singular (PTS) realizado pela equipe interdisciplinar do PADI HMMC. Paciente S.M., 56 anos, sexo masculino, casado, marroquino, tendo como cuidadora principal sua esposa, está acamado, lúcido e orientado. Apresenta sequela de AVE, hemiplegia à direita, afasia e disfagia. Em 2012, evoluiu com infarto agudo do miocárdio, histórico de bexiga neurogênica em uso de sonda vesical de demora. Iniciou acompanhamento pelo PADI em abril de 2016. No PTS, relatamos o histórico do paciente, as terapêuticas implementadas, a história social, o desempenho do cuidador, o suporte da rede de assistência à saúde do território, a definição do profissional de referência no caso e as estratégias implementadas para reabilitação. Todos os profissionais realizaram suas avaliações, porém os principais envolvidos no processo de reabilitação foram fonoaudiólogo, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Pode-se dizer que, dentre as condições sociais, o paciente/família apresenta uma razoável qualidade de vida, reside em domicílio próprio e possui renda. Em geral, a esposa/cuidadora realiza os cuidados básicos com o paciente, seguindo parcialmente as orientações passadas pela equipe. As estratégias utilizadas são o acompanhamento dos profissionais com visitas domiciliares duas vezes por semana, visando a estratégias de reabilitação e pactuando metas a curto e longo prazo. Atualmente, podemos dizer que estamos conseguindo cumprir com nossos objetivos por meio dos seguintes marcadores: Índice de Barthel inicial 0, atual 15 pontos; escala FOIS inicial 4 e atual 7 pontos.

Palavras-chave: Projeto terapêutico singular; Reabilitação; Atenção domiciliar.

E-mail: livibastos@yahoo.com.br

O que fazer para melhorar a alimentação do paciente acamado

Autores: Sguilla, LS; Rotta, IS; Cravo, SV; Reyde, ES.

Instituição: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto e UFTM

O aumento do tempo de vida é um fenômeno de grande alcance no mundo todo e uma verdadeira revolução envolvendo desafios políticos, econômicos, sociais, demográficos e, de modo especial, nos campos da saúde e da alimentação. As políticas públicas de saúde prezam pela prevenção primária das doenças e estimulam hábitos de vida saudáveis. O envelhecimento populacional faz com que tenhamos um grande número de pacientes acamados no domicílio requerendo dos serviços de saúde a mesma atenção e cuidados para garantia da sua qualidade de vida. Este estudo realizado no SAD de Ribeirão Preto investigou, por meio de informações de prontuário, o momento da alimentação de pacientes acamados da EMAD1, com o objetivo de especificar dificuldades encontradas durante a atividade que possam prejudicar a qualidade da alimentação. Os resultados demonstraram aspectos relacionados com o posicionamento do acamado, uso de equipamentos, consistência dos alimentos, tempo de duração da alimentação e dificuldades financeiras na aquisição dos alimentos necessários. Com o envolvimento dos profissionais de nutrição, fisioterapia e assistente social, há a necessidade de maior interação da equipe na investigação de fatores relacionados ao momento da alimentação. As famílias e cuidadores necessitam de orientações dos profissionais para tornar essa atividade de vida diária prazerosa e eficiente em seus diversos aspectos.

Palavras-chave: Domicílio; Cuidador; Alimentação; Acamados.

E-mail: lusguilla@yahoo.com.br

A participação interdisciplinar na prevenção e tratamento de distúrbios da mastigação e deglutição

Autores: Pereira, DM; Magalhães, ALS; Osorio, RF.

Instituição: Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - SMS/RJ

O envelhecimento é um processo único para cada indivíduo, caracterizado por alterações fisiológicas, bioquímicas e psicológicas. As inter-relações entre a saúde bucal com as funções da mastigação e da deglutição se dão pela ausência de dentes no idoso, fato que interfere na boa formação do bolo alimentar, impossibilitando uma deglutição eficiente, prejudicando a alimentação e causando danos ao estado nutricional do idoso. Um dos fatores que indicam uma boa qualidade de vida e de saúde geral entre os idosos está relacionado com uma boa ingestão de nutrientes, presença de dentes naturais sadios ou de próteses dentárias bem adaptadas. Para deglutirmos, é necessário que os alimentos sejam bem triturados, pois, quando o bolo alimentar não está coeso o suficiente, ele pode provocar engasgos frequentes, tornando o ato alimentar um evento estressante e desencadeando perda de apetite. Idosos com a capacidade mastigatória reduzida tendem a comer alimentos com consistência facilitada, estando propensos a consumir mais gorduras, óleos e açúcares, excluindo grande parte das fibras. Essas alterações alimentares podem explicar a perda de peso, incidência de constipação e aumento da probabilidade de doenças sistêmicas. Conclusão: Com base nas nossas visitas domiciliares, observamos a importância do trabalho multidisciplinar: o cirurgião-dentista proporcionando aos pacientes uma melhora na saúde bucal e função do sistema mastigatório; a fonoaudióloga adaptando melhor a consistência dos alimentos; a nutricionista possibilitando a ingestão de uma alimentação adequada, nutritiva e, por conseguinte, uma melhor qualidade de vida e estado nutricional do paciente.

Palavras-chave: Alimentação; Deglutição; Saúde bucal; Idoso.

E-mail: melo.dayane@yahoo.com.br

Avaliação da sobrecarga dos cuidadores do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso

Autores: Teodoro, MC; Aronovich, LO; Conceição, LCPC; Ribeiro, APS; Ramos, PLR.

Instituição: Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - SMS/RJ

Introdução: O Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI) destina-se aos usuários prioritariamente idosos, porém sem excluir as demais faixas etárias que possuam dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de acompanhamento no domicílio, podendo ser oriundo de diferentes serviços da rede pública. Nesse processo, o familiar designado como cuidador acaba por abdicar de sua vida em função do paciente e enfrenta um trabalho árduo, o que pode deixá-lo emocionalmente esgotado e fisicamente exausto, eclodindo na sobrecarga física, emocional e social. **Objetivo:** Identificar o nível de sobrecarga de uma amostra aleatória de 50 cuidadores, dos respectivos pacientes em atendimento, no PADI Pedro II, zona oeste do Rio de Janeiro. **Metodologia:** O estudo transversal fundamentou-se na aplicação da Escala de Zarit e na avaliação socioeconômica, realizado pela equipe, dos cuidadores nos meses de agosto e setembro de 2016. **Resultado:** Após análise, 42% dos cuidadores eram filhos de pacientes, 86% eram do sexo feminino, 76% tinham mais de 50 anos, 50% eram casados, 52% não possuíam o ensino médio completo, 52% tinham como renda mensal familiar dois a três salários mínimos. No segmento índice de sobrecarga, tivemos: 32% sem sobrecarga, 24% sobrecarga ligeira e 44% com sobrecarga intensa. O resultado pode nortear as ações e as práticas da equipe multidisciplinar para traçar estratégias mais eficazes para a garantia dos cuidados no domicílio.

Palavras-chave: Avaliação; Cuidado; Cuidador; Domicílio; Sobrecarga.

E-mail: moniquecteodoro@gmail.com

Singularidades dos núcleos familiares: adaptação e revisão assistencial

Autores: Oliveira, ML; Valadão, CS; Pereira, AA; Costa, RS; Valença, RVR; Gonçalves, VF.

Instituição: Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - SMS/RJ

O presente estudo aborda o caso do paciente A.C.B., do sexo masculino, 58 anos, portador de diabetes mellitus (DM) tipo I, hipertensão arterial sistêmica (HAS), em pós-operatório tardio de amputação transfemural esquerda (há quatro anos) e direita (há oito meses). Foram constatadas pela equipe multidisciplinar de atenção domiciliar (EMAD), durante as visitas, impactantes dificuldades nos processos de organização e administração das medicações prescritas ao paciente, tanto por parte da única cuidadora (esposa), devido ao seu baixo grau de instrução escolar, especialmente no que se refere ao manuseio da seringa para administração de insulina, interferindo na aspiração das corretas dosagens prescritas da droga, quanto pelas dificuldades por parte do paciente, devido ao seu parcial déficit visual (em atual investigação), para leitura e interpretação corretas da prescrição médica para autoadministração das medicações via oral. Esse cenário vem prejudicando, significativamente, o tratamento e recuperação do usuário, implicando em extrema dificuldade de seus controles pressóricos e glicêmicos e em aumento do tempo de sua permanência e dependência do PADI. Sendo assim, a medicina e enfermagem elaboraram um plano estratégico individualizado para esse núcleo familiar por meio de pré-demarkações nas seringas com as dosagens prescritas por meio de fitas adesivas (diferenciando períodos matinal e noturno por cores) e para administração de medicações orais, além da utilização de figuras ilustrativas em tamanho compatível ao atual déficit visual do paciente, representando os diferentes turnos e/ou horários de cada medicação. Atualmente, o paciente está em processo de monitoramento e avaliação das novas medidas implementadas por meio de acompanhamento clínico-laboratorial.

Palavras-chave: Dificuldades; Cuidadora; Organização; Medicações.

E-mail: marcelle.lino@yahoo.com.br

Cada creatinina tem uma história para contar: estadiamento renal e indicadores assistenciais

Autores: Valença, RVR; Araujo, FSE; Conceição, LCP; Teodoro, MC; Costa, RS; Campos, EC.

Instituição: Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - SMS/RJ

Introdução: A classificação da função renal em estágios auxilia a identificação de necessidades e tratamento adequado dos pacientes com fatores de risco para a doença renal crônica (DRC) de acordo com as diretrizes para a DRC do Ministério da Saúde do Brasil. No contexto do PADI, os pacientes apresentam fatores de risco para agravamento da função renal. **Objetivos:** Estadiar a função renal e comparar com o Índice de Barthel e o IDH de duas unidades do PADI/RJ, correlacionando possíveis fatores de risco para DRC. **Método:** Avaliamos, retrospectivamente, creatinina sérica, cor, idade, gênero, Índice de Barthel e IDH por bairro de 65 pacientes, no período entre fevereiro a setembro de 2016, em Irajá e Santa Cruz/RJ. Obtivemos a taxa de filtração glomerular estimada por paciente no calculador on-line MDRD. Classificamos nos estágios de I a V. **Resultados:** Dos 65 pacientes, houve diminuição da taxa de filtração glomerular (estágios II a V) em 62% (Santa Cruz) e em 57% (Irajá). Houve mais pacientes com Barthel <40 em Irajá do que em Santa Cruz, 29 e 9%, respectivamente. Irajá teve IDH mais elevado (>0,560) do que Santa Cruz (<0,560). **Conclusão:** Índice de Barthel e estágio não parecem ter relação causal. Estadiar a função renal pelo MDRD e correlacionar com os níveis de IDH pode ser útil para adequar ethos individual domiciliar e taxas de filtração glomerular. Este estudo propõe o estadiamento renal, em concordância com as diretrizes para DRC, como identificador de fatores de risco individuais para DRC no contexto (ethos) multidisciplinar do PADI.

Palavras-chave: Creatinina; PADI; Barthel; IDH.

E-mail: rrvalenca@gmail.com

Intervenção multiprofissional como fator importante na assistência domiciliar a pacientes com disfagia

Autores: Jesus, SR; Nogueira, RM; Neiva, JCR; Costa, RS.

Instituição: Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - SMS/RJ

O PADI foi criado com a finalidade de prestar assistência a usuários pós-alta hospitalar e com dificuldades em deambular, o que impossibilita a continuidade do seu tratamento em âmbito ambulatorial. O estudo de caso apresentado foi realizado a partir da visita domiciliar e da necessidade encontrada na cliente C.L.C.B., 69 anos, vítima de AVC, hipertensa, diabética e apresentando desvio de comissura labial, com uso de prótese dentária superior e dificuldade na deglutição. Com o intuito de reduzir o tempo de reabilitação e proporcionar uma melhor qualidade de vida, algumas manobras e exercícios facilitadores foram aplicados pela fonoaudiologia, estabelecendo uma via oral segura. O cirurgião-dentista, por meio da utilização do equipamento odontológico portátil, realizou procedimentos de limpeza da cavidade bucal, além de remoção da placa bacteriana e do tártaro da prótese. Uma correta orientação sobre como realizar a higiene oral da usuária atendida foi passada aos familiares responsáveis pelo cuidado, enfatizando a importância de manter essa rotina a fim de evitar o desenvolvimento de infecções locais e a distância resultante da aspiração de bactérias presente nessa região. Nesse contexto, torna-se fundamental oferecer suporte psicológico ao cuidador no processo de enfrentamento da enfermidade e na dinâmica de cuidados, buscando a troca de informações segura e a correta adesão, dando continuidade às orientações dos profissionais envolvidos. O principal objetivo da atuação multiprofissional da EMAP (equipe multiprofissional de apoio) em uma intervenção ao acamado é propiciar múltiplas áreas do saber com diferentes propostas de reabilitação para que possam agir juntas em prol do sucesso do tratamento por meio de um trabalho de prevenção, orientação e conscientização.

Palavras-chave: Equipe interdisciplinar; Atendimento domiciliar; Dinâmica de cuidados.

E-mail: samyreis2001@yahoo.com.br

Otimização na utilização dos recursos de saúde e melhoria nos cuidados aos pacientes

Autores: Parreira, LL; Resende, ACP.

Instituição: Assistência Domiciliar Unimed Goiânia (UNIDOMICILIAR)

Introdução: O UNIDOMICILIAR, criado em 1999, é um serviço de acompanhamento multiprofissional em domicílio destinado somente aos beneficiários da Unimed Goiânia. Esse serviço possui a vantagem do contato com o ambiente familiar, o que auxilia na aceleração do processo de recuperação do paciente e reduz as internações hospitalares (o que proporciona um atendimento humanizado ao paciente), o risco de infecção hospitalar e os custos para a prestadora dos serviços. **Objetivo:** Otimizar a utilização dos recursos de saúde pelos pacientes monitorados, desfragmentar o cuidado prestado pela rede de serviço de saúde, diminuir o número e a gravidade das intercorrências (internações hospitalares) por meio da estabilidade clínica dos casos, melhorar a qualidade do cuidado e capacitar os cuidadores no processo de assistência domiciliar em conjunto com a equipe e nos cuidados paliativos. **Metodologia:** O estudo quantitativo fundamentou-se em levantamento, realizado pela equipe multiprofissional, de dados colhidos na assistência à saúde no ano de 2015 de beneficiários Unimed. **Resultados:** A assistência domiciliar gera uma maior interação entre paciente-família e uma economia de recursos importante, que, no ano de 2015, foi de R\$ 15.518.769,85. **Conclusão:** A análise feita mostra que, com uma assistência domiciliar eficiente, conseguimos controlar comorbidades graves, promover uma maior integração da família no processo do cuidado, prestar uma assistência nas etapas da cura e diminuir custos monetários.

Palavras-chave: Paciente; Família; Assistência domiciliar.

E-mail: larisselopesparreira@hotmail.com

Dividindo o mesmo território: parceiras possíveis entre fonoaudiólogos da atenção domiciliar

Autor: Motta, PP.

Instituição: Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch - M'Boi Mirim

A presença do fonoaudiólogo na rede pública (SUS) propiciou uma mudança de contexto, pois o atendimento clínico-terapêutico, que antes era privado e restrito ao âmbito do consultório, adaptou-se às novas realidades institucionais e ampliou perspectivas e possibilidade de atuação. Uma dessas possibilidades foi a atuação em ambiente domiciliar, seja o home care ou os programas e políticas públicas de atenção domiciliar. A inserção do fonoaudiólogo na atenção domiciliar do SUS pode se dar nas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), no Programa Melhor em Casa, no qual está vinculada a constituição das Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAPs), e nas Unidades de Atendimento Domiciliar (UADs). Nesse tipo de atuação, o profissional desenvolve atividades de promoção, prevenção e reabilitação em domicílio. Como as diretrizes da atenção domiciliar são abrangentes e facilmente adaptáveis às necessidades de cada município ou região, a atuação dos fonoaudiólogos pode variar muito tanto no tipo de intervenção a ser realizada como no grau de complexidade de casos a serem atendidos. O presente trabalho tem por objetivo descrever a parceria bem-sucedida entre as fonoaudiólogas de dois serviços de atenção domiciliar, a EMAP do Programa Melhor em Casa do Hospital Municipal Dr. Moysés Deutsch e a UAD da Supervisão do M'Boi Mirim.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Fonoaudiologia; Assistência à saúde.

E-mail: priscilamotta@fonoaudiologia.com.br

Gerenciamento domiciliar de pacientes com dependência a partir de uma perspectiva de acolhimento e controle de complicações

Autores: Queiroz, ITP; Ferreira, EFC; Lima, CAS; Rabelo, SMO; Galiza, DMF; Batista, LKO; Caldas, RS.

Instituição: Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Nordeste do Brasil - CAMED

Introdução: O envelhecimento da população gera novas demandas para os sistemas de saúde. Os problemas de saúde dos idosos – maiores vítimas dos efeitos de sua própria fragilidade – desafiam os modelos tradicionais de cuidado. Por isso, é imperativo repensar o modelo atual. A autogestão oferta o Programa Amigo da Família (PAF), o qual consiste no gerenciamento de pacientes crônicos com dependência parcial ou total e dificuldades de deambulação, em Recife e Região Metropolitana, por meio de visitas de médico e enfermeiro de acordo com a complexidade do paciente. **Objetivos:** Apresentar o perfil dos assistidos e os resultados de indicadores de saúde de janeiro a agosto de 2016. **Métodos:** O estudo quantitativo fundamentou-se na avaliação de atingimento dos indicadores de saúde: índice de internação hospitalar – 3%; incidência de óbitos no domicílio – 50%; prevalência de lesões cutâneas – 3%; taxa de hipertensão arterial controlada – 80%; de diabetes controlado – 75. **Resultados:** O Programa assistiu a 44 pacientes, 24% do sexo masculino, 76% do feminino, sendo 93,2% idosos. Observa-se o resultado acumulado: índice de internação de 3,51%, incidência de óbitos domiciliar de 50%, prevalência de lesões cutâneas de 0%, taxa de hipertensão arterial controlada de 80,16% e de diabetes de 79,94%. **Conclusões:** Observa-se que a população assistida era composta, principalmente, de idosos do sexo feminino e que houve atingimento de meta da maioria dos indicadores. Avaliamos que o acompanhamento eficaz oportuniza uma alternativa para redução do custeio assistencial, controle de complicações, assistência continuada com conforto, humanização e qualidade de vida em domicílio.

Palavras-chave: Domicílio; Indicadores; Cuidado; Perfil.

E-mail: indayannatp@camed.com.br

Projeto Idoso Bem Cuidado: utilização em um programa de gerenciamento de saúde

Autor: Santos, SNSA; Macedo, AM; Barreira, Filho RP.

Instituição: Caixa de Assistência dos Servidores Fazendários Estaduais (CAFAZ)

Introdução: O Projeto Idoso Bem Cuidado, sistematizado no ano de 2016, tem por finalidade o reconhecimento e o monitoramento dos idosos acima de 70 anos atendidos em uma caixa de autogestão. Os beneficiários são visitados pela equipe de enfermagem e psicologia para a aplicação da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). Após o teste, é definido o perfil com base na escala de dependência de Katz para AVDs, com classificação dos que apresentam dependência moderada e independência. O monitoramento desse público é realizado com base em visitas domiciliares, na ação Alô Cuidador, ambulatório de geriatria e grupo de convivência interdisciplinar. **Objetivos:** Reconhecer e monitorar os idosos com independência para AVDs e aferir os responsáveis pelos cuidados. **Metodologia:** O estudo quantitativo fundamentou-se em um levantamento realizado pela equipe de enfermagem do Programa de Gerenciamento em Saúde, com dados coletados em 126 prontuários e compilados por ligações ativas, correspondentes ao período de junho a setembro de 2016. **Resultados:** 68% dos beneficiários eram do sexo feminino; 72% tinham idade entre 80 e 89 anos, e 16%, idade superior a 90 anos; 44% eram casados; 5 % sofreram queda e 3% tiveram fratura no último ano. Em relação aos diagnósticos clínicos: 10% apresentavam artrose, 5%, depressão, 89%, HAS, e 85%, DM 1 e 2. **Conclusão:** O resultado sugere que a adequação ambiental reduz o risco de queda, sendo um importante fator para a qualidade de vida e independência dos idosos, bem como a educação em saúde e participação em grupos de convivência sobre as comorbidades preexistentes. Assim, o idoso desenvolve maior autonomia diante do processo de envelhecimento.

Palavras-chave: Enfermagem; Monitoramento; Idoso.

E-mail: alexsandramota@yahoo.com.br

A importância da visita domiciliar na promoção de saúde em idosos: relato de caso

Autores: Gaspar, CS; Macedo, AM; Santos, SNSA; Campos, DS.

Instituição: Caixa de Assistência dos Servidores Fazendários Estaduais (CAFAZ)

Introdução: A visita domiciliar a idosos tem por finalidade prestar assistência, detectar algum tipo de enfermidade, seja de origem física e/ou psicológica, para, posteriormente, encaminhá-los aos serviços adequados a partir do perfil apresentado de cada paciente. **Objetivo:** Identificar a demanda de saúde com intuito de promover os cuidados e as orientações em domicílio. **Metodologia:** Estudo de caso realizado pelos serviços de enfermagem e psicologia durante o ano de 2016. **Discussão:** Paciente do sexo feminino, 70 anos, viúva, reside com um filho e três netos. A visita foi realizada pela equipe interdisciplinar, quando identificou-se o perfil da paciente, a qual apresentava choro fácil, apatia, hipersonia e lapsos de memória. Além disso, apresentou hiperglicemia e hipertensão, bem como dificuldade de locomoção. Observou-se que os sintomas surgiram após o óbito de seu esposo e alguns conflitos familiares que podem ter influenciado no seu atual estado de saúde. **Conclusão:** Sugeriu-se visitas domiciliares de rotina, acompanhamento com terapia ocupacional, psicologia e psiquiatria para monitoramento do quadro depressivo. Além disso, foram orientados cuidados com relação à alimentação e prevenção de quedas. A paciente foi encaminhada para monitoramento no projeto Alô Cuidador, o qual tem suas ações voltadas para o público idoso. A visita da equipe proporcionou traçar estratégias com a família mais eficazes para a garantia dos cuidados no domicílio.

Palavras-chave: Idoso; Cuidado; Domicílio.

E-mail: alexsandramota@yahoo.com.br

Atendimentos realizados de janeiro a maio de 2015 em cuidados paliativos oncológicos na assistência domiciliar: interdisciplinaridade e territorialidade

Autores: Krieger, MV; Silva, VG; Sales, BR.

Instituição: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)

A Unidade de Cuidados Paliativos Oncológicos HCIV acolhe os usuários do SUS, encaminhados das demais unidades do Instituto Nacional de Câncer (INCA). São modalidades de atendimento da unidade a internação hospitalar, o ambulatório, o serviço de pronto atendimento (SPA) e a assistência domiciliar (AD). Os critérios de atendimento em AD incluem baixa capacidade funcional do paciente, idade avançada, comorbidades, entre outros. A organização do serviço conta com uma equipe administrativa, que realiza o agendamento das visitas, e uma equipe fixa de motoristas, que organiza e viabiliza as rotas de atendimento. A atuação de farmacêuticos(os) para a dispensação de materiais e medicamentos é também imprescindível para o suporte aos pacientes, familiares e toda equipe. Na assistência direta ao paciente e familiares, contamos com profissionais das categorias: medicina, enfermagem, psicologia, serviço social e fisioterapia. A AD INCA-HCIV atende a uma região ampla no Estado do Rio de Janeiro, compreendendo um raio de 80km a partir da localização da unidade. Os critérios de elegibilidade territorial incluem, ainda, a avaliação de área de risco e de acessibilidade das viaturas da AD. Apresentamos neste trabalho a relação de pacientes atendidos em cada área, no período de janeiro a maio de 2015, bem como o número total de atendimentos, considerando todas as categorias profissionais para o período. Foi atendido um total de 502 pacientes, dos quais 167 na região da Baixada, 78 em Niterói/São Gonçalo, 87 na Zona Oeste, 111 na Zona Norte, 36 na região de Jacarepaguá e 23 na Centro/Sul, perfazendo um total de 5.225 atendimentos no período.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Oncologia; Assistência domiciliar; Interdisciplinaridade.

E-mail: mkrieger@inca.gov.br

Experiência de implantação do SAD no município de Tatuí

Autor: Capuzzo, PMA.

Instituição: Prefeitura Municipal de Tatuí

O Programa de Assistência Domiciliar (PAD) da Prefeitura Municipal de Tatuí foi criado em 2009. Desde então, realizava assistência domiciliar a 362 pacientes, com um único veículo, tendo em média mensal: 50 visitas médicas, 50 atendimentos de fisioterapia, 10 atendimentos de nutricionista e 60 atendimentos de enfermagem para procedimentos e avaliações de inclusão ao serviço. Em abril de 2015, esse serviço foi adequado ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), segundo as diretrizes estabelecidas pelo Programa Melhor em Casa. A assistência foi organizada de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h, e nos finais de semana e feriados em regime de plantão. Os 312 pacientes foram classificados conforme as modalidades de atenção domiciliar, sendo 188 pacientes AD1, 68 pacientes AD2 e 56 pacientes AD3. O encaminhamento do paciente para avaliação de inclusão no programa é realizado pelo enfermeiro ou médico dos serviços de saúde do município ou por meio de contrarreferência de outros municípios. Formamos o SAD com uma EMAD TIPO 1 e uma EMAP, sendo realocados os funcionários já existentes de outros serviços de saúde do município. Passamos a realizar as visitas domiciliares com dois veículos, obtendo média mensal: 180 visitas médicas, 120 atendimentos de fisioterapia, 20 atendimentos de nutricionista, 40 atendimentos de psicóloga, 160 atendimentos de enfermagem para procedimentos e avaliações de inclusão. A Santa Casa de Misericórdia de Tatuí encaminha o familiar do paciente acamado até o SAD a fim de preparar o domicílio para receber o paciente. O SAD também é responsável pelo controle e fornecimento de oxigenoterapia domiciliar para todo o município. Estamos em fase de implantação dos grupos multidisciplinares: grupo terapêutico psicológico, orientação nutricional e orientações de cuidados ao paciente.

Palavra-chave: SAD; Implantação; Melhor em Casa.

E-mail: prisaitea@hotmail.com

Plano de intervenção aos pacientes acamados para continuidade da atenção domiciliária com a rede de saúde

Autor: Prado, MA.

Instituição: Secretaria Municipal da Saúde - Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Introdução: O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município de Ribeirão Preto foi implantado em 1996 na atenção básica. Em 2011, com o repasse de verbas pelo governo federal, houve a implantação das equipes exclusivas e ampliação do serviço com três equipes multiprofissionais e uma equipe de apoio. Portanto, com a implantação do Melhor em Casa, algumas das unidades pertencentes à rede de atenção à saúde entenderam como substituição do serviço existente. Na verdade, o que ocorria era a implementação do serviço aos pacientes com dependência total ou parcial sem autonomia de locomoção e do autocuidado, que precisavam de cuidados especiais desenvolvidos no domicílio. **Objetivo:** Este projeto de intervenção tem como objetivo facilitar o acesso dos pacientes acamados ou que possuem limitação para mobilidade e necessitam de cuidados, seja na atenção básica ou atenção especializada, garantindo o cuidado integral dentro das suas necessidades com articulação entre os pontos de atenção da rede de saúde. **Metodologia:** As estratégias utilizadas serão para manter a continuidade da atenção aos pacientes domiciliados, independente de sua modalidade de atenção. Isso se dará por meio de reuniões com as unidades pertencentes à EMAD2, divulgando o trabalho em rede e também realizando contatos, posteriormente, com os pacientes considerados de baixa complexidade encaminhados para as unidades de saúde e núcleos de saúde da família, para avaliação e discussão da equipe quanto à continuidade da assistência, aumento de vínculo dos pacientes AD1 e resolutividade das necessidades apresentadas. **Resultados esperados:** Por meio das intervenções deste projeto, espera-se que melhore a integração em rede, fazendo com que os pacientes da modalidade AD1 sejam atendidos de forma integral pelas equipes responsáveis.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Atenção básica; Integralidade; Sistema de assistência à saúde.

E-mail: miriaprado@ig.com.br

Estratificação do risco cardiovascular em pacientes assistidos no âmbito da atenção domiciliar

Autores: Noronha, IC; Gonçalves, MM; Junqueira, MAB.

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia

Introdução: As doenças crônicas não transmissíveis são a principal causa de mortalidade na maioria dos países. Entre elas, as doenças cardiovasculares representam os maiores percentuais. A atenção domiciliar possibilita a implementação de avaliações clínicas que possibilitam a identificação de fatores de risco e condições clínicas que potencializem os riscos de eventos cardiovasculares. **Objetivo:** Estratificar o risco de evento cardiovascular em dez anos de pacientes assistidos na atenção domiciliar, a partir do uso do Escore de Framingham. **Metodologia:** Estudo descritivo de recorte quantitativo, realizado por meio da análise de relatórios e questionários de acompanhamento multiprofissional de um projeto de implantação da atenção domiciliar nos moldes de AD1, em fase de avaliação, com 20 mulheres e 14 homens acamados e domiciliados de uma unidade de Estratégia Saúde da Família do município de Uberlândia/MG. **Resultados:** Desses pacientes, 58,8% apresentaram hipertensão arterial como comorbidade mais prevalente, 26,4% tinham diabetes mellitus e 89% relataram não ser tabagistas. Percebeu-se que 55% apresentaram risco baixo para evento cardiovascular, 21%, risco intermediário, e 24%, risco alto. Verificou-se ainda que, em relação ao risco alto, 57% eram homens, e 43%, mulheres. Para o risco intermediário, 71,5% eram mulheres, e 28,5%, homens. Em relação ao risco baixo, 60% eram homens, e 40%, mulheres. **Conclusão:** Embora a maioria dos pacientes tenha apresentado baixo risco para evento cardiovascular, deve-se considerar a prevalência de riscos intermediários e altos, pois representaram resultados significativos, reforçando a importância da implementação efetiva da AD1 em uma perspectiva de implementação de medidas de prevenção e promoção de saúde.

Palavras-chave: Doenças cardiovasculares; Atenção domiciliar; Fatores de risco.

E-mail: isabelnoronha@outlook.com

O domicílio como cenário de cuidados a associados de uma operadora de autogestão

Autores: Barreto, KHM; Ferreira, TKM; Cipriano, ACBM; Nascimento, LC; Sales, AO.

Instituição: Mútua dos Magistrados do Estado do Rio de Janeiro

Introdução: O território domiciliar significa muito mais do que um espaço físico quando se trata de cuidados em saúde. No domicílio, há a presença familiar, sensação de segurança e satisfação, menor exposição a infecções e outros riscos, promovendo qualidade de vida em saúde e bem-estar ao paciente e seus familiares. **Objetivo:** Verificar a sensibilização das famílias de cinco associados em internação domiciliar quanto aos cuidados em saúde dentro do próprio território. **Metodologia:** O estudo quanti-qualitativo fundamentou-se na análise estatística de dados colhidos por meio de um questionário contendo cinco perguntas relacionadas à assistência domiciliar e respondidas pelos familiares dos pacientes, que migraram da internação hospitalar para domiciliar no período de maio de 2015 a maio de 2016. **Resultados:** Verificou-se que quatro familiares (80%) estavam “satisfeitos” e um (20%) estava “muito satisfeito” com o atendimento ao paciente desenvolvido no domicílio e com a assistência prestada, pois o serviço atendeu às expectativas da família da mesma forma que no ambiente hospitalar. Dois familiares (40%) apontaram o critério “importante” na avaliação do ambiente domiciliar no cuidado ao paciente e três (60%) perceberam como “muito importante”. Quanto à proximidade do paciente aos familiares, três (60%) estavam “muito satisfeitos”, e dois (40%), “satisfeitos”, quando comparado à internação hospitalar. A nota atribuída à qualidade de vida do paciente proporcionada com a assistência domiciliar foi dez para dois familiares (40%) e oito para três familiares (60%). **Conclusão:** Os familiares estão satisfeitos com o tratamento no território domiciliar do paciente, considerando muito importante a proximidade e o atendimento, fatores que atenderam às suas expectativas.

Palavras-chave: Território domiciliar; Internação domiciliar; Qualidade de vida.

E-mail: luana@mutuadosmagistrados.com.br

Tempo de permanência do cateter central de inserção periférica na atenção domiciliar: um relato de experiência

Autores: Brito, GAC; Montagner, J.

Instituição: Unimed Campinas

Introdução: O cateter venoso central de inserção periférica, originado do termo em inglês *peripherally inserted central catheter (PICC)*, é definido como um dispositivo vascular de inserção periférica e localização central, que permite a infusão de soluções com extremos de pH e osmolaridade, drogas vesicantes e/ou irritantes e nutrição parenteral total. O PICC começou a ser utilizado em unidades de cuidados intensivos nos Estados Unidos entre 1960 e 1970, como uma opção segura e de baixo custo entre os dispositivos de inserção central. No Brasil, utiliza-se esse dispositivo há aproximadamente duas décadas. A Resolução nº 258/2001, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no artigo 1º, considera lícito ao enfermeiro a inserção do PICC, e complementa, no artigo 2º, que todo enfermeiro que desejar desempenhar essa atividade deverá submeter-se a um curso de qualificação devidamente regulamentado. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo descrever um relato de experiência relacionado ao tempo de permanência do cateter central de inserção periférica na atenção domiciliar. **Metodologia:** Estudo descritivo e retrospectivo relacionado às práticas de inserção e manutenção do PICC realizadas no serviço de assistência domiciliar da Unimed Campinas. **Conclusão:** É evidente a importância do conhecimento, por parte do enfermeiro e da equipe, sobre os mecanismos que envolvem a instalação e a manutenção desse dispositivo, a fim de possibilitar a prevenção e a detecção precoce de possíveis complicações e uma assistência segura. Torna-se imprescindível que, diante do novo perfil dos pacientes atendidos na atenção domiciliar, sejam adotadas formas mais abrangentes de aprendizagem, o que implica em programas de capacitação profissional capazes de referenciar a realidade de suas práticas.

Palavras-chave: Cateter central de inserção periférica; Capacitação; Conhecimento.

E-mail: gabrielab@unimedcampinas.com.br

Tratamento não medicamentoso para DPOC em cuidados paliativos

Autores: Stocco, VLT; Ciampo, FAD.

Instituição: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Introdução: O manejo da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) inclui não apenas a terapêutica medicamentosa, mas também a não medicamentosa, que, em conjunto, proporcionam impacto positivo na sintomatologia e na qualidade de vida, favorecendo muitos pacientes com doença grave, em cuidados paliativos, a realizar atividades do cotidiano, o que antes era improvável ou impossível que o fizessem. O tratamento não medicamentoso inclui: cessação do tabagismo, vacinação, fisioterapia/reabilitação pulmonar, oxigenoterapia, suporte ventilatório, tratamento cirúrgico. **Objetivo:** O objetivo do presente trabalho é apresentar o número/percentual de pacientes com DPOC com acesso a outro tratamento não medicamentoso, além da oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP), tal como vacinação e fisioterapia/reabilitação pulmonar. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal com portadores de DPOC oxigênio-dependentes, não acamados, sem doença neoplásica associada, assistidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) da cidade de Ribeirão Preto, utilizando dados obtidos por meio de planilhas do SAD pelo Sistema Hygia Web. **Resultados:** Dos 140 pacientes estudados, os resultados encontrados foram: vacinação para influenza = 131 (94%); para pneumococo = 96 (69%); fisioterapia/reabilitação pulmonar = 26 (19%). **Conclusões:** Embora a atividade física esteja indicada para a maioria dos pacientes com DPOC, pelos dados descritos, verifica-se que poucos foram inseridos nos programas de fisioterapia/reabilitação pulmonar, provavelmente devido à dificuldade de acesso ou indisponibilidade de tais serviços, além da negativa do próprio paciente em submeter-se a esses tratamentos. No entanto, o elevado número de pacientes vacinados para influenza e pneumococo relaciona-se, provavelmente, ao fato de essas vacinas serem amplamente divulgadas e fornecidas nas unidades de saúde.

Palavras-chave: DPOC; Cuidados paliativos; Assistência.

E-mail: fatimaciampo@uol.com.br

Risco de queda de idosos em internação domiciliar

Autores: Costa, J; Fonseca, FL; Confalonieri, RP; Pinheiro, L; Pires, ML.

Instituição: Grupo Geriatrics

Introdução: A queda é o mais sério e frequente acidente doméstico que ocorre com os idosos e a principal etiologia de morte acidental nos indivíduos acima de 65 anos. Avaliação do risco é intervenção essencial para prevenção. **Objetivo:** Identificar o risco de queda de idosos admitidos em internação domiciliar (ID) e verificar a associação com a idade. **Metodologia:** Estudo de corte transversal avaliou 86 idosos em ID admitidos de 1º de janeiro a 27 de setembro de 2016. **Dados admissão:** Sexo, idade, diagnóstico e nível de complexidade. Determina-se o risco de queda segundo a escala de Morse, que define risco ≥ 25 pontos. **Resultados:** 62,8% (54) dos idosos eram do sexo feminino e a média de idade foi de 83,4+9,0 anos (63 a 105 anos); quanto ao grau de complexidade, este foi classificado em baixa, média e alta para 34,9% (30), 23,2% (20) e 41,9% (36), respectivamente; as doenças neurológicas foram as mais prevalentes em 59,3% (51), seguida das oncológicas com 23,3% (20), clínicas com 15,1% (13) e ortopédicas com 2,3% (2); quanto ao risco de queda, 100% dos idosos em ID estavam em risco com média de pontos segundo Morse de 78,2+24,2 pontos: 84,9% (73) com alto risco e 15,1% (13) com baixo risco; considerando a estratificação pela idade, quanto maior a faixa etária, maior o risco de queda pela média de pontuação da escala de Morse: idosos de 60-69 anos = 76,1+22,8 pontos, 80-89 anos = 77,2+24,9 pontos e ≥ 90 anos = 81,9+24,8 pontos. **Conclusão:** Risco de queda é uma realidade para os idosos, o que os torna susceptíveis independente da presença de outros fatores de risco.

Palavras-chave: Risco de queda; Idoso; Internação domiciliar.

E-mail: julimcosta@yahoo.com.br

A atenção domiciliar seguindo sua transição no modelo de cuidado: relato de caso

Autores: Mello, CD; Pires, ML; Fonseca, FL; Confalonieri, RP; Pinheiro, L.

Instituição: Grupo Geriatrics

Introdução: C.P.B., 74 anos, hipertenso e história de infarto agudo do miocárdio. Em fevereiro de 2015, inter-nou em virtude de novo desfecho secundário, acidente vascular encefálico isquêmico. Durante a internação hospitalar, evoluiu para insuficiência respiratória aguda, tratou pneumonia, dialisou, fez hemorragia digestiva (gastrite erosiva) e adquiriu várias lesões por pressão (LP). Houve a necessidade de traqueostomia (TQT) e gastrostomia (GTT). Após sete meses, recebeu alta e foi admitido em internação domiciliar (ID) 24h segundo NEAD 47 pontos, com acompanhamento da equipe multiprofissional de atenção domiciliar. Lúcido, orientado, cânula shiley em macronebulização, pouco secretivo, alimentação via GTT com dieta enteral artesanal e múltiplas LP: sacra, calcâneo, tornozelo, dorso do pé e hálux. Segundo Braden, estava com risco moderado de desenvolvimento de LP (13 pontos). Objetivo: Descrever a transição do cuidado por meio de várias modalidades. Metodologia: Relato de caso obtido por intermédio de informações adquiridas em prontuário. Resultados: C.P.B. permaneceu em ID por 111 dias com os seguintes resultados: D14 decanulação; D29 retirada da GTT; D98 cicatrização de todas as LP, exceto sacra; D111 alta da ID; D112 migrou para programa de gerenciamento de pacientes crônicos para realização de curativo da LP sacra, visita médica e enfermagem mensal, follow up telefônico e atendimento de intercorrência (NEAD de 9 pontos); D168 familiar contratou programa Concierge Care com cuidador duas vezes por semana com objetivo de retorno às atividades de vida diária. Conclusão: É possível, com trabalho de equipe e processos sistematizados, realizar o desmame da ID e migração entre as modalidades do cuidado com qualidade, segurança e resultados positivos no ambiente domiciliar.

Palavras-chave: Transição do cuidado; Desmame; Atenção domiciliar.

E-mail: julimcosta@yahoo.com.br

Benefícios da intervenção da equipe multiprofissional na reabilitação do paciente com sequela motora

Autores: Heiderich, TM; Oliveira, D; Souza, AMS; Pereira, JF; Marques, CC; Folhe, A; Belaunde, C.

Instituição: APS Santa Marcelina - Secretaria Municipal de Saúde - PMSP

Introdução: Paciente J.A.S., 50 anos, solteiro, dependente químico desde 2013, foi encontrado inconsciente em agosto de 2013, diagnosticado com lesão axonal difusa pós-traumatismo cranioencefálico. Acompanhado pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar Jardim São Pedro desde agosto de 2014, acamado, contactuando, sequela motora de tetraparesia espástica, semidependente para trocas posturais, dependente para atividades de vida diária, transferências e locomoção. Após a avaliação física, apresentou bom prognóstico. No entanto, o relacionamento familiar estava fragilizado e paciente/cuidadores se mostravam resilientes ao tratamento e reabilitação motora. Objetivo: Relatar os benefícios da intervenção da equipe multiprofissional na reabilitação do paciente com sequela motora. Metodologia: A equipe de enfermagem e do serviço social iniciou um processo de sensibilização, com intuito de resgatar a história familiar e levantar propostas a partir da realidade existente. Foram necessárias a mediação de conflitos, a escuta qualificada, a sensibilização e a responsabilização. Uma das estratégias da equipe de reabilitação foi complementar o tratamento, encaminhando o paciente para uma clínica escola. Resultado: A cuidadora começou a incentivar e encorajar o paciente a iniciar a reabilitação. Paciente ficou mais motivado e entusiasmado a cada exercício e atividade aprendida. Além disso, aderiu o encaminhamento, fez novos amigos, ficou independente para trocas posturais, semidependente para transferências e independente para locomoção (cadeira de rodas). Conclusão: A equipe passou a considerar que não basta propor uma atividade com o intuito de o cuidador replicar aquilo que foi orientado. Muitas vezes, é necessário trazer a história do sujeito e de sua família como elementos norteadores, propor momentos de reflexão e instigar mudanças para empoderá-los e estimulá-los a assumir o protagonismo na retomada de seu projeto de vida.

Palavras-chave: Multiprofissional; Cuidado; Reabilitação.

E-mail: tatianym@gmail.com

Experiência exitosa na orientação de cuidadores com melhora do quadro clínico e autonomia do paciente

Autores: Heiderich, TM; Militão, F; Horita, L; Pereira, JF; Folhe, A; Belaunde, C.

Instituição: APS Santa Marcelina - Secretaria Municipal de Saúde - PMSP

Introdução: Paciente, L.C.B., 62 anos, acompanhado pela Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar Jardim Brasília em 2016, com diagnóstico de tromboembolismo, mielopatia, úlceras por pressão, hipertensão arterial e diabetes. Apresentava paresia de membros superiores e inferiores, dependência para atividades de vida diária, trocas posturais, transferências e locomoção. Os familiares e cuidadores não tinham conhecimento prévio quanto à administração de insulina, restrição dietética, cuidados com os curativos e necessidade de reabilitação motora. **Objetivo:** Relatar experiência exitosa na orientação de cuidadores com melhora do quadro clínico e autonomia do paciente. **Metodologia:** Os cuidadores foram orientados progressivamente sobre a necessidade de promover o controle nutricional e glicêmico, além de estimular a independência e autonomia do paciente. As responsabilidades foram divididas entre os profissionais da equipe: médico (acompanhamento clínico); enfermagem (orientação e supervisão dos curativos e monitoramento glicêmico); nutricionista (orientação da dieta hipossódica e hipoglicídica); fisioterapeuta e terapeuta ocupacional (orientação de exercícios e treinos funcionais). **Resultado:** Dia a dia a família foi aderindo às orientações. Como consequência, houve controle da glicemia e pressão arterial, melhora da mobilidade (independência para trocas posturais e transferências, semidependência para locomoção com auxílio de andador), da autonomia nas atividades de vida diária e da autoestima do paciente. **Conclusão:** Com este caso, a equipe percebeu a importância da construção do vínculo terapêutico com o paciente e familiares/cuidadores, da corresponsabilização e do protagonismo destes, do compartilhamento de experiências entre todos os envolvidos no processo de cuidado em saúde, da elaboração da rotina de cuidados, de modo a ensinar “fazendo junto”, e do respeito à realidade sociocultural da família.

Palavras-chave: Vínculo terapêutico; Orientação; Autonomia.

E-mail: tatianyms@gmail.com

Impactos do serviço de atenção domiciliar oncológico no desenvolvimento local

Autores: Procópio, LCR; Mazzi, RAP; Marques, HR; Sanches, C; Silva, JLS.

Instituição: Hospital de Câncer Alfredo Abrão

Introdução: O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de Campo Grande/MS, criado em agosto de 2014, conta com uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiro, médico, técnicos de enfermagem, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta e nutricionista. É um serviço pioneiro em cuidados domiciliares oncológicos, atuando dentro dos princípios dos cuidados paliativos. **Objetivo:** Descrever a forma com que o serviço influencia na melhora da qualidade de vida para seus pacientes e familiares no contexto local. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência sobre as influências do SAD oncológico no desenvolvimento local. **Resultados:** No primeiro contato com a unidade de cuidados paliativos, esclarecem-se dúvidas sobre o encaminhamento e o término do cuidado curativo, fornecem-se orientações formais sobre objetivos e funcionamento do SAD, informações sobre direitos do paciente e familiar, e entrega de cartilhas educativas de orientação. Os familiares e os cuidadores são convidados a participar do Programa, estruturado com reunião de acolhimento, treinamento “Cuide Bem do Seu Paciente”, reunião de acompanhantes com o serviço social e encontro com a psicologia. A equipe multiprofissional é organizada para o atendimento aos pacientes nas modalidades de consultas ambulatoriais e domiciliar, além de contar com apoio de um serviço de pronto atendimento próprio e de referência. Com o maior suporte ao paciente e aos familiares, foi observada uma diminuição no número de internações hospitalares, sendo o manejo clínico realizado no próprio ambiente domiciliar, evitando idas desnecessárias ao serviço e complicações. **Conclusão:** O serviço transforma a vida dos pacientes e cuidadores por meio do apoio da equipe multidisciplinar do SAD/NCP, mantendo essas pessoas ativas e produtivas, além de diminuir o custo com internações hospitalares.

Palavras-chave: Oncologia; Assistência domiciliar; Desenvolvimento local.

E-mail: laianeprocopio@hotmail.com

Reflexo da intervenção da equipe multiprofissional pós-acidente vascular encefálico (AVE): apoio familiar

Autores: Heiderich, TM; Marques, CC; Pereira, JF; Horita, L; Bugolin, F; Folhe, A; Belaunde, C.

Instituição: APS Santa Marcelina - Secretaria Municipal de Saúde PMSP

Introdução: Paciente V.A.P., 46 anos, casado, diagnosticado com AVE em 2008, permaneceu hospitalizado por mais de 30 dias, sendo realizada craniotomia parietal direita, apresentando osteomielite em calota craniana, com retirada de tecido e tentativa de prótese de titânio (com rejeição). Em 2014, apresentou uma crise convulsiva, seguida de parada respiratória, sendo realizada traqueostomia e sondagem nasointestinal. Em janeiro de 2015, foi feita cirurgia de gastrostomia e fechamento do estoma traqueal. A paciente permanecia, até então, com déficit na fala e sequelas motoras. Começou a receber atendimento da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar Jardim Brasília em dezembro de 2015. **Objetivo:** Relatar a importância da orientação multiprofissional na dinâmica familiar. **Metodologia:** Com a intervenção da equipe multiprofissional, a família recebeu ânimo e incentivo por meio de orientações específicas para reabilitação. Foram realizadas adaptações para comunicação alternativa, estímulos para funções cognitivas e para processos de atenção e percepção do próprio corpo, exercícios para equilíbrio corporal e encaminhamento para clínica escola de reabilitação. **Resultado:** A família compreendeu aspectos como: não superproteger e permitir a autonomia da paciente. Mesmo com gastrostomia, a família, sob orientação, passou a ofertar alimentos via oral na consistência pastosa para que a paciente tivesse o prazer do paladar. A paciente apresentou melhoras significativas na disartria, com presença de balbúcies durante a comunicação. Com a reabilitação motora, obteve melhora na consciência corporal e tornou-se mais ativa e independente para as atividades de vida diária. **Conclusão:** Para alcançar resultados positivos durante todo processo de reabilitação, a família deve ser colocada como agente corresponsável, com o empenho do próprio paciente e a intervenção da equipe multiprofissional.

Palavras-chave: Multiprofissional; Família; Desafios; Orientação.

E-mail: tatianym@gmail.com

Relato de caso: o papel do cuidador na recuperação de um paciente em assistência domiciliar

Autores: Fernandes, LS; Leite, LB; Seidl, M; Martinez, EE; Trigueiro, YR; Oliveira, RRB; Silva, DA.

Instituição: Serviço de Atendimento Domiciliar do Município da Estância Balneária de Praia Grande

Introdução: Na saúde, verifica-se uma cultura hospitalocêntrica, que acarreta limitações na aceitação da assistência domiciliar quanto à continuidade dos cuidados. **Objetivo:** Descrever a experiência do cuidador na assistência domiciliar. **Relato de caso:** Paciente A.B.C., 51 anos, branco, casado com L.R.C., protético, masculino, portador de diabetes mellitus tipo 02, em uso de glibenclamida duas vezes ao dia. Após explosão acidental, apresentou queimaduras de 2º grau em membros inferiores e mão esquerda. Internou-se em novembro de 2014 na Ala de Queimados da Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Santos (ISCMS), onde permaneceu por seis meses, e na enfermaria por mais seis meses, tendo alta hospitalar em 18 de agosto de 2015. Foi encaminhado ao Serviço de Atendimento Domiciliar do Município da Estância Balneária de Praia Grande (SAD-PG), onde iniciou o tratamento com curativos pela equipe e capacitação da cuidadora. No início, a cuidadora relatava medo e insegurança pela falta de estrutura e acesso aos materiais. Capacitada pelo SAD-PG, L.C.R. mostrou-se capaz de desempenhar seu papel como cuidadora mais confiante e sem inseguranças, sanando as dúvidas durante as visitas domiciliares semanais. As facilidades da assistência domiciliar proporcionam segurança aos cuidadores, pois eles têm acesso aos insumos, aos recursos tecnológicos e à equipe de saúde. Acredita-se, assim, que o cuidador se sentiria menos ameaçado diante dos possíveis sentimentos do cuidar no domicílio, representando para ambos, paciente e cuidador, mais liberdade, conforto e qualidade de vida. **Conclusão:** Este trabalho permitiu compreender a importância do cuidador na realização de um programa de atendimento domiciliar e na convalescença do enfermo.

Palavras-chave: Cuidador; Assistência; Domicílio.

E-mail: leandrosf.fernandes@gmail.com

Intervenção com o SOAP na recuperação do paciente

Autores: Trigueiro, YR; Seidl, M; Leite, LB; Martinez, EE; Fernandes, LS.

Instituição: Serviço de Atendimento Domiciliar do município da Estância Balneária de Praia Grande

Introdução: O método clínico SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação, Planejamento) é um sistema de registro que sistematiza, organiza e estimula o raciocínio clínico, sendo utilizado como plano de cuidados pela equipe multidisciplinar do SAD para detectar problemas, planejar intervenções e auxiliar na terapêutica. **Objetivo:** Mostrar o SOAP como ferramenta auxiliar no entendimento da experiência da pessoa com a doença, melhorando a qualidade da assistência domiciliar. **Relato de caso:** Paciente A.A.N., masculino, 75 anos, casado e aposentado, portador de hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) tipo 02 e cinco episódios prévios de acidente vascular cerebral (AVC) em tratamento medicamentoso regular. Em janeiro de 2016, durante a viagem a Poços de Caldas/MG, apresentou crises convulsivas, sendo levado ao pronto atendimento e, posteriormente, internado por 54 dias entre UTI e enfermaria. Recebeu alta hospitalar com sonda nasoesférica, traqueostomia em ar ambiente e úlcera de decúbito. Retornando ao seu município de origem, foi encaminhado e admitido no Serviço de Atendimento Domiciliar do município da Estância Balneária de Praia Grande (SAD-PG). Após avaliação da equipe multidisciplinar, foi elaborado o SOAP com a proposta de redução de danos e aplicado posteriormente, com prazo de 90 dias para solução dos problemas. No entanto, antes do prazo estipulado, o SOAP já havia sido concluído e o paciente recebeu alta do SAD sem traqueostomia, sonda nasoesférica e lesão epiteliada. **Conclusão:** Este estudo mostra que o SOAP bem planejado e aplicado reduz danos e complicações futuras ao paciente, trazendo impacto positivo na recuperação total do paciente.

Palavras-chave: SOAP; Recuperação; Domicílio.

E-mail: kallycce@hotmail.com

Comunicação visual para paciente portador de esclerose lateral amiotrófica

Autores: Tartarotti, AO; Lucas, PCC; Luiz, ITA; Ocana, BA; Oliveira, BA; Ziller, RP; Hashimoto, THF.

Instituição: Hospital Universitário - Universidade de São Paulo (HU-USP)

Esclerose lateral amiotrófica (ELA) é caracterizada pela fraqueza muscular secundária a um comprometimento dos neurônios motores. Pacientes com ELA não possuem prejuízos em suas capacidades mentais e psíquicas, mas as implicações nas formas de expressão da linguagem podem influenciar a “autoestima”. Sem comunicação, suas necessidades podem ser incompreendidas, e a tomada de decisão, dificultada, pois são incapazes de expressar desejos, pensamentos e sentimentos. Este relato de experiência objetiva descrever o trabalho desenvolvido por quatro grupos de residentes em enfermagem sobre a elaboração e implementação de um meio de comunicação visual para paciente com ELA em atendimento domiciliar. O primeiro grupo identificou a necessidade de estabelecer um meio de comunicação mais efetivo entre a paciente, seus familiares e equipe de saúde, visto que a forma de comunicação utilizada era deficitária. O segundo grupo criou um painel ilustrativo contendo figuras simples que representavam ações e sentimentos do cotidiano, como: banhar-se, comer, sentir dor, imagens de partes do corpo, foto dos familiares, imagens de dispositivos médicos etc. Os demais avaliaram a ação desenvolvida, que se demonstrou satisfatória para o estabelecimento de um meio de comunicação eficaz e de baixo custo. Esse recurso está relacionado diretamente ao cuidado integral à paciente, seja na interação entre família e profissionais da saúde, nas demandas clínicas, ou em necessidades pessoais, como a conversa e a expressão de sentimentos. Construir uma ferramenta de comunicação para paciente portadora de ELA, não alfabetizada e de baixa renda foi desafiador. Enquanto residentes, aprendemos que não é preciso muita tecnologia ou dinheiro para proporcionar cuidados específicos e o quanto a enfermagem pode intervir de maneira positiva no cuidado individualizado, proporcionando qualidade na assistência e de vida no atendimento domiciliar.

Palavras-chave: Esclerose lateral amiotrófica; Comunicação não verbal; Serviços de assistência domiciliar.

E-mail: ariane.ot@gmail.com

Adaptação à válvula fonatória em uma paciente com mucopolissacaridose: uma prática interdisciplinar

Autores: Santos, VTR; Uzeda, MP.

Instituição: Homebaby

Este estudo discute a importância do trabalho em equipe no AD. A Consulta Conjunta, como o nome indica, reúne, na mesma cena, profissionais de diferentes categorias, o paciente e, se necessário, sua família. G.C.M., sexo feminino, 16 anos, traqueostomizada e dependente de ventilação mecânica contínua, portadora de tetraplegia, com diagnóstico de mucopolissacaridose. Desenvolvimento cognitivo preservado, lê e conversa normalmente, porém com fala não audível. Foi indicada a válvula fonatória Passy Muir PMV007 com o objetivo de permitir comunicação oral, melhorando a qualidade de vida. Equipe decide realizar uma consulta conjunta para melhor adaptação da paciente. É requisitado o acompanhamento da fonoaudióloga e da psicóloga nessa atuação. Paciente apresentava-se ansiosa, mas ambos os membros da equipe acalmaram-na. A fonoaudióloga, a todo momento, dava-lhe explicações sobre como a válvula passaria a agir sobre seu organismo. A psicóloga, por sua vez, encorajava-a e ajudava-a a transpor as barreiras da angústia. Objetivos: Demonstrar a importância do trabalho em equipe no AD. Resultado: A interdisciplinaridade de uma equipe de saúde favorece a compreensão multifatorial da doença, permitindo intervenções de caráter global. Ao serem requisitadas a esse atendimento, tanto a fonoaudióloga quanto a psicóloga permitiram-se compartilhar saberes, favorecendo, assim, a confiança e a tranquilidade da paciente à sua nova realidade. Conclusão: A paciente, ao ver-se amparada técnica e psicologicamente por ambos os membros da equipe, permitiu-se, aos poucos, ambientar-se ao novo recurso, confiando na intervenção, tendo sucesso na adaptação. Nessa perspectiva, em se tratando de AD, devemos investir em uma equipe que tenha por ideal construir articulações que tragam reflexos sobre o cuidado aos pacientes pelos quais são responsáveis.

Palavras-chave: Válvula fonatória; Trabalho em equipe; Consulta conjunta; Interdisciplinaridade.

E-mail: vanessatravassos@gmail.com

Resistência do cuidador diante da educação em saúde

Autores: Martinez, EE; Seidl, M; Oliveira, RRB; Leite, LB; Silva, DA; Fernandes, LS; Trigueiro, YR.

Instituição: Serviço de Atendimento Domiciliar do município da Estância Balneária de Praia Grande

Introdução: A atenção domiciliar tem como intuito identificar, ensinar e capacitar familiares e cuidadores para assistirem aos pacientes de forma humana e integral. Enfrentando como empecilho a resistência destes, é necessário manter a educação permanente em saúde e a persistência com eles, de forma a vencer obstáculos, tais como a não invasão do espaço dos pacientes e cuidadores, assim como a adaptação da cultura deles para a nova realidade. Objetivo: Buscar o bem-estar do paciente, proporcionando-lhe qualidade de vida a partir da detecção dos problemas e tentativa de solucioná-los com a família e cuidadores, mantendo o respeito e a privacidade de ambos, orientando e sanando as dúvidas e medos. Relato de caso: B.W.P., 40 anos, homem, epilético, sequelado de AVC há quatro anos, acamado restrito, com internação hospitalar prolongada por pneumonia, readmitido no SAD ao retornar ao domicílio com múltiplas úlceras de decúbito. A equipe identificou no ato de cuidar e no próprio domicílio vários fatores de risco, como cuidados precários de higiene e moradia, que poderiam acarretar em nova internação hospitalar. Ao ser informada das mudanças necessárias, a cuidadora se demonstrou, inicialmente, apreensiva e pouco colaborativa. Entretanto, após meses de persistência na orientação e capacitação contínua, a cuidadora passou a mudar sua forma de pensar, aceitando e seguindo as orientações fornecidas, de forma que as lesões evoluíram satisfatoriamente. Conclusão: Após a equipe persistir na conscientização do ato de cuidar, com educação e capacitação da cuidadora, esta se tornou cooperativa, acarretando melhora na qualidade de vida e quadro clínico do paciente.

Palavras-chave: Cuidadora; Acolhimento; Educação.

E-mail: dossantosespinosa@bol.com.br

O controle glicêmico na evolução de uma ferida

Autores: Leite, LB; Trigueiro, YR; Martinez, EE; Seidl, M; Fernandes, LS; Silva, DA; Oliveira, RRB.

Instituição: Serviço de Atendimento Domiciliar do município da Estância Balneária de Praia Grande

Introdução: Qualquer comorbidade associada a uma ferida infectada de um membro amputado pode atrapalhar sua cura. Uma doença como a diabetes mellitus (DM) tipo 02 descompensada pode resultar em um impacto negativo nessa evolução, trazendo um comprometimento importante na saúde do paciente. **Objetivo:** Demonstrar que a DM tipo 02 controlada tem um impacto positivo na cicatrização de feridas. **Relato de caso:** Paciente S.B.G.N., 62 anos, branca, do lar, casada com A.R.N., portadora de obesidade (IMC 30) e DM tipo 02 há dez anos em tratamento irregular com metformina 850mg duas vezes ao dia, apresentando glicemias de jejum médias de 150mg/dL. Em maio de 2016, apresentou obstrução arterial aguda, sendo realizada a amputação do membro inferior esquerdo. Após alta hospitalar, foi admitida no Serviço de Atendimento Domiciliar do município da Estância Balneária de Praia Grande (SAD-PG) devido à lesão infectada em membro amputado. Seu esposo, e também cuidador, foi devidamente capacitado, atuando na realização de curativos e no tratamento da comorbidade (dieta e medicação), já que a paciente estava impossibilitada de realizar atividades físicas. Assim, a paciente perdeu 15kg (IMC 24) desde sua admissão hospitalar até o presente momento, com índices glicêmicos de jejum menores – 100mg/dL – e com evolução satisfatória da lesão. **Conclusão:** A DM tipo 02 compensada, assim como qualquer outra comorbidade, facilita evolução positiva da lesão, encurtando o período de tratamento, trazendo maiores benefícios e menores complicações ao paciente.

Palavras-chave: Cuidador; Amputação; Comorbidade.

E-mail: luleite74@gmail.com

A doença psiquiátrica na atenção domiciliar

Autores: Silva, DA; Oliveira, RRB; Martinez, EE; Seidl, M; Trigueiro, YR; Leite, LB; Fernandes, LS.

Instituição: Serviço de Atendimento Domiciliar do município da Estância Balneária de Praia Grande

Introdução: As visitas domiciliares constituem um instrumento facilitador na abordagem do usuário e sua família, pois promovem momentos para a realização de atendimento assistencial e educativo, tanto para o paciente como para a família. Isso não poderia deixar de acontecer também em casos de transtorno mental, ainda mais quando envolve uma úlcera por pressão (UPP). **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi descrever a abordagem no caso de um paciente psiquiátrico com UPP. **Relato de caso:** Paciente F.F.S., 44 anos, masculino, solteiro, negro, professor, reside com os pais em domicílio, esteve internado na Psiquiatria do Hospital Municipal Irmã Dulce (HMID) por seis meses devido ao quadro de transtorno mental não especificado, onde também adquiriu UPP. Ao receber alta hospitalar, foi para o domicílio sem orientações adequadas sobre a ferida e com agitação psicomotora. Ao ser admitido no Serviço de Atendimento Domiciliar do município da Estância Balneária de Praia Grande (SAD-PG), a equipe pôde averiguar a dinâmica familiar intervindo nos cuidados psiquiátricos, como medicação e na realização do curativo. Após um mês de intervenção, o paciente mostrou-se controlado, sem sinais ou sintomas psiquiátricos e com boa evolução da ferida até sua completa epiteliação. Durante o tratamento, foi solicitada retaguarda da saúde mental para auxílio no manejo da doença psiquiátrica. **Conclusão:** Alguns casos de melhora em saúde mental só ocorrem quando acontece um vínculo entre família, paciente e equipe, criando-se uma responsabilidade para o tratamento.

Palavras-chave: Transtorno mental; Cuidador; Domicílio.

E-mail: luleite74@gmail.com

Impactos subjetivos diante da perda de um filho sadio

Autor: Santos, VTR.

Instituição: Homebaby/RJ

Introdução: A chegada de um filho, seja ele desejado ou não, provoca uma reviravolta, quer na vida de uma família, de um casal ou de sua progenitora. Quando esse filho passa a necessitar de cuidados na AD, há um marco na vida de todos os envolvidos, pois algo modifica o rumo da trajetória. Em se tratando de um filho, pode acarretar inúmeros adoecimentos psíquicos. Conceitos como angústia, culpa, trauma, luto pelo projeto do que viria a ser, dor, depressão, passam a permear as relações e, muitas vezes, a dominar por completo a existência do sujeito. O trabalho psicológico irrompe-se nessa fenda, propondo um acolhimento a esse sujeito adoecido pela perda do filho sadio. **Objetivos:** Este estudo tem como objetivo identificar os tipos de reações dos familiares diante da necessidade de um AD e as demandas psicológicas advindas desses atendimentos que devem ser prestados pela equipe multidisciplinar aos familiares e cuidadores. **Metodologia:** Estudo qualitativo de natureza empírica com base nos dados colhidos das visitas pela psicologia em 50 residências do Homebaby. **Resultados:** 76% das crianças tinham como cuidador principal as mães; 93% das mães sinalizaram que ficaram angustiadas com o diagnóstico ou prognóstico recebido por seu filho; 62% das mães verbalizaram, em algum momento das consultas, o sentimento de culpa; 47% apontaram que vivenciaram o trauma; 10% demonstraram ainda vivenciar o luto; 84% sentiram dor em alguma etapa desde o acontecimento que acarretou o adoecimento até os dias atuais; 15% apresentaram ou apresentam quadro sugestivo de depressão. **Conclusão:** Ao se depararem com filhos em necessidade de um AD, os cuidadores revelam-se em uma desorganização psicoemocional, sugerindo a necessidade real de um acompanhamento psicológico que propicie possibilidades de ressignificação.

Palavras-chave: Culpa; Luto; Trauma; Depressão; Ressignificação.

E-mail: vanessatravassos@gmail.com

Análise de indicadores do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso do município do Rio de Janeiro - 2013 a 2015

Autores: Ferreira, AR; Abreu, GP; Marano, GCL; Reis, ICF; Ferreira, MGS; Mello, ALR.

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ)

O Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI) atende ao munícipe do Rio de Janeiro, prioritariamente acima de 60 anos, mas sem restrição de faixa etária, portador de patologias de complexidade que permita o atendimento domiciliar, com dois focos de atuação: a desospitalização e a atenção domiciliar. Foram analisados os dados referentes às admissões e altas dos pacientes atendidos no período de 2013 a 2015. A captação ocorre por meio de busca ativa em hospitais ou encaminhamento via sistema de regulação (SISREG), principalmente a partir da atenção primária. Do total de admissões no período, 60% corresponderam a desospitalizações por intermédio de busca ativa, sendo 80% delas no hospital base e o restante nas coordenações de emergências regionais, que funcionam em grandes hospitais de emergência, absorvendo os casos de menor complexidade. Em relação às altas, foram analisadas a taxa de alta total e as saídas por óbito, reinternação e recuperação, uma vez que os demais motivos de saída apresentaram valores insignificantes. Ao longo do período, as altas por recuperação representaram cerca de 50% do total. As saídas por óbito corresponderam a 1,55%, e as reinternações, 3,43%. Conclui-se que a atenção domiciliar é uma modalidade de assistência relevante para a recuperação desses indivíduos, devendo estar integrada a toda a rede de saúde.

Palavras-chave: Atenção domiciliar; Indicadores; Desospitalização.

E-mail: andrea.rocha.smsdc@uol.com.br

Análise do perfil e da condição bucal do paciente domiciliar

Autores: Lavádera, GL; Bassan, LT; Carrillo, CM; Peres, MPSM; Franco, JB.

Instituição: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Introdução: A assistência domiciliar é definida como um conjunto de medidas desenvolvidas para uma estratégia assistencial de saúde, com objetivo preventivo, curativo e/ou paliativo, apresentando abordagem interdisciplinar. É de grande relevância para a desospitalização, redução de custos hospitalares, reinserção social e familiar, assim como na promoção de qualidade de vida ao paciente. **Metodologia:** Estudo retrospectivo de 94 prontuários odontológicos de pacientes assistidos pela Divisão de Odontologia do ICHC-FMUSP, inserida no Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI), do período de maio de 2014 a dezembro de 2015, com o objetivo de determinar o perfil e a condição bucal dos pacientes, bem como os procedimentos odontológicos realizados em domicílio. **Resultados:** Predominância do sexo feminino (60,64%), com média de idade de 81,11 anos; 49,01% dos pacientes apresentavam patologias neurológicas; 77,05% tinham o diagnóstico de doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia ou diabetes mellitus. Em relação à condição bucal, foi detectado o índice CPOD médio de 22,59, o qual é considerado alto, justificando o paradigma de extração de dentes não hígidos, em vez do tratamento para a manutenção e preservação do dente. As queixas odontológicas mais frequentes foram relacionadas à desadaptação das próteses dentárias, boca seca e dificuldade de higiene bucal. Foram realizados 70 procedimentos dentários, como raspagem corono-radicular, exodontias, reembasamento de prótese dentária e restaurações. **Conclusão:** O acesso à assistência odontológica domiciliar proporciona remoção de focos bucais ou resolução da queixa odontológica, proporcionando conforto e menor estresse ao paciente que necessita desse tipo de assistência, assim como o treinamento e orientação do cuidador sobre higiene bucal, o que é fundamental para controle das infecções bucais, conforto bucal e qualidade de vida.

Palavras-chave: Odontologia; Assistência domiciliar; Saúde bucal; Qualidade de vida.

E-mail: gi.lubrano@hotmail.com

O perfil dos pacientes em internação domiciliar que fizeram uso de antibiótico endovenoso para tratamento de infecção do trato respiratório e que utilizaram ventilação invasiva

Autores: Dorneles, MSV; Giacian, DF.

Instituição: Vidalar - Assistência Domiciliar em Saúde

Introdução: Os pacientes em internação domiciliar que utilizam ventilação invasiva (VI) apresentam maior risco de infecção do trato respiratório. O principal objetivo da VI é manter de forma adequada a função do sistema respiratório, possibilitando a troca gasosa de forma eficaz. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a pneumonia é a causadora de 1,6 milhão de mortes de pessoas ao ano no mundo. **Objetivo:** Identificar o perfil dos pacientes atendidos em internação domiciliar em VI que apresentaram infecção do trato respiratório e fizeram o uso de antibiótico endovenoso. **Metodologia:** O estudo quantitativo realizado foi fundamentado em dados coletados no prontuário eletrônico da Vidalar, no período de um ano, de junho de 2015 a maio de 2016. **Resultados:** No período de um ano, foram atendidos 530 pacientes em internação domiciliar, dos quais 45 fizeram uso de antibiótico endovenoso para tratamento de infecção do trato respiratório. Desse total de 45 pacientes, 53% utilizavam também VI, sendo 38% do sexo feminino e 62% do sexo masculino, com 20% dos pacientes com idade acima de 80 anos. Das patologias de base, destacamos em maior incidência na internação domiciliar as doenças neurológicas, com 44% do total de pacientes atendidos. **Conclusão:** Observou-se que a ventilação invasiva é um fator importante para a infecção do trato respiratório em pacientes atendidos em internação domiciliar, revelando ser considerável fator de incidência da infecção por pneumonia. Os maiores acometidos são aqueles que têm patologias associadas às disfunções decorrentes do sistema neurológico e outras comorbidades, mulheres e com idade acima de 80 anos.

Palavras-chave: Domiciliar; Ventilação; Invasiva; Infecção.

E-mail: msvado@gmail.com

Atenção domiciliar com ênfase em saúde bucal: comparativo entre níveis de atenção AD1 e AD2

Autores: Gonçalves, EFR; Gontijo, LPT; Santos, MB; Silva, ES.

Instituição: Área de Concentração em Saúde Coletiva da Residência Multiprofissional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED/UFU)

Introdução: A mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população impacta na reorganização do processo de trabalho em saúde. A atenção domiciliar revela-se importante estratégia para operacionalização do processo de cuidar e se organiza em três dimensões do cuidado, AD1, AD2 e AD3, conforme a complexidade dos pacientes. **Objetivo:** Comparar condições bucais de pacientes em dois níveis de atenção domiciliar – AD1 e AD2 – do município Uberlândia/MG. **Metodologia:** Confrontaram-se os resultados, de âmbito municipal, de estudo realizado com 49 pacientes idosos cadastrados no Serviço de Atenção Domiciliar (AD2) com os resultados parciais de um programa de atenção domiciliar, na modalidade AD1, com 36 pacientes adscritos a unidade de Estratégia de Saúde da Família. **Resultados:** No contexto AD1, observou-se CPO-D médio 24,9, enquanto, no serviço AD2, o CPO-D médio apresentou-se maior, 28,8. Quanto ao uso de próteses, verificou-se que a maioria não utiliza, 50% em AD1 e 82% em AD2. Contudo, observou-se a necessidade de utilização de próteses em 72% dos casos em AD1. Em contraposição, 82% dos pacientes AD2 não têm condições elegíveis para uso. **Conclusão:** Verificou-se maiores semelhanças que divergências no perfil clínico dos pacientes, fato explicado pela faixa etária similar em um contexto de necessidades odontológicas acumuladas, em oposição ao escasso acesso à atenção odontológica na rede do SUS. As diferenças verificam-se, principalmente, no uso e necessidade de próteses, uma vez que há maior indicação de utilização de próteses dentárias em pacientes AD1 com menor complexidade de saúde geral devido à lucidez e características clínicas. O estudo reforça a importância da implementação efetiva da AD1 integrada e articulada à AD2.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Saúde bucal; Níveis de atenção.

E-mail: eduarda.franco11@hotmail.com

Protocolos do cuidado em saúde bucal na atenção domiciliar

Autores: Gonçalves, EFR; Gontijo, LPT; Silva, ES; Carvalho, TLF; Borges, LH; Silva, ÉCL; Nascimento Neto, LH.

Instituição: Área de Concentração em Saúde Coletiva da Residência Multiprofissional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED/UFU)

Introdução: A prática da atenção domiciliar (AD) prevê uma reorganização do processo de trabalho pela equipe de saúde, necessitando suscitar discussões acerca de abordagens adequadas à família e ao paciente. Para efetivação do cuidado multidisciplinar, a inserção do cirurgião-dentista é fundamental com vistas à promoção, prevenção, proteção e reabilitação oral. A AD modalidade 1 (AD1), preconizada pela Portaria nº 825/2016, é prestada a pacientes que necessitam de menor frequência e menor necessidade de intervenções multiprofissionais, sendo de responsabilidade das equipes de atenção básica. **Objetivo:** Elaborar protocolos do processo de trabalho, do cuidado e de higienização em saúde bucal no contexto domiciliar modalidade AD1. **Metodologia:** Os protocolos resultam de uma pesquisa quantitativa que construiu o perfil epidemiológico de idosos semi e dependentes e de seus cuidadores do Serviço de Atenção Domiciliar do Município de Uberlândia/MG. Associado a isso, realizou-se uma revisão integrativa de literatura que identificou, comparou e indicou as orientações mais adequadas versando sobre a higienização bucal, aplicadas ao cuidado na AD. Em adição, adaptaram-se os protocolos em um contexto de AD1. **Resultados:** Construíram-se protocolos que direcionam o trabalho do cirurgião-dentista, da equipe odontológica e dos cuidadores em âmbito domiciliar, com ênfase nas orientações do cuidado das condições bucais prevalentes nesse contexto. **Conclusão:** A sistematização da saúde bucal com a estratégia da AD na modalidade AD1, de responsabilidade da atenção primária, fundamentada em métodos práticos, cientificamente evidentes, apontou para definição de protocolos de fácil adoção pelos profissionais, pacientes ou seus cuidadores/famílias na comunidade.

Palavras-chave: Saúde bucal; Assistência domiciliar; Protocolos.

E-mail: eduarda.franco11@hotmail.com

Perfil dos clientes que utilizaram antibiótico endovenoso em internação domiciliar (ID) para tratamento de infecção do trato urinário (ITU) e pneumonia (PNM) no período de um ano

Autores: Dorneles, MSV; Giacian, DF.

Instituição: Vidalar – Assistência Domiciliar em Saúde

Introdução: O crescimento da utilização dos serviços de ID traz consigo questões importantes, como o manejo das infecções exacerbadas em domicílio que tem como coadjuvante o uso de dispositivos invasivos em ambiente domiciliar, colaborando com a vinda de clientes colonizados por germes multirresistentes adquiridos intra-hospitalar. O controle das infecções na ID é desafiadora, pois a literatura sobre o assunto é escassa e sem muitas referências disponíveis. **Objetivo:** Descrever o perfil dos clientes que utilizaram antibiótico endovenoso em um período de um ano na ID para tratar PNM ou ITU. **Metodologia:** Realizada a coleta de dados no prontuário eletrônico, referente ao período de junho de 2015 a maio de 2016, com os clientes da empresa Vidalar em ID. Foram pontuados clientes que tiveram uma prescrição médica de antibiótico endovenoso. Excluíram-se os clientes que saíram da unidade hospitalar em uso de ATB endovenoso. **Resultados:** Foram atendidos 530 pacientes no período, dos quais 13,5% (72) utilizaram terapia endovenosa para PNM ou ITU. Destes 72 clientes, 62,5% apresentavam PNM e 37,5% tinham ITU. Houve prevalência do sexo masculino, com 51%. Evidenciou-se o maior número na faixa etária acima de 80 anos, em um total de 40,5%. Verificou-se também a maior incidência nas patologias neurológicas, com 83,3%, comparado às outras causas. **Conclusão:** Após análise dos dados, verificou-se a prevalência do uso de ATB endovenoso no sexo masculino, em clientes acima de 80 anos, com doenças neurológicas no universo de pacientes com PNM e ITU.

Palavras-chave: Infecção; Antibioticoterapia; Domiciliar.

E-mail: msvado@gmail.com

Rede viva do trabalho em saúde na atenção domiciliar

Autores: Neta, FCCG; Sena, RR; Braga, PP; Silva, YC; Barcelos, BJ.

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução: Apesar dos avanços na área da produção do cuidado, o paradigma do modelo médico hegemônico revela uma assistência prescritiva, refletindo em um processo de trabalho tecnologicamente orientado pelo trabalho morto, diminuindo a potencialidade inventiva e criativa do trabalho vivo em ato. **Objetivo:** Identificar como acontece o trabalho em saúde na atenção domiciliar. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa ancorada no referencial da cartografia. Definiu-se como ferramenta analisadora uma equipe-guia pertencente a um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em Betim/MG. **Resultados:** Os resultados advêm da pesquisa de mestrado intitulada “Tecnologias educacionais na micropolítica do trabalho vivo em ato na atenção domiciliar”. Ao cartografar os movimentos da equipe-guia, revela-se que, no encontro trabalhador-usuário, emerge um formato da produção do cuidado centrado no usuário, cuidador e/ou familiar. Os profissionais, apesar da lógica normativa, (re)criam o modo de fazer o cuidado em saúde. Das principais atividades desenvolvidas, destacam-se: avaliação/admissão *in loco* em Unidade de Pronto Atendimento (UPA), hospitais e domicílio, articulação com a atenção básica, fortalecendo a continuidade do cuidado nesse nível de atenção e nos outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Conclusão:** A cartografia permite mapear as produções e as conexões estabelecidas no território da atenção domiciliar. Nesse exercício de pensamento, conclui-se que há produção do cuidado centrado no trabalho vivo em ato, ao revelar novas possibilidades de olhar a produção do cuidado em sua subjetividade.

Palavras-chave: Trabalho em saúde; Serviço de atenção domiciliar; Assistência domiciliar.

E-mail: franciscaneta20@hotmail.com

Cuidados domiciliares com gastrostomias: educação em saúde do enfermeiro

Autores: Santos, SNSA; Macêdo, AM; Augusto, VG; Moreira, MP; Feijao, FTP; Pereira, MA.

Instituição: Caixa de Assistência dos Servidores Estaduais do Ceará

Introdução: A alimentação enteral surge como alternativa para a nutrição adequada em idosos. Dentro do ambiente domiciliar, o acompanhamento de enfermagem para promoção aos cuidados necessários é de suma importância para o bem-estar dos pacientes. **Objetivo:** Monitorar pacientes em uso de sondas para alimentação (gastrostomia e nasoenteral) com ênfase em cuidados de enfermagem. **Metodologia:** Relato de experiência das atividades de educação em saúde realizadas com 21 idosos atendidos no Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) de uma operadora de saúde com modelo de autogestão, no município de Fortaleza/CE, durante os meses de janeiro a julho de 2016. **Resultados:** Os 21 beneficiários atendidos pela operadora utilizavam sonda para gastrostomia. Realizou-se visita domiciliar de enfermagem com utilização de questionário semiestruturado com abordagem de temas como: cuidados na alimentação, cuidados com estoma, rotina de limpeza diária, higiene oral e aspectos gerais. Dos pacientes acompanhados, 19% apresentaram granuloma e foram acompanhados com estomaterapeuta, 9% realizaram troca de sonda GTT. Não houve internamentos motivados por infecção de óstio ou aspiração de dieta enteral. **Conclusão:** Sugeriu-se que as visitas de enfermagem fossem realizadas a cada dois meses para acompanhamento das condições do paciente e entendimento da família com a nova condição, bem como um amplo diálogo com a equipe de estomoterapia, a fim de manter educação continuada e excelência no cuidado, otimizando os cuidados domiciliares e reduzindo custos assistenciais com internamentos.

Palavras-chave: Enfermagem; Cuidado; Idoso.

E-mail: suzianearruda1@gmail.com

O cuidado sistematizado da enfermagem no âmbito da atenção domiciliar

Autores: Noronha, IC; Gonçalves, MM; Junqueira, MAB.

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia

Introdução: A atenção domiciliar é atividade inerente ao processo de trabalho das equipes de atenção básica. Dessa maneira, os profissionais de enfermagem devem atuar no contexto da sistematização da assistência de enfermagem, conforme disposto na resolução COFEN nº 0464/2014. **Objetivo:** Realizar mapeamento dos diagnósticos de enfermagem, segundo taxonomia NANDA, de pacientes assistidos nos atendimentos domiciliares. **Metodologia:** Estudo descritivo de recorte quantitativo fundamentado no levantamento de dados, por meio da análise de relatórios e questionários de acompanhamento multiprofissional de um projeto de implantação da atenção domiciliar nos moldes de AD1, em fase de avaliação, de 36 pacientes de uma Unidade de Estratégia Saúde da Família do município de Uberlândia/MG. **Resultados:** Desses pacientes, 60% eram do sexo feminino, e 40%, do sexo masculino. Além disso, 71% eram domiciliados, e 29%, acamados. Em relação ao risco de úlcera por pressão, 41% apresentaram risco brando, 31%, severo, e 28%, moderado. A incapacidade funcional avaliada evidenciou 46% com incapacidade severa, 3% grave, 14% moderada e 37% leve. Na avaliação de condição bucal, verificou-se CPO-D médio de 24,9. Os diagnósticos de enfermagem considerados mais prevalentes foram: dentição prejudicada (88,8%), risco de queda (77,7%), risco de integridade da pele prejudicada (68,4%) e déficit no autocuidado para banho (66,6%). **Conclusão:** Diante do mapeamento realizado, os diagnósticos de maior prevalência suscitam a necessidade de elaboração de uma cartilha informativa sobre os principais cuidados necessários, avançando de tal forma no planejamento e implementação de cuidados fundamentados nas necessidades humanas básicas propostas por Wanda Horta, utilizando tecnologias de alta complexidade e baixa densidade.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Assistência de enfermagem; Diagnósticos de enfermagem.

E-mail: isabelnoronha@outlook.com

O auxiliar administrativo como peça fundamental na equipe multiprofissional para o telemonitoramento de pacientes no serviço de atendimento domiciliar da Unimed Rio Verde/GO: relato de experiência

Autores: Meyer, F; Passari, DA; Godoy, ACGN; Potrich, GAB.

Instituição: Unimed Rio Verde

Introdução: A Unimed Lar é um programa de acompanhamento domiciliar realizado por uma equipe multiprofissional da Unimed Rio Verde, fundada em julho de 1999, inicialmente com apenas uma enfermeira. Após sete anos de funcionamento, visa acompanhar as tendências de mercado e a excelência na prestação de serviços de saúde. Ela foi considerada por consultores uma ferramenta essencial para o relacionamento com o cliente e, sob orientações, passou por reestruturação com contratação de médico coordenador, enfermeira, psicóloga, fisioterapeuta e motorista, além da criação de regimento interno, logomarca, uniformes, informatização do programa, aquisição de novos equipamentos, criação de manuais ao cliente e divulgação para os cooperados. **Objetivo:** Relatar a experiência da equipe de fisioterapia do setor de assistência domiciliar com o monitoramento feito por profissional administrativo com o paciente/cuidador/familiar, acelerando e facilitando a tomada de decisões nas intercorrências. **Resultados:** Com a inclusão do telemonitoramento pelo auxiliar administrativo, foi possível antecipar as informações sobre quadro clínico, possibilitando a intervenção diante das alterações e evitando internações desnecessárias, otimizando a logística, o desgaste de tempo e o deslocamento desnecessário. **Conclusão:** Com o telemonitoramento por meio da demanda espontânea e, principalmente, da busca ativa de informações ao serviço do auxiliar administrativo – profissional leigo para assuntos de saúde –, após treinamento e orientações, facilitou o trabalho dos profissionais da equipe de fisioterapia, visto que o conhecimento adquirido permitiu uma excelência na absorção de informações, tomada de decisão e triagem ao profissional mais correto, diminuindo a preocupação com possíveis agravamentos e acelerando o processo de intervenção.

Palavras-chave: Telemonitoramento; Auxiliar administrativo; Fisioterapia; Domiciliar.

E-mail: fabriciopcmso@unimedrv.com.br

Nível de sobrecarga e perfil do cuidador em atenção domiciliar

Autores: Gonçalves, MM; Noronha, IC; Junqueira, MAB.

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia/MG

Introdução: A assistência domiciliar tem ganhado destaque nos últimos anos em decorrência do aumento de sujeitos dependentes, de tratamentos paliativos, do envelhecimento populacional e da expectativa de vida da população. Assim, percebe-se constante necessidade de cuidadores envolvidos na atenção diária aos pacientes que, muitas vezes, encontram-se em situação de vulnerabilidade, carecendo de intervenções que garantam a sua qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar o perfil e o nível de sobrecarga dos cuidadores. **Metodologia:** Estudo documental, quantitativo, descritivo, avaliou 30 prontuários de pacientes acamados e domiciliados, assistidos por uma área de abrangência em uma unidade da Estratégia Saúde da Família no município de Uberlândia/MG, de maio a setembro de 2016, como parte de um projeto de implantação de atenção domiciliar nível 1. **Resultado:** 86% dos cuidadores pertenciam ao sexo feminino, com faixa etária de 50 a 69 anos (61,53%) e com o vínculo de mãe (23%). Ao final, 59% se declararam sobrecarregados com os cuidados aos pacientes. Muitos relataram vida social prejudicada, elevado nível de dependência dos pacientes e o cuidado integral destes como fatores contribuintes para baixa qualidade de vida e aumento da sua sobrecarga. **Conclusão:** Estudos evidenciam que a menor qualidade de vida dos cuidadores é fator que concorre para o desenvolvimento de doenças mentais, como depressão. Assim, é importante salientar que a atenção à saúde do cuidador necessita de estudos mais aprofundados, para esclarecimento de suas necessidades e para posterior intervenção clínica e psicossocial no que diz respeito à qualidade de vida desses cuidadores, por parte da equipe multiprofissional responsável pela área adscrita.

Palavras-chave: Cuidadores; Assistência domiciliar; Sobrecarga.

E-mail: may_mamede@hotmail.com

Assistência domiciliar a um paciente com SIDA e sequela de neurotoxoplasmose: estudo de caso

Autores: Sousa, AM; Tavares, SMC; Pereira, MF; Lima, LD; Freire, CP; Carvalho, LS; Nogueira, RF.

Instituição: Hospital São José de Doenças Infecciosas

Introdução: O vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) é o causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) e causa depleção dos linfócitos TCD4+, tornando o indivíduo imunossuprimido, sujeitando-o à manifestação de doenças oportunistas e podendo gerar sequelas irreversíveis, como a neurotoxoplasmose. **Objetivo:** Descrever o atendimento interdisciplinar e a evolução de um paciente ao plano terapêutico. **Metodologia:** Pesquisa exploratória, descritiva do tipo relato de caso. **C.N.S.,** 27 anos, com retrovirose em maio de 2015 e sequela por neurotoxoplasmose. **Resultados:** Iniciou-se o acompanhamento domiciliar em maio de 2015. **Plano terapêutico da enfermagem:** Orientações quanto ao manuseio da dieta, administração de medicamentos por via SNE; aspiração de VAS; realização de curativos em lesão por pressão região isquiática e região sacral categoria III, com cobertura biológica e prevenção de lesões por pressão; adesão à terapia antirretroviral (TARV) e profilaxia primária e secundária para doenças oportunistas. **Plano terapêutico da farmácia:** Realização da contagem de medicamentos e aquisição do feedback dos cuidadores sobre uso, horário e posologia, não sendo identificados problemas relacionados a medicamentos, segundo II Consenso de Granada. **Plano terapêutico da fisioterapia:** Orientação para exercícios de alongamento e mobilização passiva em MMSS, MMII e cervical; posicionamento no leito; manobras de reexpansão pulmonar e aspiração de VAS; **Plano terapêutico do serviço social:** Conhecimento da realidade social; orientações quanto ao procedimento de curatela e agendamento de benefício assistencial de prestação continuada à pessoa com deficiência. **Conclusão:** A evolução apresentada pela paciente, em cuidados paliativos, sem prognóstico médico na hospitalização, sugere que a intervenção interdisciplinar direcionada seja capaz de gerar resultados no domicílio, sendo a desospitalização um processo de suporte contínuo para que o cuidado tenha o andamento no domicílio por meio, principalmente, da autonomia dos cuidadores.

Palavras-chave: SIDA; Neurotoxoplasmose; SAD.

E-mail: manael_hsj@yahoo.com.br

Cuidado em domicílio: desafios na prática e o modelo ideal

Autores: Sousa, AM; Tavares, SMC; Gomes, TCP; Lima, LDQ; Queiroz, TV; Braz, MBM; Campos, VR.

Instituição: Hospital São José de Doenças Infecciosas

Introdução: O SAD HSJ foi criado em 2000 para desospitalizar usuários com HIV/AIDS que haviam esgotado as possibilidades clínicas e apresentavam necessidades possíveis de assistência multiprofissional em domicílio, de modo a preservar seus vínculos familiares e comunitários e garantir a sobrevida digna e assistida. Hoje, as possibilidades terapêuticas possibilitam redução do número de óbitos por HIV, porém ainda não evitam os casos crônicos, agravados por sequelas neurológicas e motoras. **Objetivo:** Relatar a experiência do processo de desospitalização de E.H.A.N., masculino, 46 anos, com 340 dias de internação hospitalar, com sequela neuropsicomotora por neurotoxoplasmose. Apresentava fragilidade dos vínculos familiares por uso abusivo de drogas e mistificação do diagnóstico de soropositividade para HIV. **Metodologia:** A intervenção fundamentou-se na elaboração de um plano terapêutico singular a partir da apresentação do caso pela equipe da unidade de internação com o serviço. A partir da leitura do ambiente familiar e esgotada a possibilidade de resgate dos vínculos familiares para responsabilização do cuidado, foi providenciado abrigo para o usuário. A equipe do SAD preparou os profissionais da instituição de acolhimento para o manejo de intercorrências que poderiam comprometer o cuidado. **Conclusão:** Devido à impossibilidade de acolhimento pela família, buscaram-se estratégias de enfrentamento não usual diante da vulnerabilidade do usuário, acessando serviço de abrigo na rede socioassistencial. A realidade demanda da equipe o diálogo e o reconhecimento de alternativas que possibilitem a desospitalização. As condições familiares e as relações entre seus sujeitos determinam o desenho do plano terapêutico singular.

Palavras-chave: Desospitalização; Abrigo; SIDA.

E-mail: manael_hsj@yahoo.com.br

Análise das condições bucais de pacientes domiciliados em contraposição aos levantamentos epidemiológicos oficiais

Autores: Santos, MB; Gonçalves, EFR; Gontijo, LPT.

Instituição: Área de Concentração em Saúde Coletiva da Residência Multiprofissional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED/UFU)

Introdução: Considerando as transformações epidemiológicas e demográficas contemporâneas, identificar o perfil das condições bucais dos pacientes domiciliados adscritos a uma unidade de saúde da família viabiliza a adoção de ações em saúde bucal pertinentes. Apesar de apresentarem limitações físicas, os pacientes da atenção domiciliar de nível 1 (AD1) apresentam menor complexidade de assistência à saúde, sendo possível realizar procedimentos odontológicos no domicílio. **Objetivo:** Analisar as condições de saúde bucal de pacientes acamados e domiciliados, no contexto da AD1, comparativamente aos resultados dos levantamentos epidemiológicos dos Projetos SBBrasil 2010 e SBMinas 2012. **Metodologia:** Utilizou-se o confronto entre os dados parciais do Programa de Atenção Domiciliar, modalidade AD1, adscrito à unidade de Estratégia Saúde da Família, e os resultados obtidos em projetos oficiais do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Consideraram-se para análise comparativa o índice CPO-D e a necessidade e uso de prótese dentária na faixa etária de 65 a 74 anos. **Resultados:** Verificou-se CPO-D médio de: 28,8 AD1, 27,5 SBBrasil 2010 e 28,7 SBMinas 2012. Por sua vez, necessitam de prótese dentária: 71% AD1, 20,4% SBBrasil 2010 e 35% SBMinas. **Conclusão:** Verificaram-se semelhanças na prevalência de doenças bucais, bem como das necessidades odontológicas, com piores condições bucais para os pacientes do Programa AD1, quando comparado com os levantamentos oficiais, tanto para Brasil como para Minas Gerais. As necessidades de próteses dentárias, adequações bucais básicas e orientações sobre os cuidados para o paciente lúcido ou seu (s) cuidador (es) representam as demandas prevalentes para a equipe odontológica no âmbito domiciliar.

Palavras-chave: Saúde bucal; Assistência domiciliar; Assistência odontológica.

E-mail: marib_012@hotmail.com

Tecnologias educacionais no plano micropolítico da atenção domiciliar: uma perspectiva cartográfica

Autores: Neta, FCCG; Sena, RR; Braga, PP; Silva, YC; Barcelos, BJ.

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução: As tecnologias educacionais como ferramenta para o cuidado auxiliam nas ações de educação em saúde e no processo comunicativo entre os atores sociais, com a finalidade de contribuir com o processo de ensino-aprendizagem mediado por práticas educativas desenvolvidas na comunidade e/ou com tipos específicos de usuários. **Objetivo:** Analisar o uso das tecnologias educacionais na micropolítica do trabalho vivo em ato na atenção domiciliar. **Metodologia:** Este estudo é parte da dissertação intitulada: “Tecnologias educacionais na micropolítica do trabalho vivo na atenção domiciliar”, aprovada sob Parecer nº 52595715.4.0000.5149. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem cartográfica desenvolvida em um dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) no município de Betim/MG. **Resultados:** Os achados permitem afirmar que, no plano micropolítico do trabalho em saúde, os profissionais usam e aplicam as tecnologias educacionais na produção do cuidado na atenção domiciliar. As principais tecnologias educacionais identificadas foram as tecnologias impressas, sendo em sua maioria criadas pelos próprios profissionais em consonância com as demandas assistenciais dos usuários, cuidadores e/ou familiares. **Conclusão:** A configuração da atenção domiciliar tem a potencialidade de contribuir para a mudança no modo de operar a saúde, entretanto isso requer uma predominância do trabalho vivo em ato como uma alternativa de transformar o modo de produzir cuidado, assim como subsidiar e fortalecer as práticas educacionais na atenção domiciliar.

Palavras-chave: Tecnologias educacionais; Produção do cuidado; Micropolítica.

E-mail: franciscaneta20@hotmail.com

Um estranho em minha casa

Autores: Sousa, AM; Tavares, SMC; Gomes, TCP; Lima, LDQ; Queiroz, TV; Braz, MBM; Campos, VR.
Instituição: Hospital São José de Doenças Infecciosas

O Programa Domiciliar do HSJ desenvolve atividades há 16 anos em Fortaleza/CE, assistindo usuários com necessidades de cuidados especiais no tratamento de doenças infecciosas. O paciente G.S.G., 26 anos, com SIDA, é acompanhada desde maio de 2015. Apresenta seqüela motora decorrente de neurotoxoplasmose (tetraparesia e síndrome demencial), com quadro de dependência que marcou definitivamente seu corpo jovem, deixando-a limitada para as atividades essenciais de autocuidado. Ao sair da internação hospitalar, G.S.G. depa-rou-se com uma nova condição: antes ela cuidava da casa; agora passou a ser cuidada. Seu olhar assustado reflete constrangimento por não poder cobrir seu corpo quase desnudo, fruto de sua incapacidade de cobrir-se dada à rigidez motora severa que a acomete. A equipe multiprofissional, inicialmente estranhos ao convívio, percebeu um ambiente marcado por insegurança, medos e carências afetivas e materiais. Buscou-se proporcionar tanto aos pacientes quanto à família apoio no cuidado, nas orientações, resgatar a esperança e o respeito diante do sofrimento vivido, na constante tentativa de possibilitar um novo capítulo para sua história, e um novo final. A equipe adentra domicílios, mudando sua rotina, valorizando sua essência e história de vida, agregando uma nova perspectiva do cuidar. Mesmo que tudo pareça perdido, passa a ser ressignificado, gerando novas expectativas, experiências, e mostrando novos caminhos. Ao encurtar distâncias, tornam-se novos sujeitos que participam do cuidado, superando os rígidos procedimentos técnicos e clínicos. Com um olhar, um afago, uma palavra ou um procedimento, fortalecem-se os vínculos intrafamiliares e destes com a própria equipe. Assim, deixa-se de ser estranha para assumir um lugar de referência e importância afetiva para aquela família.

Palavras-chave: Ressignificar; Estranho; Equipe multiprofissional.

E-mail: manael_hsj@yahoo.com.br

Perfil epidemiológico dos pacientes em assistência domiciliar por uma empresa privada em São Paulo, Brasil

Autores: Volpini, MM; Rocha, VM; Cattony, FK; Comunale, CG; Maria, KMA; Scaroni, PP; Barcellos, P; Oliveira, CF.

Instituição: Home Doctor

Introdução: A Assistência Domiciliar à Saúde (ADS), conhecido pelo termo em inglês “Home Health Care”, é considerado como um serviço em plena expansão no território brasileiro, sendo dividido em internação domiciliar e atendimento domiciliar. **Objetivos:** Descrever o perfil epidemiológico de pacientes atendidos em uma empresa privada de home care. **Metodologia:** Estudo transversal descritivo retrospectivo via prontuário eletrônico, com uma amostra de 393 prontuários dos pacientes em atendimento pela Home Doctor, na cidade de São Paulo. **Resultados:** Dos 393 pacientes estudados, 50% (n=197) eram idosos, 29% (n=112), adultos, e 21% (n=84), crianças. Os três diagnósticos de internação em ADS mais frequentes foram: doenças cerebrovasculares (n=86, 22%), doenças neurodegenerativas (n=74, 19% do total), doenças genéticas congênitas (n=35, 9%). Dos pacientes, 152 (38,5%) estavam em programa de atendimento domiciliar, e 241 (61,5%), em programa de internação domiciliar, sendo 282 (72%) com assistência de enfermagem. Havia 151 (38%) pacientes em uso de ventilação mecânica, dos quais 97 (64%) eram adultos. Do total de pacientes, 339 (86%) tinham atendimento de fisioterapia e 90% dos pacientes recebiam de duas a três vezes por assistência fonoaudiológica. A via de acesso para alimentação prevalente entre as crianças foi a gastrostomia (92%). O perfil farmacológico relacionou a prescrição de 488 medicamentos distintos (89 classes farmacológicas), com média de 10,5 medicamentos prescritos por paciente. As vias de administração mais prevalentes foram: sonda (49,3%), oral (40,2%), parenteral (7%), inalatória (2%) e outras vias (1,5%). **Conclusão:** O levantamento dos dados epidemiológico dos pacientes em ADS da empresa em questão possibilitará a atualização e a adaptação à sistematização de atendimento.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Perfil epidemiológico; Multiprofissional.

E-mail: milena.volpini@homedoctor.com.br

Territorializando espaços de ensino-aprendizagem no cuidado domiciliar

Autores: Neta, FCCG; Sena, RR; Braga, PP; Barcelos, BJ; Silva, YC.

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução: O uso das tecnologias educacionais aplicadas na saúde emprega recursos educativos que objetivam subsidiar as ações desenvolvidas no âmbito das interações cotidianas com os usuários. Esses recursos, inseridos na prática dos serviços de saúde, funcionam como estratégia para os processos educativos, os quais facilitam o trabalho da equipe de saúde, bem como a comunicação e a orientação dos usuários e do familiar sobre os cuidados. **Objetivo:** Identificar como as tecnologias educacionais subsidiam os processos educativos na atenção domiciliar. **Metodologia:** Este estudo é parte da dissertação intitulada: “Tecnologias educacionais na micropolítica do trabalho vivo na atenção domiciliar”, aprovado sob Parecer nº 52595715.4.0000.5149. Trata-se de um estudo qualitativo com abordagem cartográfica realizado em Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no município de Betim/MG. **Resultados:** Os achados permitem afirmar que o uso dos materiais de ensino garante um melhor conhecimento sobre a doença e segurança para o desenvolvimento de habilidades técnicas pelo cuidador, tornando-o apto para executar o cuidado em casa. Ao fornecer materiais de ensino e orientações eficazes, os profissionais emergem como educadores, facilitando o modo de produzir o cuidado no âmbito do domicílio, bem como a continuidade do tratamento. **Conclusão:** Os profissionais criam espaço de aprendizagem com treinamentos, orientações conforme as demandas e as necessidades de cuidado, produzindo efeitos diferentes no ato de cuidar para que não caia na reprodução de um modelo assistencial existente.

Palavras-chave: Materiais de ensino; Atenção domiciliar; Tecnologia educacional.

E-mail: franciscaneta20@hotmail.com

Evolução de paciente vítima de AVEI com atendimento domiciliar multidisciplinar precoce

Autores: Sene, ARA; Santos, PCS.

Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar de São José do Rio Preto

Introdução: Paciente, sexo masculino, 35 anos, com histórico de miocardiopatia hipertrófica congênita em acompanhamento com cardiologia e uso de anticoagulante oral. Evoluiu para evento tromboembólico (acidente vascular encefálico isquêmico) de tronco cerebral com importante sequela motora. Permaneceu hospitalizado por 19 dias. Foi iniciado atendimento do SAD no 3º dia de desospitalização e no 22º pós-episódio isquêmico, em uso de via alternativa exclusiva para alimentação (sonda nasogástrica), traqueostomizado e hemiplégico à esquerda, com labilidade emocional, consciente e orientado. **Objetivo:** Realizar intervenção de equipe multidisciplinar no domicílio, visando à reabilitação clínica, retorno às atividades laboral e social, com posterior encaminhamento para centro de reabilitação. **Metodologia:** Os atendimentos da equipe, composta por psicólogo, nutricionista, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e enfermagem, foram semanais por período de quatro meses, permanecendo o atendimento psicológico por mais um mês. **Conclusão:** Com base na linha de atendimento de cada profissional, foram elaboradas estratégias de enfrentamento da doença, sua desmistificação e evolução, com total envolvimento e participação ativa do paciente e de seus familiares por causa das orientações da equipe. Durante o atendimento domiciliar, após a decanulação e retorno da alimentação por via oral exclusiva, houve retorno do paciente a uma parte das atividades laborais e sociais. A alta do SAD foi efetuada após o paciente estar em pleno atendimento no centro de reabilitação, deambulando com auxílio, realizando atividades básicas de vida diária com adaptações em utensílios e ambiente, além da estabilidade emocional. A efetividade do trabalho da equipe multidisciplinar domiciliar de início precoce foi evidenciada pela completa adesão do paciente e familiares às condutas e orientações oferecidas, levando à acentuada reabilitação em curto período de tempo.

Palavras-chave: AVC; Equipe multidisciplinar; Domiciliar.

E-mail: almir_sene@yahoo.com.br

Grupo de cuidadores na assistência domiciliar: a experiência da EMAD Jd. São Pedro

Autores: Oliveira, DN; Heiderich, TM; Folhe, A; Belaunde, CXA; Souza, MAS; Fernandes, J; Marques, CC; Oliveira, RLT; Militão, FL.

Instituição: APS Santa Marcelina- Secretaria Municipal de Saúde/PMSP

Introdução: Como ocorre na maioria das vezes, nas assistências prestadas no âmbito da saúde o foco principal é o doente. Na atenção domiciliar, percebe-se a necessidade de dar atenção especial também aos cuidadores formais, informais e aos familiares, que, diariamente, lidam com o desafio de cuidar de uma pessoa total ou parcialmente dependente. Na dinâmica dessas diversas realidades, torna-se um desafio para as equipes pensar estratégias de como se aproximar e acolher as demandas desses cuidadores e familiares, que, muitas vezes, sofrem sozinhos. **Objetivo:** Colaborar com a diminuição da sobrecarga, ansiedade e sofrimento de cuidadores e familiares de pacientes dependentes/acamados. **Metodologia:** Pensando nessa realidade, após discussão, a equipe chegou ao consenso de que suas demandas, medos e angústias eram muito semelhantes e que, reunidos em grupo, poderiam aliviar suas dores e, de alguma forma, amenizar a sobrecarga diária. Nesse sentido, a equipe se organizou com encontros mensais, em que um técnico ficou responsável por conduzir o grupo. Abordagens diversas têm sido utilizadas, tal como acolhimento, escuta qualificada, técnicas de relaxamento, além da troca de saberes entre os participantes que trazem sugestões e experiências para o grupo. **Resultados:** A partir desses encontros, tem sido possível identificar as demandas que devem ser tratadas prioritariamente em cada núcleo familiar. Muitas vezes, é nesse espaço que o usuário expressa aquilo que mais lhe incomoda na prática do cuidar. **Conclusão:** Dessa forma, os encontros e as trocas de experiências têm confortado cuidadores e familiares e os têm auxiliado a refletir e enfrentar problemas do dia a dia.

Palavras-chave: Cuidadores; Grupo; Dependentes.

E-mail: danielandeoliveira@gmail.com

Perfil epidemiológico das condições bucais na atenção domiciliar – modalidade AD1

Autores: Santos, MB; Gonçalves, EFR; Gontijo, LPT.

Instituição: Área de Concentração em Saúde Coletiva da Residência Multiprofissional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED/UFU)

Introdução: Na perspectiva da atenção integral ao paciente, o cirurgião-dentista desempenha papel relevante na atenção domiciliar, inclusive na modalidade de primeiro nível de atenção (AD1), na garantia do acesso à saúde bucal dos pacientes domiciliados e acamados. Busca-se o desenvolvimento do autocuidado do paciente lúcido, bem como o cuidado apoiado do cuidador no âmbito domiciliar. **Objetivo:** Realizar levantamento epidemiológico das condições bucais dos pacientes acamados e domiciliados, identificar a necessidade de atenção e propor plano de intervenção individual e para o cuidador. **Metodologia:** Utilizaram-se dados parciais do programa de atenção municipal domiciliar com 36 pacientes adscritos à unidade de Estratégia Saúde da Família de Uberlândia/MG. Aplicou-se ficha de avaliação odontológica contendo odontograma, análise de CPO-D, alterações de tecidos duros e moles e identificação do uso e necessidade de prótese dentária. **Resultados:** 94% dos pacientes apresentavam pelo menos um dente ausente, dos quais 53% eram edêntulos totais; 33% possuíam restauração, 28%, cáculos, e 30%, gengivites; 19% tinham uma ou mais raiz residual, e 5%, alterações ósseas e de tecido mole. Considerando o uso da prótese, verificou-se que: 66% tinham necessidade de uso prótese e 47% faziam uso de algum tipo de prótese. O CPO-D médio foi alto, 24,9. **Conclusão:** O alto edentulismo e a necessidade do uso de prótese total encontrados refletem a insuficiência de acesso aos serviços de atenção odontológica e o acúmulo de necessidades ao longo da vida, resultando na mutilação dentária dos pacientes na faixa etária predominante da atenção domiciliar (após os 60 anos de idade) e apontando de forma urgente e necessária a atuação da equipe odontológica em diferentes vertentes do cuidado.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Saúde bucal; Perfil epidemiológico.

E-mail: marib_012@hotmail.com

Relato de experiência: implantação da atenção domiciliar por residentes multiprofissionais na atenção primária à saúde

Autores: Gonçalves, MM; Noronha, IC; Santos, MB; Leão, GC; Gonçalves, EFR; Alves, DAS; Junqueira, MAB; Gontijo, LPT.

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia/MG

Introdução: A multiplicidade na gestão do cuidado é de suma importância para o sucesso da assistência domiciliar, sendo necessário, assim, um plano do saber multidisciplinar discutido e pactuado, assim como uma conduta terapêutica estabelecida, para os cuidados aos sujeitos acamados e domiciliados. A atenção domiciliar nesse âmbito ganha destaque nos últimos anos devido ao aumento na demanda de pacientes com necessidades de cuidados integrais, alto nível de dependência física e mental, em decorrência da mudança de perfil da população. **Objetivo:** Relatar sobre pontos relevantes da participação de residentes em um projeto de implantação da atenção domiciliar na atenção básica. **Metodologia:** Estudo descritivo, tipo relato de experiência, desenvolvido com a realização de visitas domiciliares a pacientes domiciliados, por residentes multiprofissionais (enfermeiro, fisioterapeuta, cirurgião-dentista e psicólogo), de maio a setembro de 2016, em uma área de abrangência em Saúde da Família, no município de Uberlândia-MG. **Resultados:** Dos resultados positivos, destacamos o acolhimento, boa recepção e aceitação das visitas multiprofissionais pelos pacientes e familiares. Estes demonstraram-se participativos e abertos quanto às orientações realizadas pela equipe multiprofissional, colaborando com os objetivos da visita. Para os residentes, foi proporcionado grande aprendizado por meio de construção de vínculos e aquisição do saber na atenção a esse perfil de pacientes. **Conclusão:** Foi possível perceber a atenção multiprofissional como uma estratégia eficaz para a qualidade da assistência, pois permite atenção integral, com visão holística do paciente e de seu contexto, proporcionando melhores resultados no processo do cuidado.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Atenção primária à saúde; Equipe de assistência ao paciente.

E-mail: may_mamede@hotmail.com

Cuidado ao idoso com predisposição depressiva: relato de experiência

Autores: Borghi, AC; Gomes, ACO; Rissardo, LK; Nogueira, IS; Baldissera, VDA; Carreira, L.

Instituição: Universidade Estadual de Maringá

O projeto “Assistência domiciliar de enfermagem às famílias de idosos dependentes de cuidados”, criado em 2014, assiste a idosos e seus cuidadores familiares de uma área sem cobertura da Estratégia Saúde da Família vinculada a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em Maringá/PR. Tratou-se de projeto de integração ensino, pesquisa e extensão, articulando academia-serviço e que aconteceu em duas fases: Fase 1: identificação dos domicílios em que residem idosos da área sem cobertura da Estratégia Saúde da Família por meio da ficha A, cadastradas pelo projeto “Gestão da assistência à saúde da atenção básica”; Fase 2: os dados foram processados e, posteriormente, discutidos com a equipe de saúde local e gestão municipal, a fim de se sequenciar o planejamento de ações e serviços de saúde, que foram executados por alunos de graduação e pós-graduação e um enfermeiro do projeto, ambos orientados pelo docente enfermeiro da UEM e equipe de saúde local. O relato é referente ao acompanhamento de quatro idosas com predisposição depressiva segundo a escala de depressão geriátrica, no período de agosto a dezembro de 2015, com cinco visitas domiciliares individuais: uma para reconhecimento do caso e levantamento dos diagnósticos/problemas; três para desenvolver as atividades planejadas; uma para a reavaliação. Realizaram-se atividades de estimulação cognitiva com jogos de memória e caça-palavras, orientações sobre depressão, tratamento e como conviver com a doença. Foram ainda estimuladas a realizar atividades de lazer e artesanato. Na reavaliação, identificou-se melhora nos sintomas depressivos. As idosas adotaram a caminhada como atividades de rotina e começaram a participar do grupo de artesanato da UBS, o que contribuiu para a reinserção social e melhora na qualidade de vida.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Saúde do idoso; Enfermagem; Atenção primária em saúde.

E-mail: anacarla.borghi@gmail.com

Nível de incapacidade funcional de usuários de uma unidade básica de saúde de Uberlândia/MG em atenção domiciliar modalidade 1

Autores: Alves, DAS; Leão, GC; Biagini, AP.

Instituição: Área de Concentração em Saúde Coletiva da Residência Multiprofissional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED/UFU)

Introdução: Conforme Portaria nº 825/2016, a atenção domiciliar (AD) é uma modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS). Caracteriza-se por ações de prevenção, tratamento, reabilitação, palição e promoção à saúde no domicílio. A AD modalidade 1 (AD1) é indicada para usuários que requeiram cuidados com menor frequência. Entretanto, intervenções multidisciplinares mostram-se eficazes para eles. A atuação do fisioterapeuta contribui para efetivo cuidado integral, bem como avalia a capacidade física dos usuários, possibilitando uma ampla visão das necessidades de saúde deles. **Objetivo:** Identificar o nível de incapacidade funcional dos usuários adscritos a uma unidade básica de saúde da família (UBSF) de Uberlândia/MG em AD1. **Metodologia:** Os dados foram retirados de um projeto para implementação da AD1 na UBSF citada. Foi utilizado o Índice de Barthel para verificação do nível de incapacidade funcional de 35 usuários do território de abrangência da unidade. **Resultados:** Do total da amostra, 60% dos usuários eram do sexo feminino, e 40%, do sexo masculino; 71% encontravam-se domiciliados, e 29%, acamados. Como observado no Índice de Barthel, 37% dos usuários apresentavam incapacidade funcional leve, 14%, moderada, 3%, grave, e 46%, severa. **Conclusão:** O expressivo número de indivíduos que necessitam de cuidados em domicílio, bem como o nível de incapacidade apresentado, aponta uma realidade na qual a efetiva atuação de equipes multidisciplinares será indispensável. Assim, justifica-se a atuação da fisioterapia no processo de reabilitação e prevenção de agravos decorrentes das incapacidades, que podem comprometer ainda mais a saúde do indivíduo.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Incapacidade funcional; Fisioterapia.

E-mail: daniellamuseu@yahoo.com.br

Elaboração e aplicação do plano interdisciplinar pós-alta: relato de experiência

Autores: Pontes, MIC; Tavares, SMC; Sousa, AM; Lima, LDQ; Pereira, MF; Freire, CP; Carvalho, LS; Nogueira, RF; Gomes, TCP.

Instituição: Hospital São José de Doenças Infecciosas

Introdução: O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), que têm como atribuição: trabalhar em equipe multiprofissional e integrada à rede de atenção à saúde; identificar e treinar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando os seus limites e potencialidades; abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações; acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de atenção domiciliar; utilizar linguagem acessível a cada instância de relacionamento; promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares e/ou cuidador dos usuários. **Objetivo:** Relatar a experiência de construção de um plano terapêutico individual (PTI) pós-alta por meio da desospitalização vivenciada pela equipe de residentes multiprofissionais de pacientes acompanhados pelo SAD. **Metodologia:** Pesquisa exploratória de caráter descritivo, no formato relato de experiência. Os dados foram coletados no período de maio a junho de 2016, utilizando-se da técnica observação participante. **Público-alvo:** pacientes acompanhados pela equipe nos períodos de internação, alta e pós-alta. **Resultado:** Os pacientes receberam avaliações de suas situações individuais no que se refere às necessidades de cuidados: sociais, enfermagem, fisioterápicos e farmacológicos. Foram traçados planos individualizados para intervenção e acompanhamento pós-alta hospitalar, sendo realizada toda a assistência com adequações necessárias conforme evolução do quadro. **Conclusão:** O atendimento interdisciplinar preconizado pelo SUS contribui significativamente para qualidade de vida.

Palavras-chave: PTI; Desospitalização; SAD.

E-mail: ilreni2011@hotmail.com

Perfil epidemiológico de indivíduos avaliados em um projeto de implantação da atenção domiciliar de modalidade 1

Autores: Leão, GC; Alves, DAS; Gonçalves, EFR; Noronha, IC; Santos, MB; Biagini, AP; Junqueira, MAB; Gontijo, LPT.

Instituição: Área de Concentração em Saúde Coletiva da Residência Multiprofissional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED/UFU)

Introdução: A atenção domiciliar, preconizada pela Portaria nº 825/2016, é uma proposta complementar de assistência à saúde organizada em três modalidades. Entretanto, não é claramente estabelecida a rotina de procedimentos operacionais das visitas aos pacientes adscritos às unidades de atenção primária à saúde, intitulada modalidade 1 (AD1), a qual atende à demanda de indivíduos com menor complexidade de cuidados. **Objetivo:** Identificar o perfil epidemiológico dos indivíduos indicados para atenção domiciliar, adscritos a uma unidade de atenção básica, para implementação das linhas de cuidado da AD1. **Metodologia:** Foram realizadas, no período de julho a setembro de 2016, 60 avaliações multiprofissionais domiciliares para classificação dos indivíduos cadastrados na AD1. A avaliação foi estruturada pelo método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), contemplando instrumentos específicos das áreas de odontologia, enfermagem, psicologia e fisioterapia. **Resultados:** Dos 60 indivíduos selecionados previamente, 58% foram avaliados com sucesso. O perfil prevalente foi de idosos, sendo que 63% possuíam entre 71 e 100 anos, 60% eram sexo feminino, 71% encontravam-se domiciliados, 29% estavam acamados, 24% enquadravam-se na classificação de complexidade AD1, e 76%, AD2. Não foram enquadrados indivíduos no nível 3. **Conclusão:** O conhecimento do perfil dos indivíduos domiciliados configura-se em um quesito indispensável para a implantação desta proposta, pois permite que a equipe multiprofissional trace estratégias voltadas à assistência integral daqueles que necessitam de cuidados no domicílio. Portanto, a implantação da AD1 proporcionará à população idosa cuidados multidisciplinares adequados e um envelhecer digno.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Atenção primária à saúde; Equipe multidisciplinar.

E-mail: gabrielacleao@outlook.com

Análise comparativa da força de preensão palmar entre idosos de um grupo de fisioterapia preventiva e idosos assistidos em domicílio adscrito a uma unidade de atenção básica de Uberlândia/MG

Autores: Alves, DAS; Leão, GC; Tamburús, NY; Biagini, AP.

Instituição: Área de Concentração em Saúde Coletiva da Residência Multiprofissional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED/UFU)

Introdução: O envelhecimento tem sido associado à redução da força muscular em ambos os sexos e ocorre devido à diminuição de atividade física, com consequente perda de massa muscular. A redução da força de preensão palmar é um indicador de baixa mobilidade, comprometendo as atividades básicas de vida diária. **Objetivo:** Comparar e analisar a força de preensão palmar em idosos domiciliados/acamados e idosos participantes de um grupo de fisioterapia preventiva. **Metodologia:** Foi avaliada a força de preensão palmar (dinamômetro JAMAR®) de 36 idosos divididos em dois grupos: Grupo 1 (n=19) de acamados/domiciliados e Grupo 2 (n=19) de praticantes de fisioterapia preventiva em grupo. **Resultados:** O Grupo 1 apresentou força de preensão palmar (12kg/f) menor que o Grupo 2 (17kg/f) (p=0,04). **Conclusão:** Os resultados sugerem que a diminuição da força muscular nos pacientes acamados/domiciliados influencia na funcionalidade desses idosos e que a fisioterapia, atuando de modo preventivo, pode colaborar para manutenção da autonomia. Desse modo, ações preventivas desenvolvidas por profissionais capacitados e inseridos efetivamente nas Unidades Básicas de Saúde da Família contribuirão para o envelhecimento saudável.

Palavras-chave: Preensão palmar; Idosos; Funcionalidade.

E-mail: daniellamuseu@yahoo.com.br

Análise de indicadores de sarcopenia em pacientes acamados e domiciliados com incapacidade funcional grave/severa e leve/moderada de uma unidade de saúde com Estratégia Saúde da Família

Autores: Leão, GC; Biagini, AP; Tamburús, NY; Alves, DAS.

Instituição: Área de Concentração em Saúde Coletiva da Residência Multiprofissional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED/UFU)

Introdução: A sarcopenia caracteriza-se pela perda progressiva e generalizada de massa e força muscular, com impacto na funcionalidade. O confinamento do paciente ao domicílio e/ou leito pode desencadear processos característicos da síndrome do imobilismo, comprometendo a funcionalidade e a independência do indivíduo. Para diagnóstico, analisa-se a redução da massa muscular associada ao déficit de força e/ou diminuição da funcionalidade. **Objetivo:** Verificar a correlação entre os indicadores de sarcopenia e os graus de incapacidade funcional grave/severo e leve/moderado em pacientes acamados e domiciliados de uma unidade de saúde com Estratégia Saúde da Família em Uberlândia/MG. **Metodologia:** Os dados foram retirados de um projeto para implementação da Atenção Domiciliar modalidade 1 (AD1) na unidade de saúde citada. Foram realizadas avaliações em 25 pacientes em seus domicílios, as quais incluíram: aplicação do Índice de Barthel; força de preensão palmar (dinamômetro JAMAR®); medida da circunferência da panturrilha. **Resultados:** Verificou-se a correlação entre a incapacidade funcional grave/severa com uma menor medida da circunferência da panturrilha e com uma menor força de preensão palmar ($p=0,004$), enquanto no grupo com incapacidade leve/moderada não houve correlação entre as variáveis ($p=0,18$). Além disso, quando as variáveis foram comparadas entre os dois grupos, houve uma diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$). **Conclusão:** A perda da autonomia e funcionalidade está intimamente ligada à sarcopenia. Dessa forma, torna-se indispensável a abordagem multidisciplinar no domicílio desses indivíduos, com ênfase na fisioterapia, na perspectiva de minimizar os impactos da síndrome do imobilismo.

Palavras-chave: Idosos; Sarcopenia; Domiciliados; Acamados; Capacidade funcional.

E-mail: gabrielacleao@outlook.com

Domicílio: território “setting” da psicologia em cuidados paliativos

Autor: Krieger, MV.

Instituição: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva

Partindo da experiência do atendimento psicológico na assistência domiciliar (AD) do INCA-HCIV, pretendemos discutir como podemos pensar, no âmbito da AD, em um dos conceitos caros à psicologia, o de setting terapêutico. O setting são todos os elementos organizadores do espaço físico de atuação do psicólogo, assim como do acordo estabelecido para o desenvolvimento da relação terapêutica, a própria relação entre psicólogo e paciente. As diversas linhas de abordagem da psicologia definem, cada qual fundamentada em seus pressupostos, uma proposta de setting que serve de base ou pano de fundo para o trabalho do psicólogo. O mais difundido setting terapêutico da psicanálise pensa um espaço que protege e estimula relações terapeuta-paciente fundamentado nos conceitos de transferência e contratransferência. A partir dessas relações, surge o material de análise sobre o qual o trabalho terapêutico emerge. Discussões sobre o trabalho multidisciplinar em saúde apontam para esses processos de trabalho também como settings, a partir do conceito de inter-relações que estimulem vínculos adequados para tratar os problemas de saúde em jogo ou produzir alienação. Pensando o lugar do psicólogo na AD, consideramos alguns aspectos característicos do que se torna, então, seu setting terapêutico. A visita à casa do paciente é, muitas vezes, conjunta entre profissionais e há um importante espaço de troca informal no cotidiano. Variáveis do contexto familiar, do ambiente físico, da presença de outros às consultas, das características clínicas do paciente elegível para AD em cuidados paliativos oncológicos dialogam todo o tempo com a abordagem terapêutica e devem ser consideradas durante todo o acompanhamento psicológico. Entendemos que o setting terapêutico em AD é extremamente rico e deve ser construído paulatinamente na relação paciente-psicólogo, sem exclusão de nenhum dos aspectos que constroem seu contexto.

Palavras-chave: Psico-oncologia; Cuidados paliativos; Setting terapêutico.

E-mail: mkrieger@inca.gov.br

Uso de coberturas especiais no tratamento do pé diabético: uma perspectiva da atenção domiciliar

Autores: Morais, RO; Santos, FO; Morais, DO; Almendra, NMM.

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de José de Freitas

Introdução: O diabetes mellitus é definido como uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta ou incapacidade da insulina em exercer adequadamente seus efeitos no organismo, constituindo um dos principais problemas em saúde pública no mundo, com prevalência crescente, sobretudo, nos países em desenvolvimento. No serviço de atenção domiciliar, existem algumas coberturas especiais para feridas que favorecem uma melhor cicatrização, como AGE, alginato de cálcio e sódio, pomada de hidrogel com alginato, entre outros, e que são essenciais para a assistência de enfermagem. **Objetivo:** Tratar os pacientes de lesão em pé diabético admitidos no Programa Melhor em Casa no município de José de Freitas sobre o uso de coberturas especiais. **Metodologia:** O presente trabalho é uma pesquisa transversal no qual foram avaliados prontuários acerca da evolução do tratamento em pé diabético de pacientes do Serviço de Atenção Domiciliar. Na amostra, constam oito pacientes com diabetes tipo II usando coberturas especiais no leito da ferida (placa de alginato de cálcio e sódio), no período entre 2015 a 2016. **Resultados:** A amostra foi composta por 50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino, com faixa etária média de 69 anos. O manuseio do curativo deu-se no tempo de dez semanas. Nas três primeiras semanas de tratamento, os pacientes evoluíram drenando uma maior quantidade de exsudato e fibrina. Na sexta semana, observou-se a formação de tecido de reepitelização e a redução da secreção, enquanto que, da sétima à oitava, obteve-se a formação de tecido de granulação, e da nona à décima semana, o tecido de reparação. **Conclusão:** Conclui-se então que o uso de curativos especiais em pacientes com pé diabético em assistência domiciliar mostra-se uma prática eficaz.

Palavras-chave: Curativos especiais; Pé diabético; Atenção domiciliar.

E-mail: omroberta@hotmail.com

Atendimento odontológico em paciente com esclerose lateral amiotrófica (ELA): relato de caso

Autores: Santos, DJS; Oliveira, AG; Lima, JBG; Ferreira, A; Oliveira, VP.

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia

Introdução: A esclerose lateral amiotrófica (ELA) se caracteriza pela paralisia progressiva de importantes neurônios motores. O envolvimento predominante é o da musculatura dos membros, causando fraqueza e atrofia, e, tardiamente, as funções vocais e respiratórias também são afetadas. Apesar das limitações progressivas impostas pela evolução da doença, a capacidade intelectual e cognitiva raramente fica prejudicada. **Objetivo:** Relatar um caso de um paciente com esse perfil, em que foram realizadas intervenções odontológicas no ambulatório e domicílio. **Metodologia:** O paciente foi submetido a uma avaliação odontológica, identificando-se possíveis focos de infecção, tais como doença periodontal, cáries e prótese removível parcial mal adaptada. O paciente foi deslocado para o ambulatório do hospital odontológico da Universidade Federal de Uberlândia para procedimentos mais invasivos, e o tratamento continuado foi realizado em domicílio. **Resultados:** Foi realizada raspagem sub/supragengival em todos os dentes e exodontia dos dentes 12 e 35, os quais estavam com mobilidade grau III. Posteriormente, foi realizada remoção de cáries e novas próteses parciais removíveis. **Conclusão:** O tratamento odontológico preventivo e curativo contribui para a melhoria do estado de saúde geral, refletindo no sucesso do tratamento até mesmo de doenças sistêmicas. Por isso, a inserção do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar que assiste ao indivíduo enfermo ou fragilizado em seu domicílio é desejável. Foi possível melhorar as condições de saúde do paciente, bem como o da esposa, que também usufruiu dos benefícios decorrentes do atendimento, havendo, assim, também uma reorganização do contexto familiar.

Palavras-chave: Esclerose; Odontologia domiciliar; Prótese.

E-mail: danda_777@hotmail.com

Atendimento domiciliar em odontogeriatria: uma prática de atenção e humanização em saúde

Autores: Santos, DJS; Oliveira, AG; Lima, JBG; Ferreira, AR; Oliveira, VP.

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia

Introdução: A expectativa e a qualidade de vida aumentadas da população brasileira contribuem para o surgimento de doenças e agravos específicos da velhice, muito relacionados ao aparelho estomatognático, havendo a necessidade de incentivos para que esse grupo populacional tenha acesso ao tratamento odontológico. A realidade atual nos mostra uma grande quantidade de pacientes domiciliados edentados total ou parcial. **Objetivo:** Identificar ações terapêuticas necessárias dos pacientes idosos assistidos pelo Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Clínicas da UFU e desenvolver atividades e tratamentos para o restabelecimento de estética, função e saúde. **Metodologia:** As necessidades foram identificadas pela residente cirurgiã-dentista e anotadas em fichas de anamnese que continham desde informações gerais, como história médica, medicamentos em uso, composição familiar, bem como informações específicas, como odontograma, alterações em face e tecidos moles, necessidade ou não de prótese dentária, entre outros. Uma vez identificadas as necessidades, um plano terapêutico e de tratamento reabilitador era traçado, e esses serviços eram divididos (realizados) entre as cirurgiãs-dentistas da residência da UFU, docentes e discentes do curso de graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da UFU. **Resultados:** Foram realizados tratamentos como periodontia básica, dentística restauradora, exodontias e confecção de próteses dentárias removíveis. **Conclusão:** O cirurgião-dentista nas visitas domiciliares assume um papel importante de facilitador para o bem-estar físico e social dos usuários da terceira idade que são impossibilitados de ir até uma unidade de atenção primária à saúde, inclusive em ambulatório de serviços terciários.

Palavras-chave: Domicílio; Saúde bucal; Odontogeriatria.

E-mail: danda_777@hotmail.com

Interdisciplinaridade, assistência domiciliar e território: o papel fundamental dos motoristas de um serviço de AD

Autores: Krieger, MV; Silva, VG; Sales, BR.

Instituição: Instituto Nacional de Câncer José Gomes Alencar da Silva

O serviço de assistência domiciliar (AD) da Unidade de Cuidados Paliativos do Instituto Nacional de Câncer (INCA-HCIV) abrange um raio de 80km, a partir da unidade, no Estado do Rio de Janeiro. É um serviço interdisciplinar que conta com as expertises de diversos campos do saber e da prática para buscar a excelência no atendimento aos pacientes. Uma das categorias fundamentais para isso é a dos motoristas da AD. Na nossa vivência do trabalho cotidiano, os motoristas surgem como parte da equipe de saúde, atuando de forma fundamental para o trabalho da assistência e, em grande parte das vezes, ultrapassando a mera função de dirigir e integrando a equipe interdisciplinar de assistência ao paciente. Nossa proposta com esse trabalho é, a partir da experiência de um serviço com o alcance de 12.665 visitas realizadas ao ano (2015), abrangendo 17 municípios e a capital do Estado do Rio de Janeiro, apresentar o trabalho desses profissionais como parte integrante de uma equipe interdisciplinar em saúde. O trabalho dos motoristas em AD no INCA-HCIV envolve, inicialmente, a avaliação da área de residência dos pacientes, de acordo com os critérios de elegibilidade do serviço, a elaboração das rotas de atendimentos aos pacientes conforme a região atendida, mas também de acordo com as prioridades de suporte a cada paciente, auxiliando a eleger demandas prioritárias para aquela rota e viabilizando o atendimento mais eficiente dessas prioridades. Contando com uma equipe de 11 motoristas fixos no serviço, pretendemos, neste trabalho, apresentá-los não só como colaboradores, mas como parte da equipe de assistência ao paciente e explorar a visão desses profissionais sobre seu lugar no serviço de saúde.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Cuidados paliativos; Interdisciplinaridade.

E-mail: mkrieger@inca.gov.br

Um olhar ao cuidador: grupo terapêutico para cuidadores

Autores: Carvalho, VV; Córdova, TA; Clementino, AKSF; Campello, GCD; Meira, MCL.

Instituição: Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Introdução: Ser cuidado em domicílio traz inúmeros benefícios aos pacientes, sua família e operadoras de saúde, sejam elas pública ou privadas. Mesmo esse ato de cuidar, auxiliando na manutenção da vida, pode trazer graves problemas à saúde do cuidador quando este também não é assistido pelos profissionais. **Objetivo:** Promover um espaço de acolhimento, escuta e suporte aos cuidadores de pessoas acamadas, assim como facilitar a integração entre os participantes para a construção de uma rede de apoio. **Metodologia:** Foram realizadas cinco sessões em grupo, formado por nove cuidadores de pacientes em internação domiciliar residentes nessa região, utilizando-se dinâmicas de grupo, estratégias de reflexão, atividades de integração, dramatizações, músicas, pinturas, desenhos e colagens. As sessões aconteceram no pequeno auditório do Hospital Regional da Asa Norte, com duração de 1h30 cada. Os temas abordados foram: medo e morte, história de vida, cuidando do cuidador e rede de ajuda mútua. Na última sessão, foi aplicado um questionário semiestruturado com oito questões para avaliação do serviço terapêutico prestado. **Resultados:** 100% dos cuidadores participantes consideraram que o grupo trouxe contribuições para a sua vida. Do total, 87,5% mencionaram a aprendizagem por troca de experiências, 62,5% consideraram excelente a atuação dos coordenadores, 12,5% tiveram um sentimento insatisfatório nesse processo pela falta de tempo para se dedicar mais. Além disso, 100% gostariam que houvesse continuidade desse grupo terapêutico, dos quais 62,5% disseram ter interesse em continuar participantes. Por fim, foram pontuadas sugestões de temas a serem trabalhados. **Conclusão:** Foi possível proporcionar um espaço de acolhimento, escuta e trocas, contribuindo para a construção de uma rede de apoio.

Palavras-chave: Domicílio; Cuidador; Apoio.

E-mail: dravanessavc@gmail.com

A fonoaudiologia em números na atenção domiciliar

Autores: Bastos, LA; Carvalho, CPA; Bastos, G.

Instituição: Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - SMS/RJ

Introdução: O Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI) do município do Rio de Janeiro visa, prioritariamente, à desospitalização, com a continuidade do cuidado no domicílio. Isso implica em um processo de trabalho com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do usuário, com participação ativa desse usuário, família e equipe interdisciplinar. A fonoaudiologia na atuação domiciliar faz a triagem de todos os usuários. Existindo qualquer queixa em relação à alimentação, com complicações nutricionais e/ou pulmonares, alterações cognitivas e de linguagem, alterações articulatorias, alterações de voz, o paciente será incluído no programa de reabilitação e receberá visitas semanais desse profissional até a alta recuperada, por autonomia do cuidador, ou seguirá em acompanhamento na rede. **Objetivos:** Elencar a importância desse profissional na equipe EMAP, atuando de forma interdisciplinar com os demais profissionais. **Metodologia:** Compartilhar dados da fonoaudiologia do PADI Miguel Couto por meio de informações colhidas dos prontuários. **Resultados:** Foram revisados 121 prontuários de pacientes com idades entre 23 a 98 anos, dos quais 98 tinham mais de 65 anos; 43,8% possuíam algum comprometimento da comunicação oral, 56,2% apresentavam quadro de disfagia, 37,19% possuíam ambos os comprometimentos e 37,19% não tinham nenhum comprometimento fonoarticulatório. **Conclusão:** A atuação fonoaudiológica a partir de visitas domiciliares constitui importante ferramenta para promoção e recuperação da saúde.

Palavras-chave: Fonoaudiologia; Atenção domiciliar; Deglutição; Comunicação.

E-mail: livibastos@yahoo.com.br

Olhar holístico no atendimento domiciliar: relato de caso 1

Autores: Tonussi, LMSR; Jesus, IJF; Vale, AS; Mocelin, AO; Barbosa, MCOA; Teixeira, RD; Amaral, MIP; Aquino, M; Moreira, DD; Junqueira, ACM.

Instituição: Serviço de Atendimento Domiciliar - Barbacena/MG

A leishmaniose é uma doença infectoparasitária que acomete o homem, causada por várias espécies de *Leishmania*, acometendo pele e mucosas com o desenvolvimento de úlceras. É uma doença de importante prevalência no Brasil, apresentando, nas últimas décadas, mudanças em relação a seu padrão epidemiológico e distribuição pelo país. Sua importância reside não só na sua incidência, mas também na possibilidade de assumir formas que podem determinar lesões destrutivas desfigurantes e também incapacitantes, com importante repercussão psicossocial. Relato de caso: M.J.S., feminina, 72 anos, residente na área urbana de Barbacena/MG, sem comorbidades, histórico vacinal em dia, nega vícios. Foi encaminhada ao SAD após várias hospitalizações devido à úlcera em região dorsal do pé esquerdo há dois anos. Após evidência do parasita em material colhido da lesão pelo SAD, confirmamos diagnóstico de leishmaniose e iniciamos tratamento com antimonio de meglumina (glucantime) conforme recomendado. Desde então, podemos observar acentuada melhora ao processo de cicatrização. Conclusão: É importante a atuação multidisciplinar para a conclusão de diagnóstico e planejamento da terapêutica empregada. É de fundamental importância também o diagnóstico dessas lesões para evitar cicatrizações desfigurantes e/ou mutilantes e para distinguir essa lesão dentre um variado número de diagnósticos diferenciais.

Palavras-chave: Atendimento domiciliar; Leishmaniose; Ferida.

E-mail: luciana.ms@gmail.com

O impacto de um programa voltado ao paciente portador de asma/DPOC no desmame do oxigênio

Autor: Barbosa, LPC.

Instituição: Unimed Uberaba

Introdução: Devido às características de pacientes do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP), do Gerenciamento de Casos Especiais (PGCE) e pacientes que se encontram no Serviço de Fisioterapia Domiciliar com diagnóstico de DPOC e asma, e por causa da alta incidência de realização de fisioterapia respiratória e motora prolongada para a reabilitação dos pacientes, viu-se a necessidade de criar um programa específico para essa população no intuito de orientar sobre a doença, cuidados diários, alimentação, além de exercícios respiratórios que os clientes podem realizar diariamente em domicílio. O Programa Asma/DPOC visa não só à redução das internações hospitalares, prevenção de infecções respiratórias, diminuição de consultas em pronto atendimento, melhor terapêutica do oxigênio, melhor qualidade de vida, mas também à redução considerável dos custos assistenciais. **Objetivo:** Traçar uma linha de condutas terapêuticas que venham beneficiar os clientes acometidos de asma e DPOC, visando à diminuição das internações hospitalares, melhora clínica e de qualidade. **Metodologia:** O estudo quantitativo fundamentou-se em levantamento realizado pelo Serviço de Fisioterapia da Unimed Uberaba com pacientes que fazem parte do Programa Asma/DPOC, no período de junho de 2016 a agosto de 2016. **Resultados:** O Programa tinha 17 pacientes participantes, dos quais 41% eram do sexo feminino, e 59%, do sexo masculino; 18% tinham diagnóstico de asma, e 82%, de DPOC. No início do Programa, 60% dos pacientes dependiam de oxigênio continuamente. Após três meses de Programa, apenas 35% dos clientes dependiam do oxigênio contínuo domiciliar. **Conclusão:** O resultado apresentado mostra que um Programa voltado para clientes com asma e DPOC promove uma maior adesão à fisioterapia respiratória, possibilitando aos que usam oxigênio ter um desmame mais rápido e com sucesso.

Palavras-chave: Asma; DPOC; Programa; Oxigenoterapia domiciliar.

E-mail: luana.cunha@unimeduberaba.com.br

Desospitalização: trabalho em rede

Autores: Belaúnde, CXA; Folhe, AC; Rodrigues, EP; Vasconcelos, AL.

Instituição: APS Santa Marcelina/Hospitais da Rede Santa Marcelina

A APS Santa Marcelina, em contrato de gestão com a Secretaria da Saúde do município de São Paulo, administra nove equipes do Melhor em Casa – sete equipes EMAD e duas equipes EMAP – localizadas nos distritos de Cidade Tiradentes, Guaianases, Itaquera e Itaim Paulista, região leste do município. Dinamismo e inovação são atributos do Melhor em Casa no território, em consonância com o artigo 3º da Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, que descreve como objetivos do SAD: “A redução da demanda por atendimento hospitalar, a redução do período de permanência de usuários internados, humanização da atenção à saúde com ampliação da autonomia dos usuários e desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estrutura da RAS”. A gestão estratégica dos programas domiciliares da APS Santa Marcelina iniciou um fórum mensal com os hospitais da região – Santa Marcelina Itaquera, Santa Marcelina de Itaim Paulista e Santa Marcelina Cidade Tiradentes –, construindo fluxos para captação de pacientes nos hospitais, de modo a ofertar os cuidados de transição adequados, preparando pacientes, familiares e cuidadores para o cuidado domiciliar pós-alta hospitalar. Nesse modelo, foram avaliados 88 pacientes, dos quais apenas 12 foram considerados não elegíveis, 4 foram a óbito antes da alta e 19 se encontravam fora do território das equipes da APS e 53 pacientes estavam inseridos, até agosto de 2016, nas EMADs da APS, distribuídos da seguinte forma: 4 EMAD São Carlos, 1 EMAD Robru I, 1 EMAD Prestes Maia, 4 EMAD Jardim Nélia, 17 EMAD Jardim Brasília, 4 EMAD Vila Regina, 22 EMAD Jardim São Pedro. Desde a implantação do fórum, evidenciamos redução da permanência hospitalar dos pacientes, dos quais 6 foram para antibioticoterapia.

Palavras-chave: Hospital; Domiciliar; Transição.

E-mail: dracintyabelaunde@gmail.com

Projeto terapêutico singular: modelo atenção a pessoa com deficiência

Autor: Belaúnde, CXA.

Instituição: APS Santa Marcelina

As equipes da estratégia acompanhante de saúde da pessoa com deficiência, comprometidas com o desenvolvimento do protagonismo e equiparação de oportunidade para as pessoas com deficiência, necessitavam de um instrumento que auxiliasse no movimento de produção e gestão do cuidado, descrevendo as propostas e condutas terapêuticas articuladas para os sujeitos, delineando ações possíveis para os membros das equipes e condizentes com o modo de vida dos usuários. Estes, por sua deficiência, apresentam piores perspectivas de saúde, níveis mais baixos de escolaridade e maior vulnerabilidade. Dessa forma e de comum acordo com o cuidador/familiar, a equipe multidisciplinar consegue reorganizar o trabalho em saúde, respeitando os vínculos afetivos, usando a habilidade técnica para redefinir a abordagem com o usuário e família, unificando os esforços e direcionando o esforço conjunto das equipes, com foco nas potencialidades. A gestão estratégica dos serviços de atenção à pessoa com deficiência intelectual, modelo atenção domiciliar, elaborou um instrumento de construção do PTS com o objetivo de contribuir com as equipes na organização e gestão do cuidado. As tarefas nele descritas pela equipe técnica para cada um dos membros da equipe, incluindo o Programa Acompanhante da Pessoa com Deficiência, tornam-se mais claras. As principais dificuldades dos pacientes – falta de concentração, entraves na comunicação, entendimento de algumas representações do cotidiano – são estimuladas, exercitando as suas habilidades no contexto domiciliar, social em que o paciente vive, além de trabalhar, quando indicado, em espaços coletivos, como sala de aula, oficinas, inserção no ambiente de trabalho, de acordo com o perfil de cada um. Dessa forma, foi possível evidenciar a otimização do tempo durante as discussões para o planejamento terapêutico, garantindo o preenchimento adequado dos instrumentos do prontuário e a qualidade do seguimento do usuário.

Palavras-chave: Planejamento; Domiciliar; Deficiência.

E-mail: dracintyabelaunde@gmail.com

Importância da atuação fonoaudiológica em disfagia como sequela de AVC

Autor: Santos, PCS.

Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar de São José do Rio Preto

Introdução: Disfagia refere-se à dificuldade de deglutição presente no trajeto do alimento da boca até o estômago. A atuação fonoaudiológica na disfagia neurológica visa à reabilitação das fases oral e faríngea por ser de ordem voluntária e susceptível à intervenção. **Objetivo:** Enfatizar a importância do trabalho fonoaudiológico dentro da equipe multidisciplinar do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) para melhora da qualidade de vida do usuário disfágico após episódio de acidente vascular cerebral (AVC). **Metodologia:** Participaram do trabalho 23 pacientes que deram entrada no serviço, no período de janeiro a julho de 2016, com disfagia neurológica como sequela de AVC, utilizando via alternativa exclusiva para alimentação. As intervenções foram semanais, passando para quinzenais conforme evolução. A rotina do serviço do SAD consiste em atendimento do usuário em domicílio com orientação e capacitação de cuidador para auxiliar ativamente durante todo o processo de reabilitação. **Resultados:** Dos 23 pacientes que deram entrada no serviço, três foram a óbito antes de completar um mês de intervenção devido à gravidade do quadro. Dos que permaneceram em atendimento: 60% evoluíram para alimentação exclusiva por via oral, seja com consistência adaptada ou não; 20% evoluíram para alimentação por via oral com consistência adaptada (pastosa), mantendo os líquidos por via alternativa; 20% permaneceram em uso de via alternativa exclusiva para alimentação, mesmo após intervenção fonoaudiológica. **Conclusão:** Foi possível, neste caso, evidenciar a importância do trabalho fonoaudiológico com a equipe multidisciplinar na reabilitação de indivíduos com sequela de disfagia pós-AVC, haja vista a proporção dos que obtiveram a possibilidade de retornar à alimentação por via oral, seja total ou parcial, com manutenção da nutrição e prazer alimentar.

Palavras-chave: AVC; Disfagia; Fonoaudiológica.

E-mail: paulakristina@gmail.com

Olhar holístico no atendimento domiciliar: relato de caso 2

Autores: Junqueira, ACM; Vale, AS; Mocelin, AOF; Jesus, IJF; Tonussi, LMSR; Barbosa, MCOA; Amaral, MIP; Teixeira, RD.

Instituição: SAD Barbacena/MG

Introdução: O SAD, que atua no município desde setembro de 2013, tem sua equipe composta por EMAD (médico, fisioterapeuta, enfermeira e técnicos de enfermagem) e EMAP (fonoaudióloga, nutricionista e psicóloga). A cidade de Barbacena possui 134.924 habitantes, detém a gestão da rede de serviços, está habilitada sob a forma de Gestão Plena de Sistema e seus profissionais buscam colocar em prática os princípios da Política Nacional de Humanização do SUS no cotidiano dos serviços, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Objetivo:** Destacar a atuação dos membros da equipe do Programa EMAD e EMAP na admissão por demanda espontânea da paciente M.V., feminina, aposentada, 64 anos, amputada até a coxa do membro inferior direito. Há três anos apresenta lesão infectada em hálux esquerdo, com comorbidades. No momento da internação domiciliar, encontrava-se fragilizada emocionalmente e residindo sozinha em um quarto de hotel. **Metodologia:** O estudo narrativo fundamentou-se no levantamento do prontuário no período da internação de dois meses. Iniciamos com visitas diárias até formular o plano de cuidados. Observando a estabilidade emocional, foi possível o reestabelecimento de sua autonomia. A qualidade de vida pode ser verificada na sua atitude comprometida na internação e também quando circula pelos outros pontos da rede. **Conclusão:** O resultado permitiu acolher M.V. na sua escolha em estar sozinha, proporcionando autonomia em seu tratamento. A paciente assumiu o papel de protagonista em seus cuidados, seu modo de viver, sentir e estar na vida. Os membros da equipe tiveram um grande compromisso no atendimento humanizado com a atitude de acolhê-la em suas diferenças, dores, alegrias.

Palavras-chave: Humanização; Atendimento; Autonomia.

E-mail: anacarolina_psic@yahoo.com.br

A qualidade de vida de cuidadores de idosos no domicílio: como cuidar efetivamente de quem cuida?

Autores: Horta, NC; Chaves, NL; Pinto, VM; Lima, TN.

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Introdução: O cuidado ao idoso sempre esteve associado ao contexto familiar, sendo ainda hoje essa realidade bastante presente sob a condição de cuidado formal ou informal. A sociedade atual vivencia novos arranjos familiares, o que traz à cena também a figura de uma pessoa não pertencente à família e que assume ou compartilha o cuidado ao idoso no domicílio. **Objetivo:** Analisar a qualidade de vida de cuidadores informais e formais domiciliares de idosos no Distrito Sanitário Barreiro, em Belo Horizonte/MG. **Metodologia:** Estudo realizado com 29 cuidadores da Regional Barreiro, dos quais 25 informais e 4 formais, incluídos a partir de sorteio dos idosos cuidados. Utilizou-se de roteiro estruturado para entrevista, Whoqol-Bref e Escala de Zarit, analisados por meio do Excel e ferramenta própria para análise do instrumento de qualidade de vida. **Resultados:** Maior pontuação para o domínio das relações sociais na avaliação da qualidade de vida e menor para o meio ambiente, em ambas as categorias de cuidadores. A maior parte, 60% dos informais, referiu a qualidade de vida como “nem ruim, nem boa” e considerou que o cuidado prestado impacta negativamente sobre ela. Entre os formais, todos consideraram possuir boa qualidade de vida, e a maior parte afirmou que o cuidado prestado impacta positivamente na sua qualidade de vida. **Conclusão:** Infere-se que a percepção negativa do exercício do cuidado sobre a qualidade de vida dos cuidadores informais se correlaciona, sobretudo, ao resultado geral da Escala de Zarit, em que apenas 16% apresentaram ausência de sobrecarga. Faz-se necessário efetivar estratégias de suporte ao cuidador, em especial ao informal, diante dos achados do estudo.

Palavras-chave: Domicílio; Cuidador; Qualidade de vida.

E-mail: nataliahorta@pucminas.br

O uso do WhatsApp como instrumento de comunicação imediata entre profissionais do AD em atendimento

Autores: Arantes, JRB; Paiva, CT.

Instituição: Pró Vida AD - Unimed Volta Redonda

Introdução: Desde os primórdios da saga humana que o homem tem a necessidade de se comunicar. Isso foi iniciado por meio da fumaça, pinturas, prensa, telefonia fixa, móvel e chegando a internet, favorecendo a globalização e a comunicação. Como exemplo disso, temos o aplicativo WhatsApp, que proporciona a comunicação em tempo real. **Justificativa:** A comunicação entre a equipe do AD e a base necessita de constante melhoria para resolução de intercorrências. Nesse contexto, o uso do WhatsApp facilita a vida dos profissionais e dos pacientes que necessitam de atendimento imediato. **Objetivo:** Avaliar o uso do aplicativo WhatsApp como meio de comunicação na equipe de AD. **Metodologia:** Análise observacional quantitativa e qualitativa do uso do aplicativo WhatsApp no período de outubro de 2013 a agosto de 2016, por meio de questionário elaborado pelos autores, respondido pela equipe. **Resultados:** dos 34 membros, 22 responderam ao questionário. Todos utilizam o aplicativo, acham-no importante e que deve ser validado, pois dá agilidade. Como pontos positivos, acreditam que haja melhora na comunicação das intercorrências, mas como negativo apontaram o uso para outros fins. **Conclusão:** O uso do aplicativo para o atendimento domiciliar tem aceitação dos profissionais. Por ser um atendimento de deslocamento, a comunicação rápida se faz eficaz para a agilidade de ações.

Palavras-chave: Comunicação; Aplicativo; Atendimento domiciliar; Equipe.

E-mail: jr.barroso@hotmail.com

A implantação da comissão de controle de infecção domiciliar na segurança do paciente

Autores: Silva, SPP; Arakaki, NA; Pillon, KRA; Ribeiro, RCM.

Instituição: KZT-Atenção Médica Domiciliar Ltda. - Campo Grande/MS

A decisão estratégica para a implementação do controle de infecção domiciliar aparece a partir da necessidade de aperfeiçoar a assistência dispensada aos clientes, trazendo segurança e qualidade, utilizando uma metodologia que possibilita mensurar os acertos e erros desse processo e objetivando o crescimento profissional e especializado da empresa. Incentivados pelo processo de acreditação ONA e certificação ISO, a diretoria tem como foco investir recursos no desenvolvimento dos seus profissionais e de seus serviços prestados. A implementação da Comissão de Controle de Infecção Domiciliar (CCID) contribuiu com as ações de segurança do paciente, bem como para acreditação ONA. As atividades realizadas pela CCID são: visitas periódicas nas residências pelos membros executores; estabelecimento do controle rigoroso de dispensação de antimicrobianos com a farmácia clínica; estabelecimento de critérios de infecção; instituição e notificação de ocorrência de infecção; estabelecimento do perfil de sensibilidade dos antimicrobianos da instituição; avaliação da necessidade de precaução e isolamento visando à não contaminação cruzada e a segurança dos profissionais e familiares; realização de treinamentos periódicos com cunho preventivo e corretivo (quando detectada uma não conformidade nas visitas de auditoria ou alteração negativa dos indicadores); controle do processo de limpeza e desinfecção de dispositivos e equipamentos, controle da qualidade da água, controle de vetores e manutenção dos aparelhos de ar condicionado. A implantação das atividades da CCID possibilitou o aperfeiçoamento da assistência dispensada aos nossos clientes, reduzindo a ocorrência de infecção domiciliar, proporcionando maior segurança e qualidade nos processos executados pelos profissionais da KZT - Atenção Médica Domiciliar.

Palavras-chave: Controle de infecção; Segurança do paciente; Qualidade.

E-mail: silvia@kzt.com.br

Óbito domiciliar no programa de cuidado paliativo: construção de conceito e valor

Autores: Pires, MLGS; Rodrigues, R; Fonseca, FL; Lima, DFS; Rodrigues, RPC.

Instituição: Grupo Geriatrics - Rio de Janeiro

Introdução: Cuidado paliativo (CP) e de fim de vida tem objetivo de controlar sintomas até a morte. **Objetivo:** Evidenciar o modelo de hospice para a aderência ao programa, garantindo a taxa de óbito domiciliar (OD) >60%. **Metodologia:** Análise da totalidade de óbitos de agosto de 2014 a junho de 2016. **Avaliação de pacientes:** ambiente hospitalar e/ou domiciliar após solicitação médica. **Aplicação das escalas:** Zubrod e Karnofsky, avaliação clínica e social, para indicação do programa de atendimento domiciliar: PS0 e KPS100%/KPS90% (programa case); PS1 e KPS80%/KPS70% (programa CP leve); PS2 e KPS60%/KPS50% (programa CP intermediário); PS3 e KPS40%/KPS30% (programa CP intenso); PS4 e KPS20%/KPS10% (SID24h e SID12h). **Na admissão:** explicação do conceito, objetivos do plano terapêutico individualizado com visita médica, psicologia e posterior alinhamento com equipe multidisciplinar (EM). **Após o óbito:** documentação, visita pós-morte na primeira semana. **Resultados:** O total de óbitos foi de 61 (45 em domicílio e 16 no hospital). Dos OD, 36 estavam no programa de CP, classificados na admissão: KPS50%, 11; KPS40%, 16; KPS30%, 4; KPS20%, 5. Na última semana de vida: KPS 20%, 14; KPS10%, 22 com pacientes de internação SID24h. Dos óbitos hospitalares, cinco pacientes estavam no programa de CP. **Conclusão:** O OD é desfecho esperado para pacientes elegíveis a programa de CP. Acredita-se que o fortalecimento do conceito hospice com os familiares e médicos assistentes sem formação de palição seja fundamental para a consolidação. A ação da EM com psicologia atuando antes do atendimento domiciliar agrega a confiança necessária.

Palavras-chave: Hospice; Óbito domiciliar; Atenção domiciliar.

E-mail: msa@cardiol.br

Experiência com equipe transdisciplinar no óbito domiciliar de pacientes oncológicos e não oncológicos: Grupo Geriatrics

Autores: Pires, MLGS; Rodrigues, R; Fonseca, FL; Lima, DFS; Rodrigues, RPC.

Instituição: Grupo Geriatrics - Rio de Janeiro

Introdução: Hospice compreende os cuidados paliativos intensivos de fim de vida em estágios avançados até o luto familiar e tem como meta controlar e aliviar os sintomas digna e respeitosamente. **Objetivo:** Descrever o processo de trabalho para garantir o resultado assistencial com o óbito em domicílio nos diferentes perfis de paciente, oncológicos e não oncológicos. **Metodologia:** Avaliados 61 pacientes que evoluíram à óbito de agosto de 2014 a junho de 2016, classificados de acordo com as escalas de Karnofsky (KPS) e Zubrod (OS), obtidas na admissão e última semana de vida. **Resultados:** 98% (60) da amostra tinha idade superior a 65 anos; 58% (35) eram do sexo feminina. As doenças não oncológicas ocorreram em 61% (37) dos pacientes. Do total de óbitos, 73,7% (45) ocorreram no domicílio, e 26,3% (16), no hospital. Dos 45 pacientes em óbito domiciliar, 80% (36) estavam no hospice care e possuíam a seguinte classificação de acordo com as escalas de Zubrod e Karnofsky na admissão do programa: PS2 KPS50%, 11 pacientes; PS3 KPS40%, 16 pacientes; PS3 KPS30%, 4 pacientes; PS4 KPS20%, 5 pacientes. **Conclusão:** O óbito domiciliar é um desfecho necessário devido ao envelhecimento populacional e às dificuldades de leitos em ambiente hospitalar. Para que isso ocorra com sucesso, é necessária uma abordagem com equipe transdisciplinar com os conceitos e metodologias de palição, seja para pacientes oncológicos e não oncológicos, associada a um programa de internação com enfermagem 24h.

Palavras-chave: Hospice; Óbito domiciliar; Atenção domiciliar.

E-mail: msa@cardiol.br

Relato de caso: confecção de via alternativa para alimentação em paciente clínico em cuidados paliativos – é indicado?

Autores: Pires, MLGS; Rodrigues, R; Fonseca, FL; Lima, DFS; Rodrigues, RPC.

Instituição: Grupo Geriatrics - Rio de Janeiro

Introdução: C.A.S.R., 71 anos, sexo masculino, acamado há 26 anos por sequela neurológica após traumatismo cranioencefálico. Evolução com infecções pulmonares de repetição, perda de peso, lesão por pressão e várias hospitalizações. Alimentação e medicação por via oral exclusiva. **Objetivo:** Discutir a indicação de via alternativa para alimentação (gastrostomia) no paciente com perfil de cuidados paliativos não oncológicos. **Metodologia:** Análise de prontuário do acompanhamento da equipe multiprofissional desde a admissão em abril de 2014 até a data da análise (setembro de 2016). **Resultados:** Admissão em abril de 2014 em programa SID12h e abordagem de cuidados paliativos, com objetivo de não hospitalização e finitude no domicílio. Nesse momento, classificado como PS2 KPS50%. Nos seis meses iniciais, apresentou dependência de oxigênio, crise convulsiva, infecções pulmonares repetidas, perda de peso e aceitação parcial da alimentação associado à dificuldade de manutenção de prescrição medicamentosa. Indicou-se confecção de gastrostomia endoscópica eletiva em novembro de 2014 e, desde então, o paciente evoluiu com ganho de peso, sem episódios de crise convulsiva, apesar de infecções pulmonares frequentes. Após oito meses, apresentou quadro infeccioso pulmonar grave com KPS20%, iniciaram-se cuidados de fim de vida para o óbito domiciliar, no entanto evoluiu com melhora após início de antibioticoterapia. **Conclusão:** Em paciente com perfil clínico em estágios não avançados de cuidados paliativos (KPS60/50/40%), a gastrostomia é uma alternativa auxiliar para garantir a medicação, alimentação e hidratação em pacientes sem a via oral apta.

Palavras-chave: Gastrostomia; Cuidado paliativo; Atenção domiciliar.

E-mail: msa@cardiol.br

Retratos de um território por meio do olhar da assistência domiciliar

Autores: Alvarez, MMR; Schaeffer, M.

Instituição: Instituto Nacional do Câncer

Introdução: O município de Duque de Caxias, com população concentrada na área urbana, encontra-se entre os dez municípios do país com maior déficit em saneamento básico, contrapondo sua 6ª posição no ranking das cidades que representaram 25% do PIB nacional de 2002. A cidade apresenta um progressivo aumento da população idosa em um contexto de desenvolvimento urbano adverso. Dos 33 idosos atendidos pela assistência domiciliar do INCA IV, 11 apresentavam idade acima de 80 anos, e 22, entre 60 a 79 anos. A maioria (66%) apresentava renda familiar entre um a três salários mínimos e apenas 6% tinha renda acima de cinco salários mínimos. Muitos idosos em tratamento paliativo oncológico possuem comorbidades, perda da funcionalidade e múltiplas demandas de cuidados. É sabido que o território em que as pessoas vivem possui características sociais, políticas, culturais e econômicas próprias e está diretamente relacionada à sua qualidade de vida e saúde. O ato de cuidar e assistir tecnicamente no domicílio faz parte de um contexto territorial em que se apropriam e se constroem relações, possibilidades, qualidade de vida. Os limites podem ser encontrados na realidade social posta e no alcance institucional, mas as possibilidades podem advir destes e impulsionar para uma ação intersetorial, de redes e laços. **Objetivo:** Conhecer o território da assistência domiciliar, seus limites e possibilidades, para melhor cuidar, ocupar e assistir. **Metodologia:** Estudo descritivo da coleta de dados do instrumento perfil social/genograma dos 33 idosos atendidos em Caxias pela assistência domiciliar no 1º semestre de 2016 e os dados demográficos do município. **Conclusão:** O território assistido apresenta indicadores de desigualdade social e precárias condições de vida. O suporte da equipe interdisciplinar é fundamental na perspectiva de garantir a integralidade do cuidado, assim como o apoio e o fortalecimento da rede primária de cuidados e informações para o acesso aos direitos sociais.

Palavras-chave: Território; Assistência domiciliar; Idosos; Cuidados paliativos.

E-mail: malvarez@inca.gov.br

Cartão do Oxigênio: uma proposta para acompanhamento de crianças e adolescentes em oxigenoterapia domiciliar prolongada no município de Ribeirão Preto, São Paulo

Autor: Pereira, LFF.

Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

A oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) é um procedimento de alto custo que tem sido cada vez mais utilizado em nosso meio, tanto na população adulta como nas crianças e adolescentes. Por serem muitas as suas indicações terapêuticas, torna-se difícil avaliar a situação clínica considerada ideal em relação aos parâmetros de oxigênio para cada criança/adolescente e sua patologia específica. Com o objetivo de facilitar o seguimento desses pacientes em ODP atendidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de Ribeirão Preto/SP, foi proposta a elaboração de um formulário em formato de cartão, chamado de Cartão do Oxigênio. O plano de ação será desenvolvido em etapas específicas: construção do projeto do Cartão do Oxigênio com a equipe do SAD de Ribeirão Preto; definição dos parâmetros; capacitação da equipe para sua utilização; familiarização dos pais/cuidadores com o cartão por meio de oficinas; aplicação nas crianças e adolescentes até 19 anos completos em ODP acompanhadas pelo SAD. Espera-se que a utilização do cartão pela equipe do SAD de Ribeirão Preto, durante as visitas domiciliares, facilite o seguimento dessas crianças e adolescentes em ODP.

Palavras-chave: Saúde da criança; Saúde do adolescente; Serviços de saúde.

E-mail: lillianffpereira@hotmail.com

Relato de caso sobre a atuação da equipe interdisciplinar da Unimed Volta Redonda no atendimento domiciliar a paciente pós-operatório de artrodese tóraco-lombar

Autores: Rocha, TM; Nascimento Neto, JÁ.

Instituição: Unimed Volta Redonda

Introdução: O paciente A.J.P.A. apresenta histórico de artrodese lombar realizada em 2009, sendo, posteriormente, necessária duas intervenções corretivas: a primeira em 2014 e a segunda em novembro de 2015, esta última realizada no hospital Unimed Rio de Janeiro. Após essa última intervenção, paciente foi recebido pela equipe interdisciplinar de atendimento domiciliar. Paciente idoso, 72 anos, lúcido, orientado, cooperativo, apresentando dor lombar, restrição de amplitude de movimento de tronco, fraqueza muscular abdominal e de membros inferiores. **Objetivo:** Analisar a atuação da equipe interdisciplinar de atendimento domiciliar do Pró Vida Unimed Volta Redonda, dentro dessa assistência, considerando os resultados positivos obtidos na sua reabilitação em domicílio. **Metodologia:** Trata-se de um relato de caso no qual é exposto o trabalho desenvolvido pela equipe desde o início de seu tratamento até o encaminhamento ao ambulatório. **Resultados:** Paciente foi acompanhado durante quatro meses pela equipe, sendo realizado fisioterapia motora três vezes por semana e visitas mensais de enfermagem para cuidado com a cicatriz cirúrgica. O tratamento fisioterapêutico objetivou estabilização, com fortalecimento muscular de tronco, e também fortalecimento muscular de membros inferiores. Após o período de acompanhamento domiciliar, paciente apresentou melhora em suas funções e foi encaminhado para continuar o tratamento em ambulatório no programa Escola da Coluna, também do Pró Vida Unimed Volta Redonda. **Conclusão:** Ao identificar o resultado positivo da reabilitação desse paciente e o retorno dele às suas atividades diárias com autonomia, é possível perceber a importância da atuação da equipe interdisciplinar de atendimento domiciliar, restabelecendo sua qualidade de vida de forma eficaz e em curto espaço de tempo.

Palavras-chave: Interdisciplinaridade; Domicílio; Artrodese tóraco-lombar; Pós-operatório.

E-mail: thiago.fisioterapia@yahoo.com.br

Relato de experiência na gestão assistencial de pacientes acamados no serviço privado

Autores: Cabral, LRB; Moreno, RD; Morais, VS; Siqueira, MR; Filgueiras, MSC; Funayama, KY; Ferreira, MNQ; Barzachi, ASR; Brisola, YMH; Souza, FM; Canineu, RFB; Silva, TH; Tomaz, CCC; Santos, MLS.

Instituição: Santa Helena Assistência Médica

O envelhecimento populacional e a prevalência das doenças crônicas levam à necessidade de otimizar os leitos hospitalares e buscar alternativas sustentáveis na assistência aos pacientes acamados. A Santa Helena Assistência Médica é uma operadora de saúde da Região do ABC Paulista com rede própria. Em maio de 2015, iniciou-se um programa de suporte integrado ao paciente com alta dependência, caracterizado por um modelo misto, no qual se integra a assistência ambulatorial, domiciliar e, quando necessário, hospitalar. O objetivo é gerenciar a assistência de pacientes acamados e com alta dependência nos cuidados, visando ao atendimento de qualidade, promovendo a desospitalização e a melhor gestão de custos com os serviços de assistência domiciliar. São características do Suporte Integrado ao Paciente com Alta Dependência (SIAD): consultas ambulatoriais com médico e serviço social; remoção de ambulância para casos selecionados, conciliando o atendimento com profissionais da equipe multidisciplinar quando indicado (fonoaudiologia, fisioterapia, nutrição e psicologia); monitoramento pela central telefônica de enfermagem; consultas domiciliares de enfermagem; atendimentos domiciliares pontuais de auxiliar de enfermagem, fisioterapia e fonoaudiologia, conforme indicação da equipe, para avaliação ou realização de procedimentos; interface com equipe hospitalar para discussão de casos; reuniões semanais com equipe assistencial ambulatorial, enfermeiras visitadoras e da central de monitorização, e profissionais de equipe multidisciplinar domiciliar. O SIAD tem demonstrado grande custo-efetividade, com redução importante no número de internações hospitalares, diárias hospitalares e no número de passagens nos serviços de emergência dos pacientes após a inclusão no programa.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Alta dependência; Desospitalização.

E-mail: lubertini@uol.com.br

Análise da demanda por atenção domiciliar em Minas Gerais em pacientes usuários da rede hospitalar

Autores: Horta, NC; Paulucci, TD; Albuquerque, DP; Cunha, MCM; Silva, KL; Barcelos, BJ.

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Como parte das redes de atenção à saúde, a atenção domiciliar (AD) é vista como alternativa no processo de inversão do modelo de saúde, tendo como eixo central a desospitalização. A AD é considerada como uma estratégia racionalizadora do sistema de saúde, na medida em que permite a redução de custos e otimização dos recursos. Este artigo tem como objetivo analisar a demanda por AD em municípios do Estado de Minas Gerais, buscando identificar as informações sobre o custo e complexidade de pacientes elegíveis para a AD em atenção hospitalar. Estudo descritivo-exploratório, de abordagem quanti-qualitativa, que incluiu o levantamento das demandas por atenção domiciliar nos hospitais públicos e filantrópicos em Minas Gerais, com levantamento do número de internações hospitalares em estabelecimentos que receberam recursos do SUS, no ano de 2014. A demanda por AD foi analisada por meio de questionário com 1.286 pacientes em 22 hospitais. Quanto à capacidade para internações pelo SUS e recebimento de recursos disponibilizados para esse fim, houve concentração de 55,64% das internações nas macrorregiões Centro, Sul e Sudeste, para as quais 61,73% do recurso para internação foi destinado. O grupo etário de 16 a 45 anos de idade engloba o maior número de internações, sendo 96,7% dos casos de média complexidade, com um predomínio de mulheres (57%) em relação aos homens. O custo médio de diária nos 524 estabelecimentos de saúde de Minas Gerais que receberam recursos do SUS em 2012 foi de R\$ 213,76. Os achados revelaram que 79,4% foram considerados elegíveis para AD. Apenas 231 pacientes (17,9%) da amostra coletada tinha alimentação não oral e 29,1% da amostra coletada era independente para realização das atividades. Constatou-se na análise hospitalar do estudo que a distribuição assimétrica das instituições hospitalares acompanha a disponibilização assimétrica de recursos para esse fim. Assim, a possibilidade de analisar a oferta e a demanda da AD exige reconhecer as diferentes necessidades da população a partir do perfil de morbimortalidade local.

Palavras-chave: Serviços de assistência domiciliar; Modelos organizacionais; Políticas públicas de saúde; Sistema Único de Saúde; Financiamento da assistência à saúde.

E-mail: nataliahorta@pucminas.br

Serviço social na atenção domiciliar: um rico espaço de ação profissional

Autores: Freitas, EJX; Franca, AES.

Instituição: Centro Universitário Ítalo-Brasileiro

Introdução: O atendimento domiciliar constitui-se como uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, processo em que o assistente social possui significativa relevância, dado a multiplicidade de fatores que, no espaço do cotidiano, podem gerar intercorrências ao processo de tratamento domiciliar. **Objetivo:** Com a presente pesquisa, buscou-se analisar as principais funções do assistente social atuante na assistência domiciliar, por se tratar de um profissional propositivo, com importante ação interdisciplinar. **Metodologia:** Foi realizada pesquisa de natureza qualitativa, de nível explicativa, instrumentalizada por entrevistas semiestruturadas aplicadas a assistentes sociais atuantes no cenário da assistência domiciliar. **Resultados:** Obteve-se como resultado a compreensão da relevância da atividade profissional do assistente social, bem como a dinamicidade de situações às quais os profissionais são expostos em razão da complexidade que circunda a assistência domiciliar, impondo aos profissionais desafios ao estabelecimento de um processo de trabalho uniforme do ponto de vista metodológico e instrumental. **Conclusão:** Conclui-se, a partir do presente trabalho, que o assistente social desenvolve suas atividades viabilizando melhorias na qualidade de vida do paciente e de sua família, na medida em que facilita os processos comunicacionais com a equipe multidisciplinar, bem como viabilizando mudanças no contexto objetivo de vida do grupo familiar, com vistas à efetivação dos princípios prescritos no projeto ético-político profissional, sendo, constantemente, desafiado ao contínuo aprimoramento profissional teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo.

Palavras-chave: Assistente social; Assistência domiciliar; Equipe multiprofissional.

E-mail: ejxfreitas@gmail.com

A influência da dimensão social nos cuidados dos pacientes em assistência domiciliar

Autores: Nascimento, LJ; Daniel, DS.

Instituição: Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP)

Introdução: A assistência domiciliar permite ao assistente social compreender as dinâmicas socioculturais presentes no processo saúde-doença a partir do território em que os pacientes estão inseridos, pois este apresenta múltiplos fatores sociais e econômicos que podem influenciar no acesso à saúde. Assim, o serviço social interfere no âmbito das situações sociais que afetam as condições em que vivem as pessoas e influenciam a prestação dos cuidados domiciliares. **Objetivo:** Compreender com que frequência são apontadas dificuldades de âmbito social em relação aos cuidados dos pacientes em assistência domiciliar pelo NADI do HC-FMUSP. **Metodologia:** Entrevista composta por cinco perguntas fechadas, aplicada a 16 cuidadores responsáveis ou pacientes lúcidos acompanhados pelo serviço, e revisão bibliográfica sobre a temática. **Resultados:** Identificou-se que 87,5% dos entrevistados possuíam alguma dificuldade relacionada a aspectos da dimensão social, dos quais 85,7% tinham mais de uma dificuldade. As limitações financeiras e de organização familiar nos cuidados apareceram como as situações mais frequentes (78,6%). Do total das dificuldades pontuadas, 26,8% diziam respeito à situação financeira, 26,8%, à organização familiar, 17,2%, ao acesso a rede de serviços, 14,6%, à acessibilidade, e 14,6%, ao acesso a benefícios previdenciários e assistenciais. **Conclusão:** Os aspectos da dimensão social frequentemente influenciam na promoção da saúde, já que dificuldades desse âmbito foram citadas na relação com o cuidado, o que evidencia a importância da atuação do assistente social. Cabe a este dar a devida atenção e identificar tais aspectos, de modo a propor alternativas e ações que complementem a atuação da equipe multiprofissional, em uma perspectiva de assistência total e integral à saúde.

Palavras-chave: Dimensão social; Serviço social; Assistência domiciliar; NADI.

E-mail: ticia_jn@hotmail.com

A abordagem do/a assistente social na atenção domiciliar

Autores: Daniel, DS; Nascimento, LJ.

Instituição: Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI), do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP)

Introdução: O domicílio é o espaço onde se manifestam as relações familiares, sociais e culturais. Nele podem ser visualizados território, cotidiano e totalidade do paciente/família. O profissional de serviço social visa contribuir para as resoluções das demandas apresentadas, no sentido de evitar que as situações sociais vivenciadas pelos pacientes e familiares influenciem na manutenção da família e na qualidade dos cuidados. Nesse sentido, a abordagem do assistente social pode trazer resultados concretos à realidade dos pacientes atendidos em domicílio. **Objetivo:** Identificar as principais intervenções realizadas pelo serviço social no NADI e sua relação com as demandas apresentadas pelos pacientes/família em assistência domiciliar. **Metodologia:** Consistiu na análise dos prontuários dos 101 pacientes em acompanhamento em setembro de 2016 pelo NADI. **Resultados:** Verificou-se que foi utilizado o instrumento de avaliação socioeconômica (questionário de entrevista social no qual consta a identificação do paciente e do cuidador responsável; composição e renda familiar, relação de moradia; infraestrutura e locomoção) e foram acolhidos 100% dos pacientes. No que diz respeito às orientações e encaminhamentos: 34,8% correspondiam à curatela e procuração, 21,7%, à previdência, 25,2%, à rede de serviços de saúde/insumos, 18,3%, à rede de recursos assistenciais. **Conclusão:** Constata-se que as principais intervenções na assistência domiciliar condizem com as vulnerabilidades sociais apresentadas no domicílio, pautando-se no acesso aos benefícios previdenciários e recursos e/ou insumos disponibilizados pela rede de serviços de saúde e assistência, no reconhecimento da importância da representatividade civil (procuração ou curatela). Sendo assim, as orientações e os encaminhamentos realizados pelo serviço social propiciam a possibilidade de melhores condições materiais e acesso à saúde.

Palavras-chave: Serviço social; Assistência domiciliar; NADI.

E-mail: daysd.servicosocial@hotmail.com

Abordagem multidisciplinar no tratamento de múltiplas lesões por pressão em paciente desnutrida grave: estudo de caso

Autores: Reis, JAAA; Rodrigues, LCA; Silva, LP; Matias, AML; Silva, KA.

Instituição: Prefeitura Municipal de Uberlândia/MG

Introdução: Paciente T.F.N., 84 anos, sexo feminino, com sequela neurológica e motora por encefalopatia hipóxico-isquêmica pós-PCR, admitida pela equipe SAD – Melhor em Casa Uberlândia – devido à síndrome de imobilidade, caracterizada por múltiplas lesões por pressão, déficit cognitivo adquirido, uso de gastrostomia, incontínências e desnutrição severa. **Objetivo:** Evidenciar a importância da atuação multidisciplinar e cuidado compartilhado com a família na recuperação das lesões por pressão, oferecendo conforto e qualidade de vida à paciente em cuidados paliativos. **Metodologia:** Foram realizadas visitas domiciliares semanais de 31 de julho de 2014 a 26 de setembro de 2016, incluindo: avaliação médica para controle da dor efetivado com codeína; acompanhamento nutricional com avaliações antropométricas e orientação da dieta artesanal hiperproteica e hipercalórica com introdução de módulo de proteína do soro de leite e suplemento normocalórico e hiperproteico com fibras - sem sabor; cuidados de enfermagem com orientação de curativo diário, utilizando coberturas de acordo com estágio, tecido e evolução das lesões e mudanças de decúbito a cada duas horas, além de fisioterapia motora. **Resultados:** Observada melhora significativa das lesões, com cicatrização completa em dezembro de 2015, especialmente após o aumento da densidade calórica da dieta artesanal, conforme necessidade da paciente, e introdução de suplementos hiperproteicos e do trabalho de acolhimento e esclarecimento à família e aos cuidadores, que até então mostravam-se inseguros e resistentes diante de múltiplas tentativas sem sucesso. **Conclusão:** A integração entre equipe multidisciplinar e cuidadores com reforço da importância da adesão ao tratamento proposto possibilitou a recuperação integral da paciente, alcançando o objetivo principal de diminuir seu sofrimento e angústia, permitindo maior dignidade no cuidado.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Úlcera por pressão; Assistência domiciliar.

E-mail: ju_assad@yahoo.com.br

A importância da constante avaliação multidisciplinar em pacientes portadores de doenças neurodegenerativas: estudo de caso

Autores: Reis, JAAA; Rodrigues, IG; Mendes, MM; Souza, TA; Barbosa, AJV.

Instituição: Prefeitura Municipal de Uberlândia/MG

Introdução: Esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma doença progressiva que afeta neurônios motores, resultando em paralisia total dos músculos e, com isso, dependência total do paciente para as atividades da vida diária (AVDs). A atenção domiciliar é uma modalidade de cuidados que promove qualidade e conforto para esses casos. Em uma perspectiva de multidisciplinaridade, a fisioterapia atua de forma a minimizar as complicações da doença. **Objetivo:** Relatar experiência do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de Uberlândia/MG no atendimento de paciente diagnosticado com ELA e sua evolução motora durante as sessões de fisioterapia. **Caso:** Paciente R.A.V.O., sexo masculino, 48 anos, negro, acamado, tetraplégico, totalmente dependente para AVDs, diagnosticado com ELA por meio de eletroneuromiografia e tomografia computadorizada, realizados em outubro de 2014. Admitido no SAD Uberlândia em 19 de novembro de 2014, o paciente apresenta-se estável em relação à progressão da doença, uma vez que respira espontaneamente em ar ambiente, possui bom padrão respiratório e não apresenta deformidades articulares significativas ou outras comorbidades. A fisioterapia é realizada diariamente pelas cuidadoras e pelos fisioterapeutas do SAD, semanalmente. Observou-se que, durante as sessões de fisioterapia, o paciente conseguia realizar contrações isométricas de quadríceps (voluntárias), estendendo ambas as pernas e esboçando flexão dos dedos de ambas as mãos. Em reunião multidisciplinar, foi verificada a importância de nova avaliação neurológica a fim de confirmação diagnóstica, haja vista não existir relatos na literatura de pacientes com ELA com melhora progressiva em seu quadro motor. **Conclusão:** Avaliações periódicas da equipe multidisciplinar podem sugerir novas investigações diagnósticas e oferecer a possibilidade de tratamento e controle da progressão da doença.

Palavras-chave: Esclerose lateral amiotrófica; Assistência domiciliar; Fisioterapia; Avaliação multidisciplinar.

E-mail: ju_assad@yahoo.com.br

Atuação multidisciplinar em cuidados paliativos e dor total de paciente oncológica: estudo de caso

Autores: Rodrigues, LCA; Reis, JAAA.

Instituição: Prefeitura Municipal de Uberlândia/MG

Paciente V.A.O.R., sexo feminino, 55 anos, apresentava quadro de dor cervical em queimação intermitente e de fraca intensidade com irradiação para coluna lombar há muitos anos. A piora da dor ocorreu em setembro de 2014, passando a ser de forte intensidade com irradiação para o membro superior direito, evoluindo rapidamente para perda de força muscular generalizada. Realizou ressonância magnética em novembro de 2014, que mostrou formação expansiva sólida intradural e extramedular entre C2/C5, com compressão medular. Após laminectomia, a biópsia indicou melanoma de medula cervical. Admitida no SAD Uberlândia em 14 de novembro de 2014, tetraplégica, após a abordagem cirúrgica, a paciente relatava melhora total da dor. A equipe multidisciplinar ofereceu suporte emocional e espiritual à paciente e sua família, além de fisioterapia, terapia ocupacional e acompanhamento nutricional e médico. Com isso, houve ótima recuperação funcional, com ganho significativo de força muscular, apesar da parestesia de membros superiores e inferiores. Após novas avaliações oncológicas, observou-se crescimento do tumor, e a paciente foi encaminhada aos cuidados paliativos em junho de 2015. Com a descoberta da incurabilidade da doença, passou a relatar piora significativa dos sintomas, forte dor em queimação, desânimo, humor deprimido, mal-estar generalizado, adinamia e perda do apetite, apesar do uso concomitante de fentanil transdérmico e analgésicos coadjuvantes. A dor que era apenas física passou a ter componentes emocionais, sociais e espirituais envolvidos, configurando-se como dor total. Buscando uma avaliação multidimensional da dor, a equipe – especialmente a psicologia – intensificou as visitas domiciliares para aliviar o sofrimento da paciente por meio de escuta ativa, acolhimento e comunicação aberta, objetivando atenuar angústias e promover maior qualidade de vida à paciente e seus familiares.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Assistência domiciliar; Dor total.

E-mail: ju_assad@yahoo.com.br

Território, suporte social e dimensões do cuidado

Autores: Nascimento, LJ; Barros, CS.

Instituição: Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP)

N.B., 80 anos, natural e procedente de São Paulo, solteira, sem filhos, aposentada, reside há 58 anos em imóvel próprio em bairro da Zona Oeste com sua irmã, Sra. W., de 78 anos, sua cuidadora responsável. Foi admitida em assistência domiciliar em maio de 2016 com diagnóstico de síndrome demencial avançada, evoluindo com imobilismo, encontrando-se incapaz para reger os atos da vida civil, assim como com necessidade de ser assistida em suas atividades básicas de vida diária. Possui cuidadora contratada, residente no mesmo bairro. Em primeira visita, Sra. W. relatou ter colocado a casa em que vivem, herdada pelos pais, à venda, objetivando melhorar a situação financeira da família e dividir o valor entre os irmãos. Quando questionada sobre o auxílio de terceiros, Sra. W. informou já ter recebido ajuda de vizinho para o manejo da paciente em situação de queda e assistência de seu sobrinho, também residente no bairro, para outras atividades. Em visitas seguintes, Sra. W. disse que a paciente, além de assistência domiciliar de nossa equipe, recebia insumos da Unidade Básica de Saúde de seu território, pois ambas irmãs estavam inseridas no Programa Acompanhante de Idosos. Em discussão multiprofissional, equipe pontuou futuras implicações na venda da casa. Conclusão: A atuação do serviço social buscou compreender a alternativa encontrada pela família, propondo reflexão com a Sra. W. sobre a importância do suporte social presente no território, espaço este em que família tem vivenciado suas experiências de pertencimento, construção de identidade e acesso aos recursos públicos disponíveis na região. Diante dessas questões, buscamos, sobretudo, preservar a autonomia da família, respeitando suas decisões.

Palavras-chave: Território; Suporte social; Cuidados; Serviço social; NADI.

E-mail: ticia_jn@hotmail.com

Fisioterapia em quadro álgico de joelho: relato de caso

Autor: Barbosa, ALR.

Instituição: Atendimento particular

As lesões de joelho são consideradas comuns nos atletas, entretanto acomete também outros indivíduos devido a traumas ou fatores degenerativos. Em alguns casos, não é possível a regeneração das estruturas acometidas, mas sim oferecer um tratamento que melhore a qualidade de vida. Sendo assim, relato um caso de um indivíduo que obteve resultado positivo após tratamento de fisioterapia após lesão degenerativa. Paciente admitido em 25 de julho de 2016, U.O.N., 52 anos, apresentava quadro álgico em joelho esquerdo há aproximadamente cinco meses, evoluindo para claudicação, fazendo-o evitar caminhadas. Foi realizada ressonância magnética constatando rotura do menisco medial, leve tendinopatia patelar e de quadríceps, leve estiramento de LCA e LCM e peritendinite da pata de ganso. O paciente relatou nunca ter apresentado dor no joelho antes e que não sofreu nenhum trauma na região. Informou que houve início da dor aproximadamente seis meses depois de interromper exercícios de fortalecimento muscular, os quais já realizava há dois anos. Apesar de possuir convênio e ter a possibilidade de realizar fisioterapia em clínica, o paciente optou por realizar o tratamento domiciliar particular, devido à disponibilidade de tempo, garantindo, assim, a eficiência do tratamento, não deixando de realizá-lo a quantidade de sessões pertinentes. O tratamento iniciou-se com cinesioterapia três vezes por semana e crioterapia quando houvesse dor. Após um mês, o paciente já apresentava melhora da dor e, dois meses depois, apresentou melhora de força muscular e equilíbrio, não demonstrando mais episódios de quadro álgico e claudicação, além de voltar a realizar caminhadas. A evolução do paciente deve-se ao seu desempenho e disciplina em separar um tempo em seu lar para realizar o tratamento proposto, tendo o apoio e a colaboração de toda a família.

Palavras-chave: Fisioterapia; Lesão de joelho; Tratamento domiciliar.

E-mail: laryssa.rios@hotmail.com

A organização do serviço de atenção domiciliar em um município do Estado de Minas Gerais

Autores: Barcelos, BJ; Rocha, MS; Horta, NC; Cunha, MCM.

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Introdução: O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é caracterizado por um conjunto de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, realizados em domicílio, integrado às redes de atenção à saúde. **Objetivo:** Analisar a organização do SAD em um município de grande porte da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH). **Metodologia:** Trata-se de estudo de caso que tem como cenário o município que integra a RMBH do Estado de Minas Gerais. Os participantes da pesquisa foram quatro cuidadores e sete profissionais que responderam à entrevista semiestruturada no período de maio a julho de 2015. **Pesquisaram-se** ações realizadas pelo SAD no município, perfil dos usuários e composição da equipe, analisados por meio da técnica de análise de conteúdo. **Resultados:** O SAD no município é organizado com duas equipes multiprofissionais, sendo uma de apoio, incluindo duas enfermeiras, um médico, três técnicos de enfermagem, duas fonoaudiólogas e duas assistentes sociais. A partir das entrevistas, percebeu-se que os profissionais realizavam planejamento terapêutico e discutiam os casos dos usuários, porém existiam desafios na referência e contrarreferência na articulação com a rede. **Acerca do perfil dos usuários,** verificou-se que a maioria era de idosos, acamados e diagnosticados com câncer. Os cuidadores desses usuários são informais, a maioria com vínculo familiar, sem capacitação, e afirmaram receber orientações sobre procedimentos e cuidados ao usuário. **Conclusão:** Denota-se que o SAD no município está estruturado para atender às necessidades de saúde dos usuários e articular com os cuidadores. Entretanto, é necessário garantir o suporte de referência e contrarreferência e priorizar a formação de cuidadores para melhoria do cuidado.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Equipe multidisciplinar; Usuário; Cuidador.

E-mail: barbara_barcelos17@hotmail.com

Atenção domiciliar em saúde: oferta e demanda

Autores: Barcelos, BJ; Silva, YC; Silva, KL; Leone, DRR; Santos, CM; Castro, EAB; Souza, ID; Sena, RR.
Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais

No Brasil, o serviço organizado na forma de cuidado domiciliar passou a existir a partir de 1990. A organização da oferta da atenção domiciliar (AD) vem passando por transformações nos últimos anos, coincidindo com os primeiros anos da implantação dessa modalidade proposta pela Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD). Objetiva-se analisar a oferta e a demanda de AD nos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) em Minas Gerais. Este estudo é parte da pesquisa intitulada “Atenção domiciliar em saúde: efeitos e movimentos na oferta e demanda no SUS”, desenvolvido pelo NUPEPE da UFMG. Trata-se de pesquisa descritivo-exploratória, de abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas com 17 coordenadores e 5 gestores de SAD e, posteriormente, análise crítica do discurso. Todas as etapas estiveram em concordância com a Resolução nº 466/2012 do Ministério da Saúde. Observa-se que a trajetória de aproximadamente 20 anos de AD apresentou mudanças na configuração dos serviços em Minas Gerais a partir da publicação das normativas da PNAD. A oferta de serviços de AD no SUS expandiu, passando de 11 com a Portaria de 2011, que iniciou o repasse de incentivo financeiro, para 26 em 2016. Mas esse contexto de expansão está ainda permeado por limites para atender à verdadeira demanda da população. Os resultados indicam que, nas cidades de grande porte, apesar de possuírem o maior quantitativo de serviços, ainda há desproporção entre população adscrita e a oferta, identificando-se uma significativa população descoberta. Portanto, percebe-se a baixa oferta da AD, bem como os vazios assistenciais dessa modalidade de atenção. Há necessidade de uma interface com outros pontos da rede de atenção à saúde.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Cuidado domiciliar; Serviços de assistência domiciliar.
E-mail: barbara_barcelos17@hotmail.com

Internação hospitalar em um programa de gerenciamento idosos com alta complexidade em atenção domiciliar: Grupo Geriatrics

Autores: Ferreira, PCS; Santos, D; Pires, MLGS; Rodrigues, RPC; Marins, L; Fonseca, FL.
Instituição: Grupo Geriatrics

Introdução: Modelos assistenciais de atenção integral à saúde do idoso (I) devem ser desenvolvidos na esfera da saúde suplementar, em decorrência do envelhecimento populacional e demanda por serviços de saúde dessa população, cuja faixa etária determina maior impacto na utilização do serviço, bem como maior consumo de recursos financeiros destinados à saúde. **Objetivo:** Identificar as causas de internações hospitalares (IH) em um grupo de I de alta complexidade de cuidados em empresa de saúde privada. **Metodologia:** Estudo transversal que avaliou 170 I, de agosto de 2014 a setembro de 2016, integrantes de um programa de gerenciamento em atenção domiciliar – Case Management. **Resultados:** 63,5% (108) eram mulheres, e a média de idade foi de 82,2+8,3 anos; a prevalência de I que internaram foi de 11,2% (19), dos quais 94,7% (18) somente uma vez, com 47,4% (9) retornando ao programa após alta hospitalar e aproximadamente 1/3 (6) evoluindo à óbito no hospital. Das causas de hospitalização: 25% (5) foram por causas infecciosas (100% pneumonia), 15% (3), por doença cardiovascular, 15% (3), por evento agudo cerebrovascular, 15% (3), para investigação diagnóstica, 5% (1), por causa ortopédica, 5% (1), para antibioticoterapia venosa, e 20% (4) por outras causas. **Conclusão:** Apesar da presença de I com maior prevalência de doenças crônicas, as principais causas das IH foram as enfermidades infecciosas complicadas. Mesmo com esforço da equipe interdisciplinar, condições agudas, quando somadas ao grau de dependência funcional e fragilidade dos I, impedem a permanência do tratamento em ambiente domiciliar. Cabe o monitoramento constante dessa população, bem como orientações aos cuidadores para precoce identificação de sinais e sintomas indicativos de quadros infecciosos, para uma abordagem mais precisa.

Palavras-chave: Idoso; Gerenciamento de pacientes; Hospitalizações.
E-mail: flavia.fonseca@geriatrics.com.br

A implementação do processo de enfermagem: relato de experiência

Autor: Souza, CAW.

Instituição: Vitória Home Care Assistência Médica Domiciliar Ltda.

A Vitória Home Care foi criada com intuito de promover o cuidado personalizado e humanizado à população capixaba por meio de uma equipe interdisciplinar, com objetivo de prestar assistência a pacientes com necessidade de assistência e internação domiciliar. Nesse contexto, a equipe de enfermagem tem papel primordial na organização do cuidado. Além disso, por meio da Resolução nº 358 de 2009 do COFEN, todas as instituições de saúde que prestam serviço de enfermagem devem implementar o processo de enfermagem como metodologia de trabalho. Dessa forma, é possível organizar o cuidado e garantir a qualidade da assistência de enfermagem prestada. Por intermédio do levantamento da história, da missão, visão e valores da instituição, foi possível escolher a teoria das necessidades humanas básicas de Wanda de Aguiar Horta para embasamento do cuidado. Em seguida, por uma revisão bibliográfica, foram verificados os modelos de coletas de dados já instituídos e revisados, padronizando, assim, o histórico e exame físico de enfermagem. Logo após, realizou-se o mapeamento cruzado das anotações de enfermagem com intuito de identificar os principais problemas de enfermagem e cruzar com os fatores relacionados e características definidoras da NANDA Internacional, a fim de filtrar os diagnósticos de enfermagem mais recorrentes e incluí-los no sistema informatizado para que, por meio deles, fosse possível pesquisar o diagnóstico e prescrever as intervenções de enfermagem de NIC interligadas no software utilizado para registrar o prontuário dos pacientes. Assim, foi possível facilitar o dia a dia do enfermeiro assistencial ao registrar o cuidado de enfermagem, além de promover a padronização do cuidado prestado ao paciente. Essa metodologia está em constante revisão e adaptação, já que alguns profissionais ainda encontram dificuldade na implantação dela.

Palavras-chave: Processo de enfermagem; Enfermagem domiciliar; Domicílio.

E-mail: enfcamilawagner@hotmail.com

Retrospectiva dos cinco anos do serviço de atenção domiciliar do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (SAD-HRMS)

Autores: Barbosa, ARC; Moreno, FAVC; Duarte, HHS; Junqueira, SLSS.

Instituição: Hospital Regional de Mato Grosso do Sul

Introdução: O SAD-HRMS foi iniciado em julho de 2010 e atende a pacientes oriundos de internações no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS) e que residam nos distritos Sul e Oeste de Campo Grande/MS, abrangendo uma área de cerca de 200 mil habitantes. **Descrição do serviço:** Atualmente, o SAD-HRMS é formado por duas EMAD, cada equipe composta por uma médica, uma enfermeira, um fisioterapeuta e três técnicos de enfermagem, e uma equipe de EMAP, com assistente social, terapeuta ocupacional e fonoaudióloga. Contamos ainda com um assistente administrativa e dois motoristas no serviço. O SAD-HRMS faz parte da Comissão de Cuidados Paliativos, tendo suporte de um médico especialista para esse fim. Durante os cinco anos de funcionamento do serviço, observamos um crescimento gradativo no número de pacientes atendidos, com: 7 pacientes atendidos em 2010; 33 em 2011; 72 em 2012; 92 em 2013; 112 em 2014; 80 pacientes até julho 2015. Quanto à complexidade dos pacientes atendidos, tivemos uma média de 28% dos pacientes em AD3 (atenção domiciliar tipo 3), principalmente em suporte ventilatório, o que se justifica por serem pacientes provenientes de internações hospitalares e pelo HRMS ser referência em pacientes críticos. **Conclusão:** Em cinco anos de funcionamento, houve um crescimento expressivo do serviço, atualmente contando com equipes completas e suporte técnico para os atendimentos. Com isso, observamos aumento gradual da quantidade de pacientes atendidos, mantendo-se o grau de complexidade, com uma elevada taxa de pacientes em AD3.

Palavras-chave: Domiciliar; Assistência; Retrospectiva; Complexidade.

E-mail: alexandrarchb@gmail.com

Perfil de pacientes atendidos pelos pediatras da Captamed Belo Horizonte (BH)

Autores: Carneiro, PNG; Pereira, FS; Gomes, SAD; Vieira, SB; Nascimento, EM; Alves, NM; Lopes, SSS; Figueiredo, LS.

Instituição: Captamed Cuidados Continuados Ltda.

Introdução: Em janeiro de 2016, a Captamed, empresa de assistência domiciliar, ampliou sua área de atuação em Belo Horizonte (BH) com atendimento médico pediátrico. O serviço prioriza controle de danos das doenças de base e acompanhamento das peculiaridades da infância. **Objetivo:** Apresentar o perfil de pacientes acompanhados pelos pediatras da Captamed em BH/Grande BH em 2016. **Descrição:** Foram atendidas 15 crianças (9 em BH, 3 em Sabará, 2 em Contagem e 1 em Nova Lima), das quais 9 (3 meninas e 6 meninos) eram acompanhadas pelos pediatras, 3 estavam em internação domiciliar e o restante em assistência domiciliar. À admissão, as idades variaram de 3 meses a 14 anos; apenas duas pacientes tinham vacinas atualizadas. As crianças apresentaram patologias simultâneas, sendo prevalentes doenças respiratórias (displasia broncopulmonar, asma, insuficiência respiratória crônica), neurológicas (encefalopatia hipóxico-isquêmica, epilepsia, meningomielocoele, hidrocefalia) e do trato gastrointestinal (malformação, distúrbio de deglutição). Sobre uso de dispositivos: três eram traqueostomizadas, cinco, gastrostomizadas, duas, com derivação ventrículo-peritoneal, uma, com cateter totalmente implantável, e uma, com sondagem vesical de alívio diária. Uma criança era dependente de ventilação mecânica e quatro já dependeram ou dependem de oxigenoterapia. Ocorreram cinco hospitalizações, todas em enfermaria, com média de 4,8 dias de permanência. Sobre infecções bacterianas em domicílio, duas usaram antibiótico (ATB) intramuscular (uma com traqueíte e outra com infecção urinária - ITU), uma usou ATB venoso (ITU) e os demais casos corresponderam a otites, sinusites e infecções periestomias, tratadas com ATB oral/por gastrostomia e tópico. **Conclusão:** O atendimento pediátrico domiciliar é um grande desafio, visto a alta complexidade dos pacientes com múltiplas patologias. A Captamed vem estruturando serviço de excelência, na busca de oferecer aos pacientes pediátricos assistência de qualidade e individualizada.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Internação domiciliar; Pediatria.

E-mail: paulanery29@hotmail.com

Recursos de baixo custo: o PVC como uma possibilidade à órtese estática de membro superior

Autores: Borges, VG; Gonçalves, EC.

Instituição: Programa Melhor em Casa (SAD) de Uberlândia/MG

Introdução: Lesões no sistema nervoso central podem causar alteração do tônus muscular, levando à espasticidade ou hipotonia de membros superiores de acordo com a aérea afetada, acarretando prejuízo na função e atividade de vida diária. Como tratamento auxiliar, comumente é indicado o uso de órteses estáticas para posicionamento do membro afetado, com o objetivo de evitar deformidades, melhorar a função e, consequentemente, o desempenho nas atividades de vida diária. **Objetivo:** Descrever a experiência na confecção de órteses estáticas de baixo custo para posicionamento de membro superior em pacientes atendidos pelo Serviço de Atendimento Domiciliar de Uberlândia. **Descrição:** Guiado pela terapeuta ocupacional e pela fisioterapeuta, a experiência com material que tivesse resistência, fosse leve, menos quente e que, principalmente, posicionasse de forma funcional era uma realidade que emergia solução. Com isso, surgiu o uso do material PVC. Para execução da órtese com esse material, é necessário esquentar em fogo para maleabilidade e possibilidade de modelagem, porém há insegurança de modelar no próprio paciente, exigindo que seja modelado na mão do terapeuta e, posteriormente, ajustado conforme necessidades, sendo finalizado com material EVA e posicionamento de velcros para tração. **Conclusão:** A órtese de PVC é um material leve e resistente, com possibilidade de confecção em casa e que resulta no posicionamento funcional, prevenindo deformidades e auxiliando no processo de reabilitação domiciliar.

Palavras-chave: Aparelhos ortopédicos; Terapia ocupacional; Fisioterapia; Assistência domiciliar.

E-mail: veronicagomes.to@gmail.com

Ações para estímulo no cotidiano de idosos com declínio cognitivo: possibilidades x limitações de recursos

Autores: Borges, VG; Silva, ECL; Rodrigues, LCA.

Instituição: Programa Melhor em Casa (SAD) de Uberlândia/MG

Introdução: Com o envelhecimento populacional e o surgimento crescente de doenças crônicas degenerativas, há um concomitante aumento da dependência nas atividades de vida diárias e necessidade de estimular e prevenir agravos. No cotidiano do cuidado domiciliar, em que o cuidador assume vários papéis guiados pela equipe multiprofissional, há o questionamento “o que eu posso fazer para estimular?” que cause benefícios reais por meio da elaboração de estratégias práticas de atividades sem comprometer a rotina do cuidado do paciente, superando impasses como a sobrecarga do cuidador e a escassez de recursos. **Descrição:** Fundamenta-se na atuação do terapeuta ocupacional no serviço do SAD em Uberlândia/MG. **Objetivo:** Estimular o cotidiano com atividades significativas e recursos de fácil acesso. As atividades são selecionadas a partir de um levantamento do histórico-ocupacional, graduadas e fundamentadas nas tarefas cotidianas e ambiente. São exemplos de atividades: tapete funcional, recortes e colagens, pintura/preenchimento com cores, atividade com linhas em geral e música, impressas pela terapeuta no ambiente do SAD e apresentadas ao paciente e cuidador, para que realizem fora do leito, quando possível, com estrutura ambiental para favorecer execução, como: mesa com altura apropriada, almofadas para apoio, materiais disponibilizados de forma prática e de fácil manuseio. **Conclusão:** Com o início das atividades na rotina e mantidas com regularidade, observou-se aumento no tempo da posição sentada, saída de cama e ambiente de quarto, ganhos em habilidades cognitivas, como concentração, mudança de padrão de pensamento, motivação e reinserção de atividades significativas dentro das possibilidades do domicílio, além de ressignificação do cotidiano. Essas medidas permitiram ganho de funcionalidade e, principalmente, qualidade de vida ao paciente.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Terapia ocupacional; Cognição.

E-mail: veronicagomes.to@gmail.com

Estresse do cuidador medido pela escala reduzida de Zarit

Autores: Hoepfner Junior, H; Schmeling, CM; Reineirt, TS; Nery, SA.

Instituição: Unimed Joinville

Introdução: A sobrecarga diante dos diversos aspectos negativos decorrentes da tarefa de cuidar é frequente e relativa a múltiplos fatores. Os cuidadores são exigidos, externa e/ou internamente, a oferecer cuidados intensos e têm sua vida pessoal modificada. Assumir o papel de cuidador faz com que este passe a vivenciar um intenso senso de responsabilidade, paralelo com o reduzido senso de liberdade, envolvendo perdas na vida pessoal, social e econômica muitas vezes. O estresse age no estado emocional do cuidador, interferindo nas rotinas diárias, familiar ou, até mesmo, na qualidade de cuidado oferecido. **Objetivo:** Medir o grau de estresse dos cuidadores familiares e contratados dos pacientes acompanhados pelo SAD para identificar quem são esses cuidadores e nortear as intervenções. **Metodologia:** Durante a visita domiciliar da terapeuta ocupacional, foram entrevistados todos os cuidadores acompanhados pelo SAD, utilizando-se da escala reduzida de sobrecarga do cuidador Zarit. **Resultados:** Dos 51 pacientes visitados, foram entrevistados 69 cuidadores. O nível de estresse de 43 deles foi de sobrecarga leve (19 cuidadores familiares e 24 contratados); 15 com sobrecarga moderada (13 cuidadores familiares e 2 contratados); 11 com sobrecarga grave (10 cuidadores familiares e 1 contratado). **Conclusão:** Os resultados evidenciam que o predomínio de cuidadores dos pacientes acompanhados pelo SAD são cuidadores familiares e sugerem que o grau de estresse do cuidador familiar é maior do que do cuidador contratado. Tais informações são de suma importância e relevância para conduzir as ações e as intervenções com esses cuidadores.

Palavras-chave: Cuidador; Familiar; Zarit; Estresse; Domiciliar.

E-mail: cristianeschmeling@yahoo.com.br

Reabilitação de paciente com traumatismo cranioencefálico (TCE) e fratura de C3 em uso de colar cervical no domicílio: relato de caso

Autores: Gonçalves, EC; Borges, VG.

Instituição: Programa Melhor em Casa de Uberlândia/MG

Introdução: O TCE é um evento patológico que leva a um comprometimento no campo emocional, comportamental, cognitivo e sensório-motor, que demanda necessidade de estimulação no cotidiano. **Objetivo:** Relatar a reabilitação do paciente pós-TCE e fratura cervical em C3 em tratamento conservador. **Descrição:** Paciente com 34 anos, gênero masculino, vítima de ferimento por arma de fogo, incluído no Serviço de Assistência Domiciliar de Uberlândia. À admissão, apresentava déficit cognitivo moderado, plegia em membro superior direito, paresia em membro inferior direito, ausência de controle de tronco e uso de colar cervical para estabilização de fratura em C3. O uso de colar cervical por três meses impossibilitou o encaminhamento para o centro de reabilitação, sendo liberados pela equipe médica exercícios sentados e em decúbito dorsal, com o mínimo de movimentação cervical. **Resultado:** O objetivo inicial foi minimizar complicações pela imobilização prolongada, melhorar força no hemicorpo não acometido, trabalhar negligência do membro superior e ganhar controle de tronco. O déficit cognitivo foi uma barreira na reabilitação. O terapeuta ocupacional introduziu exercícios para estimulação cognitiva e sensorial, assim como estímulo das atividades de vida diária, objetivando maior interação do paciente com ambiente e, assim, melhora cognitiva. Após três meses, com uma sessão semanal associada a orientações para família, houve melhora cognitiva e motora, permitindo ampliar os objetivos, introduzindo transferências e marcha com tutor. Foi possível, mesmo com colar cervical, que o paciente colaborasse nas transferências e deambulasse curtas distâncias. O trabalho multiprofissional no domicílio associado à participação familiar mostrou-se eficaz na reabilitação inicial de um paciente com TCE, com progresso na função motora e cognitiva, o que permitiu melhora da qualidade de vida e do cuidado domiciliar.

Palavras-chave: Atenção domiciliar; Reabilitação; Traumatismo encefálico.

E-mail: veronicagomes.to@gmail.com

Taxa de óbitos domiciliares de uma empresa de atenção domiciliar de Belo Horizonte

Autores: Vieira, SB; Palmieri, NNB; Nascimento, EMT; Lopes, SSS; Teixeira, APR; Guimarães, LC.

Instituição: Captamed Cuidados Continuados Ltda.

Introdução: As mudanças demográficas, epidemiológicas, sociais e culturais têm levado diversos países a repensar seu modelo de atenção à saúde e modalidades de cuidados oferecidas. Nesse cenário, as diversas formas de atenção domiciliar, entre elas o cuidado paliativo, aparecem como soluções interessantes e inovadoras para a reorganização dos sistemas de atenção à saúde. Com esse intuito, a Captamed é uma empresa de atenção domiciliar que oferece várias modalidades de atendimento a pacientes portadores de doenças crônicas e degenerativas, visando à redução das hospitalizações e, principalmente, à condução da terminalidade da vida no domicílio, proporcionando um cuidado mais humanizado aos pacientes durante esse processo. **Objetivo:** Identificar a taxa de óbito domiciliar na Captamed de Belo Horizonte, de janeiro de 2014 a dezembro de 2015. **Metodologia:** Estudo retrospectivo dos óbitos domiciliares. **Resultados:** Nesse período, foram atendidos 5.182 pacientes. A quantidade de óbitos nesse mesmo período foi de 924, sendo 230 óbitos domiciliares (24,9%), atingindo até 50% de óbitos domiciliares nos programas de alta complexidade. A incidência de óbitos domiciliares foram: 2,83% em 2014 e 3,23% em 2015. **Conclusão:** O aumento da taxa de óbito domiciliar no último ano é um reflexo do aperfeiçoamento das estratégias e abordagens realizadas pelos profissionais da Captamed no que se refere à terminalidade da vida e, principalmente, ao cuidado paliativo. A Captamed tem se empenhado em conscientizar as famílias que a morte faz parte de um processo natural e que é necessário a desinstitucionalização dos cuidados hospitalares a fim de proporcionar um cuidado mais digno e humanizado.

Palavras-chave: Atenção domiciliar; Óbito; Cuidado paliativo.

E-mail: samana.vieira@captamed.com.br

Perfil epidemiológico das infecções identificadas em serviço de internação domiciliar

Autores: Victoy, LMR; Pereira, CCV; Parreira, MEMO; Teixeira, APR; Melo, MC; Vieira, SB; Lopes, SSS.

Instituição: Captamed Cuidados Continuados Ltda.

Introdução: O crescimento dos serviços de assistência domiciliar traz questões como circulação de profissionais entre domicílio e hospital, e utilização de dispositivos invasivos em ambiente domiciliar. O conhecimento da prevalência das infecções adquiridas em um programa de internação domiciliar (ID) e de seus respectivos agentes causadores é fundamental para a tomada de decisões de ações preventivas e terapêuticas. **Objetivo:** Descrever perfil epidemiológico e prevalência de infecções causadas por microrganismos multirresistentes entre pacientes do programa de ID de uma empresa privada. **Metodologia:** A equipe de prevenção de controle de infecção e eventos adversos (PCPIEA) da Captamed, empresa privada que oferece serviço de ID, é responsável por monitorar as infecções ocorridas. Dos pacientes assistidos na modalidade ID pela filial Goiânia/GO, no período março a agosto de 2016, foram avaliados os que apresentaram diagnóstico de infecção. **Resultados:** Do total de 116 pacientes, foram identificadas 76 infecções: 40 (52,6%) do trato urinário, 24 do trato respiratório (31,6%), 8 infecções de olhos, ouvido, nariz e garganta (10,5%) e 4 infecções de pele ou partes moles (5,3%). Do total, 17 (22,4%) foram causadas por microrganismos multirresistentes (MDRO): 10 (58,8%) do trato urinário, 6 (35,3%) do trato respiratório, 1 (5,9%) de partes moles. Os MDRO identificados foram: 5 *Klebsiella* spp KPC (29,5%), 2 *Klebsiella* spp. ESBL + (11,7%), 2 *Klebsiella* spp. ESBL – (11,7%), 4 *Pseudomonas* spp. MR (23,6%), 1 *Pseudomonas* spp. PAN (5,9%), 2 *Escherichia coli* ESBL + (11,7%), 1 *Escherichia coli* ESBL – (5,9%). **Conclusão:** Os dados apresentados demonstram a importância da vigilância sistemática e das medidas de controle dos indicadores de infecção associadas aos serviços de ID.

Palavras-chave: Internação domiciliar; Infecção; Microrganismos multirresistentes.

E-mail: loiane.victoy@captamed.com.br

Perfil de eventos adversos identificados na atenção domiciliar

Autores: Vieira, SB; Teixeira, APR; Melo, MC; Palmieri, NNB; Nascimento, EMT; Lopes, SSS.

Instituição: Captamed Cuidados Continuados Ltda.

Introdução: As questões associadas à segurança do paciente constituem um problema mundial de saúde, uma vez que os riscos e a ocorrência de eventos adversos (EAs) têm aumentado no ambiente hospitalar e domiciliar. Define-se como EA qualquer incidente que resulta em dano à saúde não relacionado à evolução natural das doenças de base. Com o intuito de evitar a descompensação das doenças crônicas, hospitalizações e EAs, a Captamed possui várias modalidades de atendimento domiciliar. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo identificar os EAs mais frequentes no ano de 2015. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo e descritivo dos eventos adversos notificados pelos profissionais. **Resultados:** Em 2015, na unidade de Belo Horizonte/MG, o número de pacientes acompanhados por modalidade foi de: 3.259 no GC, 441 no AD, 89 no ID e 1.568 no IE. Nesse período, foram notificados 634 EAs, sendo os mais frequentes: exteriorização de dispositivos (51,7%), queda (24,9%) e úlcera por pressão (14,2%). Foram observados também, em menor frequência, reações alérgicas, danificação de dispositivo, lesões traumáticas e erros na administração de medicamentos, totalizando 9,2%. Ocorreram 371 eventos (58,5%) em pacientes do sexo feminino e 263 eventos (41,5%) em pacientes do sexo masculino. Em relação à distribuição dos eventos por modalidade de atendimento, foram identificados 483 eventos (76%) em pacientes atendidos na modalidade GC, 96 eventos (15%) na modalidade ID, 46 eventos (7%) na modalidade AD e 9 eventos (2%) na modalidade IE. **Conclusão:** Os dados apresentados são fundamentais para o gerenciamento de riscos e segurança dos pacientes, direcionando as ações de prevenção da ocorrência de eventos adversos.

Palavras-chave: Evento adverso; Atenção domiciliar; Epidemiologia.

E-mail: samana.vieira@captamed.com.br

Desafios ao integrar e compartilhar o cuidado: uma percepção de profissionais da atenção domiciliar

Autores: Vieira, S; Teixeira, APR; Cordeiro, VD; Palmieri, NNB; Lopes, SSS.

Instituição: Captamed Cuidados Continuados Ltda.

Introdução: O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. Diante desse cenário, a atenção domiciliar tem sido considerada uma alternativa inovadora e diferenciada para atender a esse novo contexto populacional que necessita, muitas vezes, de cuidados permanentes e contínuos. No entanto, para eficácia do acompanhamento domiciliar, faz-se necessária a participação ativa do usuário e/ou familiares/cuidadores no processo de cuidar. **Objetivo:** Identificar os desafios enfrentados pelos profissionais da Captamed ao integrar e compartilhar o cuidado. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo de análise quantitativa, realizado com profissionais do serviço de atenção domiciliar da matriz e filiais. Foi utilizado um questionário on-line com sete perguntas acerca dos desafios em integrar e compartilhar o cuidado. **Resultados:** Participaram do estudo 148 profissionais (médicos, enfermeiros e equipe multiprofissional). Foram elegidas como dificuldades: o descomprometimento do cuidador/familiar (78%), a estrutura familiar (56%), a dificuldade de entendimento das orientações das pela equipe (44%), a falta de fidelização com o serviço e fatores socioeconômicos (32%), a idade do cuidador/familiar (27%), a interferência de profissionais de outros serviços (22%), a baixa escolaridade (11%) e outros fatores (6%). Quando questionado sobre o fator mais comum e o que mais impacta, os profissionais elegeram: descomprometimento do cuidador/familiar (49 e 46%), dificuldade de entendimento das orientações das pela equipe (13 e 18%) e estrutura familiar (16 e 14%), respectivamente. **Conclusão:** O estudo possibilitou observar uma uniformidade das respostas, não havendo distinção entre classes profissionais. O descomprometimento foi elegido como fator mais comum e mais impactante, fortalecendo a necessidade do desenvolvimento contínuo de estratégias de capacitação e sensibilização dos cuidadores/familiares, visando à integração e continuidade do cuidado.

Palavras-chave: Atenção domiciliar; Desafios; Cuidador.

E-mail: samana.vieira@captamed.com.br

Infecções identificadas na atenção domiciliar em 2015

Autores: Melo, MC; Teixeira, APR; Palmieri, NNB; Vieira, SB; Lopes, SSS.

Instituição: Captamed Cuidados Continuados Ltda.

A Captamed Cuidados Continuados Ltda. é uma instituição privada que oferece atendimento multidisciplinar nas modalidades de gerenciamento de casos (GC), assistência domiciliar (AD), internação domiciliar (ID), intervenção específica (IE) e cuidados paliativos (CP). **Objetivo:** Apresentar as infecções ocorridas em pacientes atendidos pela Captamed no ano de 2015 e as distribuições por programas e topografias. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e quantitativo. **Resultados:** Em 2015, na unidade de Belo Horizonte/MG, o número de pacientes acompanhados por modalidade foi de: 3.259 no GC, 441 no AD, 89 no ID e 1.568 no IE. Nesse período, foram identificadas 44 infecções relacionadas à assistência em pacientes atendidos na modalidade ID, nos seguintes sítios: 31 (70,5%) respiratório, 6 (13,6%) urinário, 5 (11,3%) traqueítes e 2 (4,54%) gastrointestinal. No mesmo período, foram notificadas ao PCPIEA 1.820 infecções comunitárias nos pacientes dos programas de GC e AD, nos seguintes sítios: 750 (41,2%) respiratório, 676 (37,1%) urinário, 212 (11,6%) pele e partes moles, 37 (2%) gastrointestinais, 23 (1,3%) olhos, ouvidos, nariz e garganta, 15 (0,8%) osteoarticulares e 107 (5,9%) infecções sem foco informado. Para as infecções identificadas, foram realizados 656 tratamentos orais, 1.156 tratamentos injetáveis, 13 tratamentos tópicos e 39 tratamentos com via de administração não informada. **Conclusão:** No programa ID, as infecções do trato respiratório foram mais comuns, correspondendo a 70,5%. Já no GC e AD, a infecção do trato respiratório correspondeu a 41,2%, e a infecção do trato urinário, a 37,1%. Os dados epidemiológicos apresentados são fundamentais ao direcionamento das ações de prevenção e criação de protocolos voltados para a atenção domiciliar, uma vez que ainda não existem dados na literatura para comparação.

Palavras-chave: Atenção domiciliar; Epidemiologia; Infecção.

E-mail: mari.melo22@gmail.com

Microrganismos multirresistentes na atenção domiciliar: distribuição topográfica e microbiológica

Autores: Melo, MC; Teixeira, APR; Vieira, S; Palmieri, NNB; Lopes, SSS.

Instituição: Captamed Cuidados Continuados Ltda.

Introdução: As infecções causadas por microrganismos multirresistentes (MDRO) têm sido consideradas como um problema cada vez mais frequente e de grande preocupação devido aos impactos clínicos e econômicos. Visando monitorar os processos infecciosos em pacientes assistidos, a Captamed de Belo Horizonte/MG conta com equipe de Prevenção de Controle de Infecção e Eventos Adversos (PCPIEA), que promove ações para garantir redução da incidência de infecções e eventos adversos. **Objetivo:** Identificar a distribuição topográfica e microbiológica de infecções causadas por MDROs em pacientes atendidos pela Captamed no ano de 2015. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo de análise quantitativa de infecções causadas por MDROs. **Resultados:** Os MDROs encontrados foram: *Escherichia coli* ESBL (25,42%), *Enterococcus* spp. VRE (5,08%), *Klebsiella* spp. KPC (8,47%), *Klebsiella* spp. ESBL (13,55%), *Morganella* spp. ESBL (1,69%), *Acinetobacter baumannii* MR (5,08%), *Proteus* spp. ESBL (15,25%), *Staphylococcus aureus* MRSA (5,08%), *Pseudomonas* spp. MR (3,39%) e *Clostridium difficile* (10,16%). Das infecções causadas por MDROs, 86% foram comunitárias, e 14%, relacionadas à assistência. Os sítios infecciosos mais frequentes foram: urinário (78%), seguindo por gastrointestinal (8,47%), respiratório (5,08%) e osteoarticular (1,7%). Além disso, quatro pacientes (6,7%) foram monitorados devido à suspeita de colonização por MDRO. Em relação ao sexo, 59% ocorreram em mulheres, e 41%, em homens, sendo mais frequentes em pacientes com idades entre 90 a 99 anos (32%), seguindo por pacientes com idades entre 80 e 89 anos (25%). **Conclusão:** O estudo permitiu identificar que a ocorrência de infecções causadas por MDROs cresce com o aumento da idade e que infecções do trato urinário são mais frequentes. Esses dados são fundamentais para o direcionamento de ações, visto que MDROs não estão restritos apenas ao ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Bactérias multirresistentes; Epidemiologia; Atenção domiciliar.

E-mail: mari.melo22@gmail.com

Paciente com esclerose lateral amiotrófica há seis anos no domicílio, em ventilação mecânica, sem reinternação

Autores: Moreno, FAVC; Barbosa, ARC; Junqueira, SLSS; Duarte, HHS.

Instituição: Hospital Regional de Mato Grosso do Sul

Introdução: A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma doença degenerativa do sistema nervoso central, com espectro clínico variado, chegando a paralisar toda a musculatura, inclusive com comprometimento respiratório, mantendo nível de consciência preservado. Em geral, acomete mais homens brancos, na faixa dos 50 anos. **Descrição:** A paciente M.B.S.L., branca, sexo feminino, natural e procedente de Campo Grande/MS, do lar, recebeu o diagnóstico de ELA aos 42 anos. Em 2009, aos 47 anos, iniciou falência da musculatura respiratória e foi internada no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS) devido à pneumonia de repetição com necessidade gastrostomia, traqueostomia e suporte ventilatório. Permaneceu oito meses internada por conta da dependência da ventilação mecânica, até que, em julho de 2010, o HRMS estruturou a primeira equipe do SAD-HRMS para desospitalizar essa paciente, levando para o domicílio todo o suporte: cama hospitalar, concentrador de oxigênio, aspirador, oxímetro e ventilador mecânico. Desde então, a paciente permanece no domicílio, sob os cuidados do esposo e da irmã, sem reinternação e com apenas duas intercorrências infecciosas, uma de celulite perigastrostomia e outra de infecção urinária, que foram tratadas no domicílio. **Conclusão:** Há seis anos, a primeira paciente do SAD-HRMS permanece no domicílio sem nenhuma reinternação. É possível desospitalizar com segurança pacientes em suporte ventilatório (AD3) e oferecer conforto e melhor qualidade de vida a esses pacientes.

Palavras-chave: Domiciliar; Desospitalização; ELA.

E-mail: alexandrarch@gmail.com

Cuidado paliativo: a percepção dos profissionais de saúde na atenção domiciliar

Autores: Palmieri, NNB; Azevedo, MB; Gamarano, VMB; Alcantara, CO; Vieira, SB; Lopes, SSS.

Instituição: Captamed Cuidados Continuados Ltda.

Introdução: Realizar o cuidado paliativo domiciliar só é possível diante de um bom suporte familiar atrelado a uma boa assistência de saúde com equipe voltada para esse tipo de cuidado. Nesse contexto, há mais de 13 anos, surgiu no mercado a Captamed Cuidados Continuados Ltda., com o objetivo de oferecer um atendimento domiciliar multidisciplinar. **Objetivo:** Avaliar a percepção dos profissionais de saúde da empresa Captamed de Belo Horizonte/MG acerca do cuidado paliativo. **Metodologia:** Realizado estudo descritivo, por meio de aplicação de questionário com 19 perguntas com afirmativas verdadeiras e falsas. **Resultados:** O questionário foi respondido por 62 profissionais, dos quais 27,4% enfermeiros, 25,8% médicos, 12,9% fonoaudiólogos, 9,7% nutricionistas e 24,2% fisioterapeutas. Sobre o conceito de cuidados paliativos, 95,1% da equipe consideraram como verdadeiro; 46,3%, que os pacientes em cuidados paliativos estão fora de possibilidades terapêuticas; 97,6%, que os cuidados paliativos promovem o alívio da dor e de outros sintomas, reafirmam a vida e veem a morte como um processo natural; 4,9%, que os cuidados paliativos postergam a morte; 58,5%, que os cuidados paliativos devem ser iniciados o mais precocemente possível; 19,5%, que se deve tentar exaustivamente uma via de nutrição para paciente em cuidados paliativos; 77,5%, que as diretivas antecipadas de vontade compreendem o testamento vital e o mandato duradouro. Após responderem o questionário, 80% dos funcionários pediram uma melhor capacitação da equipe. **Conclusão:** Em síntese, a equipe se mostrou qualificada, mas requer treinamentos permanentes para amadurecimento de conceitos e definições sobre o cuidado paliativo e melhoria contínua da assistência.

Palavras-chave: Cuidado paliativo; Atenção domiciliar.

E-mail: pcpiea@captamed.com.br

A equipe de atenção domiciliar contribuindo na reabilitação e transformando vidas

Autores: Silva, WG; Moura, AR; Silva, VW; Santos, EJ; Santos, KCC; Cruz, CC; Souza, TMP; Lima, CMG; Chayamiti, EMPC.

Instituição: Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto - Serviço de Atenção Domiciliar

A compreensão do cuidar no domicílio é uma necessidade crescente na área da saúde. Questões como cronicidade das doenças, terminalidade da vida e alta hospitalar precoce assinalam a importância da atenção domiciliar. Estudo de caso do Serviço de Atenção Domiciliar de Ribeirão Preto/SP (SAD-RP) a partir da desospitalização. Paciente, 66 anos, branco, casado, dois filhos, aposentado, renda de um salário mínimo, reside com esposa/cuidadora. É diabético, hipertenso e renal crônico, hemodiálise três vezes na semana. Queda do telhado, com traumatismo crânioencefálico grave, internado por 170 dias devido às complicações. O SAD foi acionado para a desospitalização em junho de 2016. Paciente com cateter para hemodiálise, traqueostomia, sonda nasogástrica, três lesões por pressão e órtese de reposicionamento. A equipe hospitalar identificou resistência da esposa na desospitalização por ser cuidadora única. Remoção foi articulada com transporte sanitário. As visitas domiciliares ocorreram semanalmente, com reavaliações pela equipe, constituída por médico, enfermagem, fonoaudióloga e fisioterapia. Houve a decanulação, a readaptação da alimentação oral e a cicatrização de duas das lesões. A cuidadora se sentiu acolhida e amparada pela equipe, com bom vínculo. O cuidado no domicílio é complexo, pois apresenta uma linha tênue entre a satisfação e o estresse do cuidar. No entanto, com um SAD estruturado e motivado, é possível alcançar resultados positivos que impactam com as atuais necessidades do SUS. O suporte que o SAD traz ao cuidador, mesmo, às vezes, ficando aquém das expectativas, reforça laços familiares e desperta nele uma capacidade de cuidar do outro, nunca antes percebida.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Serviço de assistência domiciliar; Cuidadores.

E-mail: emichayamiti@gmail.com

Incidência de lesão por pressão na atenção domiciliar

Autores: Palmieri, NNB; Teixeira, APR; Melo, MC; Vieira, SB; Nascimento, EMT; Lopes, SSS.

Instituição: Captamed Cuidados Continuados Ltda.

Introdução: Altas taxas de ocorrência de lesões por pressão (LPP) são consideradas um indicador desfavorável da qualidade assistencial, por afetar negativamente a saúde e a qualidade de vida dos pacientes, e têm causado importante impacto financeiro para as instituições de atenção à saúde. As taxas de incidência e prevalência na literatura apresentam variações que se devem às características dos pacientes e ao nível de cuidado, diferenciando-se em cuidados de longa permanência, cuidados agudos e atenção domiciliar: Longa permanência: as taxas de incidência variam entre 2,2 a 23,9%; Cuidados agudos: as taxas de incidência variam entre 0,4 a 38%; Atenção domiciliar: as taxas de incidência variam entre 0 e 17%. **Objetivo:** Identificar a incidência de LPP em pacientes atendidos pela Captamed de dezembro de 2015 a maio de 2016. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo e quantitativo dos pacientes que apresentaram LPP. **Resultados:** A média de pacientes acompanhados foi de 2.402 pacientes/mês. Foram considerados como pacientes com risco para LPP aqueles que apresentam pontuação ≤ 17 na escala de Braden, totalizando um percentual de 37,5% de pacientes atendidos com risco. A incidência da LPP em dezembro de 2015 foi 1,87%, seguido de 0,38% em janeiro de 2016, 1,52% em fevereiro de 2016, 1,57% em março de 2016, 1,13% em abril de 2016 e 1,17% em maio de 2016. **Conclusão:** Não se identificou divergência dos valores encontrados com os mencionados na literatura. Entretanto, levando-se em consideração o impacto que esse evento adverso causa na qualidade de vida do paciente e os custos com o tratamento das lesões, torna-se necessário e de grande relevância que os serviços de saúde implementem medidas preventivas com o intuito de reduzir a incidência.

Palavras-chave: Incidência; Lesões por pressão; Atenção domiciliar.

E-mail: pcpiea@captamed.com.br

Ocorrências atendidas pelo serviço de plantão de uma empresa de atenção domiciliar

Autores: Palmieri, NNB; Teixeira, APR; Vieira, K; Nascimento, EMT; Vieira, SB; Lopes, SSS.

Instituição: Captamed Cuidados Continuados Ltda.

Introdução: A Captamed Cuidados Continuados Ltda. é um estabelecimento privado de atenção domiciliar, com matriz localizada na cidade de Belo Horizonte/MG. O perfil dos pacientes, na grande maioria, são idosos portadores de doenças crônico-degenerativas, atendidos nas modalidades de internação domiciliar, assistência domiciliar, gerenciamentos de casos, intervenção específica, cuidados paliativos e pediatria. Com o objetivo de evitar hospitalizações desnecessárias, oferece-se pela Captamed assistência 24h para os pacientes já acompanhados. O serviço de plantão conta com unidade de atendimento móvel, equipe médica e de enfermagem. **Objetivo:** Identificar as queixas mais comuns no serviço de plantão da Captamed. **Metodologia:** Trata-se de um estudo retrospectivo e quantitativo das ocorrências de plantão no período de julho a setembro de 2016. **Resultados:** Foram atendidos pelo plantão 1.987 pacientes. A queixa mais comum foi relacionada ao trato respiratório, chegando a uma taxa de 25,8% em julho, 19,8% em agosto e 20% em setembro, seguida por prostração, que atingiu uma taxa de 12,1% em julho, 9,8% em agosto e 9,6% em setembro. Foram observadas ocorrências frequentes de eventos relacionados à exteriorização de dispositivos, alcançando 10,2% em julho, 8,4% em agosto e 9,4% em setembro. As queixas urinárias corresponderam a 4% em julho, 4,4% em agosto e 7,4% em setembro. **Conclusão:** O estudo permitiu identificar que a causa respiratória foi a mais frequente em todos os meses, seguida de prostração, exteriorização de dispositivos e queixas urinárias. Esse levantamento possibilitou uma melhor caracterização do perfil dos pacientes atendidos e suas demandas, corroborando a elaboração de fluxos de atendimento, visando ao dimensionamento pessoal e direcionamento mais eficaz das demandas.

Palavras-chave: Classificação; Assistência domiciliar; Urgência.

E-mail: pcpiea@captamed.com.br

A rua como domicílio: dificuldades do acompanhamento ao usuário em situação de rua

Autores: Fernandes, TG; Fonseca, AP; Braga, JL; Branci, RLML; Cajado, LCS; Santos, LHA; Oliveira, SS.
Instituição: SMS - CMS Oswaldo Cruz

Introdução: O Consultório na Rua (CnaR) lida com diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, marcados por uma grande situação de vulnerabilidade social. **Objetivo:** Relatar caso de experiência da assistência ao usuário em situação de rua. **Metodologia:** Análise de prontuário. **Caso:** P.C.M., masculino, 57 anos, em situação de rua há cinco anos, sendo abordado pela equipe de CnaR no Centro do município do Rio de Janeiro. Apresentava queixa de dor em região epigástrica irradiando para hemitórax esquerdo. Foi avaliado pela médica, medicado e solicitado exame de imagem. Diante do agendamento dos exames, foi realizada busca ativa do usuário no território de abrangência, sem êxito, sendo somente encontrado após dois meses da última abordagem, bastante emagrecido, relatando piora da dor e vômitos. A partir dos exames de imagem, foi diagnosticado com neoplasia maligna de pâncreas, sendo regulada vaga em oncologia para dois dias depois, onde o usuário foi acompanhado pela equipe de CnaR. Devido à falta da realização da biópsia, não pode ser realizada abertura do prontuário na unidade referenciada, sendo medicado pelo oncologista com análgicos que não estão disponíveis na atenção básica e solicitado retorno após o resultado da biópsia, a qual foi agendada para realização em 19 dias. Sem referência familiar, a equipe de CnaR organizou vaga de abrigo em serviço da prefeitura para o usuário. **Resultado:** O paciente em nove dias evoluiu com piora do quadro clínico, sendo internado e indo a óbito após dois dias de internação. **Conclusão:** Apesar de toda dificuldade encontrada, a equipe buscou, por meio de um trabalho intersetorial, proporcionar qualidade de vida desse usuário na sua terminalidade.

Palavras-chave: Equipe de Consultório na Rua; Vulnerabilidade social; População de rua.
E-mail: taisaguedes@oi.com.br

A integração da rede de emergência com as equipes de Consultório na Rua do Centro/RJ

Autores: Fernandes, TG; Fonseca, AP; Santos, LHA; Oliveira, SS; Braga, JL; Branci, RLML; Cajado, LCS.
Instituição: SMS - CMS Oswaldo Cruz

O Programa de Consultório na Rua do Centro/RJ foi implementado em setembro de 2010, inicialmente, como projeto “Saúde em movimento nas Ruas”, com o objetivo de acolher, atender, acompanhar e inserir na rede de saúde e de políticas públicas a população em situação de rua. Em 2012, por meio da Portaria nº 122, de 25 de janeiro, ficaram definidas as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua. As equipes localizam-se no CMS Oswaldo Cruz, no Centro do Rio de Janeiro, e sua área de abrangência corresponde a todo o Centro da cidade, Gamboa e Rodoviária. As equipes de Consultório na Rua realizaram várias ações intersetoriais desde a sua implementação. No entanto, entre elas, destacamos a parceria com a Coordenação de Emergência Regional (CER) do Centro, a partir da integração das equipes multiprofissionais de ambos os serviços, ficando acordado o planejamento de reuniões regulares para discussão dos casos em comum e a criação de um grupo de comunicação por aplicativos de mensagens instantâneas. O objetivo da rede de integração era melhorar o diálogo com a equipe técnica do CER Centro e garantir o acesso integral do usuário em situação de rua ao serviço de emergência. Como resultados encontrados, obteve-se uma melhora significativa da comunicação entre os serviços, o que proporcionou a garantia do atendimento continuado e compartilhado entre os serviços de diferentes níveis de complexidade. Concluiu-se que o trabalho integrado e compartilhado do cuidado entre as redes pode garantir a concretização e a eficácia do atendimento humanizado e efetivo a esses usuários que se encontram em vulnerabilidade e discriminados.

Palavras-chave: Ações intersetoriais; Acesso integral; Usuários em situação de rua.
E-mail: taisaguedes@oi.com.br

Atendimento domiciliar pela Estratégia Saúde da Família ao paciente em vulnerabilidade extrema

Autores: Fernandes, TG; Fonseca, AP; Santos, LHA; Oliveira, SS; Braga, JL; Cajado, LCS; Branci, RLML.
Instituição: SMS - CMS Oswaldo Cruz

Introdução: A atenção domiciliar objetiva o cuidado direto ao paciente/familiar, o fortalecimento de vínculo e o conhecimento da realidade local. A equipe de ESF é multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário, além de contar com o apoio do NASF, que conta com: assistente social, psicólogo, psiquiatra e fisioterapeuta. **Objetivo:** Relatar o caso de um paciente atendido pela equipe multiprofissional. **Metodologia:** V.D.S., 58 anos, masculino, residente de ocupação no Centro do Rio de Janeiro, tabagista e usuário de álcool e drogas, esteve em consulta de enfermagem na ESF onde se evidenciou lesão em orofaringe por meio do exame físico, sendo solicitada avaliação da saúde bucal. Em consulta com cirurgia odontológico, foi realizada biópsia da lesão, tendo como resultado um câncer de boca. Foi encaminhado para o serviço de oncologia, onde realizou a cirurgia orofaríngea e traqueostomia, recebendo alta com encaminhamento para ESF e com solicitação de radioterapia. O paciente foi acolhido pela equipe multiprofissional da ESF e recebeu orientações de cuidado e acesso aos seus direitos sociais. No cotidiano das visitas domiciliares, identificaram-se elementos que denotavam as dificuldades sociais que envolvia o usuário. No entanto, ele se recusou sair do seu domicílio vulnerável para um abrigo, sendo então assistido pela equipe ESF em conjunto com o nível terciário, com apoio da saúde mental e o grupo de saúde do adulto e idoso, por meio de atividades lúdicas e danças. **Resultados:** As ações realizadas consistiram no acompanhamento do quadro clínico, buscando-se a promoção do cuidado integral e a redução das complicações. **Conclusão:** A equipe multiprofissional da ESF está capacitada para proporcionar assistência domiciliar de forma integral, independente do grau de vulnerabilidade encontrada.

Palavras-chave: Atendimento domiciliar; Vulnerabilidade; Equipe multiprofissional.

E-mail: taisaguedes@oi.com.br

Perfil da demanda de atenção domiciliar em um serviço de Minas Gerais

Autores: Lima, AST; Leone, DRR; Nicolato, FV; Castro, EAB; Santos, CM; Silva, KL.

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora/Universidade Federal de Minas Gerais

Introdução: Os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) no Brasil vêm se expandindo e ganhando espaço por meio do desenvolvimento de políticas públicas de saúde. **Objetivo:** Avaliar o perfil da demanda para atendimento domiciliar em um SAD no Estado de Minas Gerais. **Metodologia:** Recorte da pesquisa multicêntrica intitulada “Atenção domiciliar em saúde: efeitos e movimentos na oferta e demanda no SUS”. Trata-se de uma investigação descritiva exploratória com abordagem quantitativa. Coleta de dados aconteceu por meio de análise documental referente aos atendimentos a usuários do serviço em agosto de 2015. Análise dos dados ocorreu por meio de tabelas de frequência. **Resultados:** Havia 126 pacientes cadastrados, sendo 56,3% mulheres. A idade variou de 1 a 98 anos, com média de 66 anos. Os principais acometimentos que levaram os indivíduos a necessitar da atenção domiciliar (AD) foram as causas neurológicas (44,4%) e as doenças relacionadas à pneumologia (37,3%). A maior parte dos usuários cadastrados (51,6%) não necessitava de oxigenoterapia. Houve predomínio de pessoas que não possuíam plano de saúde (93,7%). Quanto à classificação na modalidade de AD: AD1 contemplou 62,7%, AD2, 31,8%, e AD3, 5,5%. **Conclusão:** Os idosos são os que mais demandam por atendimento domiciliar. Conhecer o perfil da demanda da AD é necessário para o planejamento do SAD no que diz respeito aos profissionais que compõem a equipe, aos materiais de consumo e roteiro de visitas. Destarte, infere-se que conhecer a demanda de AD auxilia no planejamento gerencial e assistencial dos SAD.

Palavras-chave: Serviços de assistência domiciliar; Assistência domiciliar; Perfil de saúde.

E-mail: anadellelima@hotmail.com

Uso de via subcutânea em longo prazo em pacientes oncológicos com dor refratária: relato de experiência

Autor: Yamamoto, FE.

Instituição: Serviço de Atendimento Domiciliar Leste/Norte da Prefeitura Municipal de Campinas

Introdução A administração de medicamentos por via subcutânea em pacientes oncológicos com sintomas refratários às medicações orais é consagrada na literatura médica. No entanto, questões como duração da terapia, complicações a longo prazo e modalidades de administração permanecem sem consenso. **Relato de caso:** J.S.B., 58 anos, portadora de câncer de cólon metastático, em cuidados paliativos exclusivos e assistência domiciliar. Mantinha queixa de dor óssea de alta intensidade a despeito da combinação de medicações orais (analgésicos simples, corticoides, tricíclicos, anticonvulsivantes, morfina e metadona) e radioterapia, sendo optado pela introdução de morfina subcutânea. Nos primeiros dois meses de tratamento, foram utilizados dois acessos subcutâneos mantidos por scalp em sítios adequados, com a realização de 34 trocas de acessos nesse período (média de uma troca a cada dois dias) devido à perda de acesso ou por sinais flogísticos. Diante dessas adversidades, foi iniciado novo esquema, em que se alternava a administração subcutânea de morfina em acesso único mantido por scalp com aplicações de injeção subcutânea em sítios variáveis (a exemplo da insulina) durante um mês. Nos cinco meses seguintes, foram mantidas apenas as aplicações de injeção subcutânea de morfina. Nos oito meses de tratamento, a dose utilizada de morfina variou de 30 a 80mg por dia. **Conclusão** A nossa experiência com uso da via subcutânea envolveu duas modalidades de terapia: a hipodermóclise e as aplicações de injeção subcutânea em sítios variados (como na insulino-terapia). As principais complicações a longo prazo foram nódulos endurecidos e hematomas nos locais de punção. O resultado final foi satisfatório, com diminuição da intensidade da dor para grau leve e consequente melhora da qualidade de vida e independência para atividades diárias.

Palavras-chave: Hipodermóclise; Via subcutânea; Dor refratária.

E-mail: fernandayamamoto85@gmail.com

Análise da sistematização das solicitações para atenção domiciliar: Núcleo de Desospitalização e Transição do Cuidado da Amil/RJ

Autor: Marano, GCL.

Instituição: Amil Assistência Médica Internacional S.A.

A demanda por assistência em saúde na modalidade de atenção domiciliar (AD) é crescente e necessária à sustentabilidade do sistema de saúde. Com o objetivo de oferecer ao paciente o tratamento certo, no lugar adequado, no momento correto, foi criado o Núcleo de Desospitalização e Transição do Cuidado em outubro de 2015. O Núcleo elaborou o material com a descrição dos critérios de elegibilidade e fluxo para a desospitalização e transição do cuidado, capacitou colaboradores para a análise das solicitações de AD e apresentou a ação de forma estruturada e sistematizada em reuniões com as equipes dos hospitais da rede própria e credenciada. As necessidades do paciente determinam o nível de complexidade da assistência a ser indicada para a continuidade do cuidado após a alta hospitalar, seja em internação domiciliar (ID) ou assistência domiciliar – Programa Bem Viver (BV). As equipes assistenciais hospitalares foram orientadas a identificar o mais cedo possível os pacientes que apresentam critérios de elegibilidade para AD e formalizar a solicitação ao Núcleo. A sistematização da análise das solicitações pelo Núcleo promove agilidade na desospitalização e utilização criteriosa dos recursos para atender à necessidade de cuidado em saúde específica de cada paciente. A verificação da quantidade de solicitações para AD recebidas pela Amil, no período de outubro de 2015 a junho de 2016, evidencia o desenvolvimento da ação e o maior entendimento por parte das equipes assistenciais que passaram a solicitar AD com maior frequência, de acordo com a necessidade de cuidado do paciente mediante os critérios de elegibilidade. Acompanhamento da quantidade de solicitações recebidas: outubro-dezembro de 2015: BV=70, ID=232, Total AD=302; janeiro-março de 2016: BV=127, ID=288, Total AD=415; abril-junho de 2016: BV=157, ID=328, Total AD=485.

Palavras-chave: Domiciliar; Transição; Cuidado; Núcleo; Desospitalização.

E-mail: girlanamarano@gmail.com

Avaliação da sobrecarga do cuidador informal de idosos neurológicos com via alternativa de alimentação

Autores: Lima, DFS; Pires, MLGS; Rodrigues, RPC; Fonseca, FL.

Instituição: Grupo Geriatrics

Introdução: Os cuidadores têm se mostrado como elementos essenciais na prestação de cuidados de saúde ao idoso (I), no entanto os conflitos de papéis, as implicações nas tarefas de cuidar e na interferência sobre a sua vida e bem-estar são realidades com as quais o familiar que cuida se vê frequentemente confrontado. **Objetivo:** Identificar o nível de sobrecarga do cuidador de I gastrostomizados em atenção domiciliar (AD). **Metodologia:** Estudo de corte transversal contemplou aplicação do QASCI (Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal) a cuidadores de 56 I admitidos em AD de novembro de 2010 a agosto de 2016, por diagnósticos neurológicos e com gastrostomia, e que estavam em AD no momento da análise dos dados (agosto de 2016). Foram obtidas as seguintes informações: do cuidador (sexo, idade e parentesco); do paciente (sexo, idade e diagnóstico clínico). Quanto à sobrecarga, foram definidas as seguintes pontuações: 0 (ausência de sobrecarga) e >1 (sobrecarga) – 1-25=leve, 25-50=moderada, 50-75=grave e >75=extremamente grave. **Resultados:** a) 83,9% (47) dos cuidadores eram do sexo feminino; b) a média de idade foi de 57,0±12,6 anos (34-85 anos) com 37,5% (21) deles ≥60 anos; c) quanto ao grau de parentesco: 57,1% (32) eram filhos, 23,2% (13), esposo(a), 8,9% (5), cuidador, e 10,8% (6), outros (genro, nora, netos e sobrinhos); d) com relação ao QASCI, 100% dos cuidadores tinham sobrecarga grave e extremamente grave, com 83,9% (47) e 16,1% (9), respectivamente; o valor médio da pontuação do QASCI foi de 93,7 pontos, classificando a população geral com sobrecarga extremamente grave. **Conclusão:** Cuidar de uma pessoa em situação de dependência representa uma tarefa difícil e que facilmente pode comprometer o bem-estar do cuidador.

Palavras-chave: Idosos; Sobrecarga do cuidador; Atenção domiciliar.

E-mail: flavia.fonseca@geriatrics.com.br

Atenção domiciliar: uma estratégia para qualificar a formação médica

Autores: Borges Júnior, LH; Mendonça, MF; Silva, ECL.

Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar Uberlândia MG

Introdução: Existem estratégias desenvolvidas pelos Ministérios da Saúde e da Educação para qualificar a educação médica e formar egressos que consigam dar respostas às múltiplas demandas do SUS. **Descrição do serviço:** O SAD passou a ser campo de estágio do sexto período, internato e residência médica. O objetivo é conhecer a política de atenção domiciliar como componente da Rede de Atenção a Saúde e suas atribuições específicas. Ao final, é feito um portfólio reflexivo que consiste da descrição crítica e reflexiva, elaborada com os pontos: o que me motivou? Como eu lidei com a situação? (descrever as competências e os sentimentos envolvidos); O que eu aprendi? (fazer correlação teórico-prática, buscando evidenciar as mudanças promovidas). **Resultados:** Essa inserção tem se mostrado uma ferramenta eficaz por ter o potencial de sensibilizar o estudante para esse cenário e possibilita perceber a complexidade do cuidado com pouca densidade tecnológica, além dos determinantes sociais saúde-doença. Vejamos alguns trechos dos portfólios: “posso dizer que, de tudo que o curso de medicina pode me oferecer durante quase esses seis anos, esse sem dúvida foi dos momentos o mais marcante”; “entrar na casa, conhecer sua história, sua família, seu bairro, seus hábitos, nos mostra que atender alguém vai muito além de simplesmente prescrever um medicamento ou solicitar exame, nos mostra a importância de vê-lo num contexto social amplo e muitas vezes complexo”; “saio com um choque de realidade imenso, mas com um aprendizado enorme da medicina centrada na pessoa, e não na doença e da importância do acompanhamento multidisciplinar”. **Conclusão:** A complexidade desse cenário contribui para a formação médica e pelo desafio de formar egressos comprometidos com o cuidado biopsicossocial.

Palavras-chave: Educação médica; Atenção domiciliar; Integralidade.

E-mail: laerteh@yahoo.com.br

Antibioticoterapia domiciliar uma proposta viável e segura: descrição da atuação do SAD Uberlândia/MG

Autores: Silva, ÉCL; Borges Júnior, LH; Mendonça, MF.

Instituição: Prefeitura Municipal de Uberlândia (PMU)

Introdução: Situação aguda, como infecção, acarreta internações devido à necessidade do uso de antibióticos parenterais. A desospitalização desses usuários para o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) otimiza a liberação de leitos para a internação e reduz o risco de infecções hospitalares. **Objetivo:** Descrever como recurso terapêutico o fluxo de antibioticoterapia domiciliar no SAD Uberlândia/MG. **Descrição:** O usuário que necessita de antibióticos parenterais é encaminhado de toda a rede pública de saúde para o SAD, dando continuidade no tratamento em domicílio. O SAD, em articulação com rede, conta com a cobertura da Comissão Municipal de Controle de Infecção Hospitalar (COMCIH), composta por infectologistas e enfermeiros que dão todo o apoio ao médico assistente da internação para o escalonamento correto dos antibióticos para o SAD. Esse profissional, por sua vez, programa alta do usuário. O SAD realiza antibioticoterapia, prescrita uma vez ao dia e de 12/12h, nas vias de administração (EV, IM e SC), e conta com efetivo de profissionais que trabalham todos os dias da semana, incluindo feriados e finais de semana, além de disponibilizar dois carros exclusivos para a realização de antibióticos em cada horário, de manhã, das 7 às 13h, e no horário do trabalhador, das 16 às 22h. Nessa logística, realizam-se em média 28 pacientes em antibioticoterapia por dia. **Conclusão:** Esse fluxo favorece um tratamento viável, seguro e eficaz, qualificando a atenção domiciliar, reduzindo o tempo de internação e infecções hospitalares, emponderando o paciente em domicílio e dando autonomia e celeridade para ele fora do hospital.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; Antibioticoterapia; Desospitalização.

E-mail: ericaclsenf@bol.com.br

O modelo de instituição de transição do cuidado (ITC) como alternativa para o processo de desospitalização e transferência segura para a atenção domiciliar (AD): elegibilidade e perfil dos pacientes - a experiência da Amil/RJ

Autor: Marano, GCL.

Instituição: Amil Assistência Médica Internacional S.A.

A necessidade de novas estratégias para utilização mais racional dos leitos hospitalares de alta complexidade surgiu devido à frequente ocupação desses leitos por pacientes crônicos, em internações prolongadas e/ou recorrentes. A perda da autonomia e a restrição ao leito podem acarretar maior agravo à saúde do paciente, tornando mais difícil a desospitalização. Os pacientes e os familiares se sentem inseguros em retornar para o domicílio. A transferência do paciente para a ITC está indicada para pacientes estáveis, que necessitem de resolver problemas específicos relacionados à reabilitação, desmame de ventilação mecânica e/ou de oxigênio, treinamento do cuidador ou cuidados paliativos. A transferência para ITC deve apresentar objetivos a serem alcançados, de acordo com o plano terapêutico, e uma previsibilidade de tempo de permanência. A admissão do paciente está dividida em três níveis de complexidade: nível 1: dependentes de oxigênio e/ou de ventilação mecânica (VM) invasiva ou não invasiva, porém com potencial para reabilitação e/ou desmame de VM; nível 2: reabilitação com equipe multiprofissional, e/ou curativos, e/ou antibioticoterapia venosa; nível 3: necessidade de cuidados paliativos oncológicos e não oncológicos, ou em cuidados de fim de vida, ou antibioticoterapia venosa. Todos os níveis incluem o treinamento do cuidador. De janeiro a julho de 2016, foram admitidos 201 pacientes em ITC, dos quais: nível 1 com 37 pacientes, nível 2 com 139 pacientes e nível 3 com 25 pacientes. A classificação dos pacientes admitidos na ITC em níveis de complexidade, permite verificar que há maior demanda para o perfil de pacientes com necessidade de reabilitação.

Palavras-chave: Transição do cuidado; Atenção domiciliar; Desospitalização.

E-mail: girlanamarano@gmail.com

Infecção no domicílio: padrão epidemiológico na atenção domiciliar

Autores: Cavalheiro, LMF; Pires, MLGS; Rodrigues, RPC; Fonseca, FL.

Instituição: Grupo Geriatrics

Introdução: O estabelecimento de um sistema de vigilância de infecções em atenção domiciliar (AD), a identificação dos pacientes com alto risco de infecções, a adaptação do ambiente domiciliar, a educação do paciente, familiares e equipes com base nas condições de vida do paciente e a facilidade de comunicação entre as diferentes personagens que irão atuar na assistência melhoram o controle de infecções em ambientes domiciliares. **Objetivo:** Identificar o perfil de pacientes e características das infecções de pacientes em AD. **Metodologia:** Estudo prospectivo avaliou 138 pacientes admitidos em AD de janeiro a julho de 2016 que utilizaram antibiótico (ATB) nesse período. Foram excluídos os pacientes em uso de ATB profilático. Obtiveram-se as seguintes informações: sexo, número de infecções, foco e via de administração e dias de uso de antibiótico. **Resultados:** a) 59,4% (82) dos pacientes eram do sexo feminino; b) foram 232 episódios de infecção no período, com 1,68 infecção/paciente; o foco mais prevalente foi o urinário (60%), seguido do pulmonar (36,7%) e cutâneo (3,3%); c) da totalidade de infecções, quanto à via de administração dos ATB: 48,7% (113) via enteral, 29,3% (68) via oral, 13,4% (31) intramuscular, 6,5% (15) intravenosa e 2,1% (6) inalatória. **Conclusão:** No que concerne à prevenção e controle de doenças no ambiente domiciliar e sabido que o risco de infecção se destaca e desafia cuidadores e profissionais atuantes na AD, conhecer o perfil de pacientes e realizar a vigilância de infecções é mandatório para a prevenção de sua ocorrência.

Palavras-chave: Infecção; Antibióticos; Atenção domiciliar.

E-mail: flavia.lfonseca@yahoo.com.br

Ecomapa e Genograma: uma estratégia para qualificar o cuidado na atenção domiciliar

Autores: Borges Júnior, LH; Mendonça, MF; Silva, ECL.

Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar Uberlândia/MG

Introdução: Quando uma doença crônica com dependência de cuidados mais complexos acomete um dos membros da família, podem ser necessárias mudanças e adaptações para que ela continue funcionando, as quais dependerão de algumas características da doença e da combinação entre elas. **Descrição do serviço:** O SAD tem como objetivo fazer um Projeto Terapêutico Singular para planejar o cuidado. Sabendo que na atenção domiciliar é fundamental a participação da família, é importante avaliá-la e conhecê-la com o objetivo de entender a estrutura da família, seu desenvolvimento, seu funcionamento e os recursos que a apoiam. Para essa avaliação, é usada a ferramenta do Genograma, que é a coleta e registro de dados que integra a história biomédica e psicossocial, e o Ecomapa, que é a representação gráfica das ligações de uma família às pessoas e estruturas sociais e que avalia a força, impacto e qualidade da ligação. Para a construção desse instrumento, é utilizado o software SusCare, que gera a representação gráfica e facilita a avaliação e o conhecimento da rede de apoio. **Resultado:** Essa avaliação tem permitido identificar e conhecer melhor as famílias dos usuários do SAD. Com isso, é possível planejar o cuidado biopsicossocial do binômio paciente-família, pois, quando um dos seus membros tem algum tipo de problema, toda a família sofre, e, quando isso não é cuidado, a família tende a algum tipo de disfuncionalidade, como o desenvolvimento de doenças ou até a dissolução do núcleo familiar. **Conclusão:** Fazer o Ecomapa e o Genograma das famílias atendidas pelo SAD facilita o planejamento do cuidado e melhora a execução das tarefas, previne a claudicação familiar e aumenta o grau de satisfação dos usuários.

Palavras-chave: Ecomapa; Genograma; Atenção domiciliar; SusCare.

E-mail: laerteh@yahoo.com.br

A escala funcional de ingestão oral (FOIS) como marcador de pacientes disfágicos atendidos no Programa de Atenção Domiciliar

Autores: Bastos, G; Bastos, LA; Carvalho, CPA.

Instituição: Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso - SMS/RJ

Introdução: Disfagia é um sintoma de uma doença de base que pode acometer qualquer parte do trato digestivo da boca até o estômago, trazendo prejuízo aos aspectos nutricionais, de hidratação, do estado pulmonar, prazer alimentar e social do indivíduo. A escala FOIS mede a quantidade e o tipo de alimento que o paciente consegue ingerir por via oral de forma segura. No PADI, todos os pacientes são avaliados pelo fonoaudiólogo que utiliza a escala FOIS como ferramenta de identificação e medida de eficácia terapêutica na reabilitação das disfagias. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de disfagia nos pacientes atendidos pelo PADI Miguel Couto e utilizar esse marcador para planejamento terapêutico. **Metodologia:** Foram incluídos todos os pacientes admitidos no PADI Miguel Couto no período de janeiro a julho de 2016 que passaram por avaliação da fonoaudiologia. **Resultados:** Os valores da escala FOIS de 136 pacientes avaliados foram: 4,41% dos pacientes no nível 1; 0% dos pacientes do nível 2; 0% dos pacientes do nível 3; 21,32% dos pacientes no nível 4; 23,53% dos pacientes no nível 5; 7,35% dos pacientes no nível 6; 43,38% dos pacientes no nível 7. **Conclusão:** De acordo com os dados obtidos, podemos verificar a importância de marcadores para condutas assertivas no processo de reabilitação do paciente disfágico.

Palavras-chave: Disfagia; Escala Foiss; Avaliação; Reabilitação.

E-mail: graziellebastos@hotmail.com

Atividades de farmácia em serviço de home care com foco na segurança do paciente

Autores: Pillon, KRAP; Silva, ILS; Arakaki, NA.

Instituição: KZT - Atenção Médica Domiciliar

A Atenção em Saúde Domiciliar é uma modalidade de prestação de serviços na área da saúde que envolve pacientes idosos, portadores de síndromes, patologias degenerativas, crônicas, e pacientes em fase terminal, cujos cuidados acontecem em um ambiente na residência do paciente com uma equipe multiprofissional de saúde, incluindo serviços de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas, técnico de enfermagem, terapeutas ocupacionais e farmacêuticos. Todas as atividades da empresa têm foco na segurança do paciente. No serviço de farmácia, esse processo inicia a partir da transcrição da prescrição realizada pela equipe de enfermagem. Nessa fase, ocorre a reconciliação medicamentosa, feita com o farmacêutico clínico, que também faz análise da prescrição e realiza intervenções necessárias com a equipe multiprofissional. Para que os medicamentos possam ser entregues, na farmácia existe um processo com várias barreiras de segurança. Entre elas está um sistema de unitarização de medicamentos automatizado, no qual medicamentos são fracionados e recebem identificação de nome, data de validade e lote do fabricante. Além disso, ainda possui um sistema de rastreabilidade que garante identificar dia, hora e colaborador que fracionou o medicamento, tudo isso sob a supervisão farmacêutica. Após essa fase, os medicamentos recebem uma etiqueta colorida que indica determinada classificação, como medicamentos termolábeis, de alta vigilância, de uso controlados e medicamentos com nomenclatura semelhante. Todo o processo de separação de medicamentos passa por dupla checagem antes de ser entregue no domicílio do paciente, com identificação do nome completo e data nascimento do paciente. Além disso, o farmacêutico realiza periodicamente visita domiciliar para acompanhar resultados terapêuticos do paciente, análise da ocorrência de reação adversa e alergias medicamentosa, e também observa evidências de interações medicamentosas. Dessa forma, processos internos da farmácia são associados com outros processos que envolvem toda equipe multiprofissional. Assim, a KZT procura garantir segurança do paciente em todas as suas atividades.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Home care; Serviços de farmácia.

E-mail: kellypillon@gmail.com

Crianças em ventilação mecânica domiciliar: socialização e adaptações

Autores: Borges, EF; Ferreira, HM.

Instituição: Hospital de Clínicas de Uberlândia - Universidade Federal de Uberlândia

Introdução: A atenção domiciliar (AD) se apresenta como uma nova modalidade de atenção com potencial humanização de cuidados e grande capacidade de integração na composição de uma rede assistencial. A AD 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. A modalidade AD3 inclui pacientes dependentes de tecnologia, como a ventilação mecânica invasiva (VMI). **Objetivo:** Relatar atividades sociais realizadas por crianças atendidas pelo SAD/HCU em internação domiciliar, dependentes de VMI contínua. **Metodologia:** O estudo fundamentou-se em coleta de dados, realizada pelos autores, por meio de entrevista aos cuidadores no domicílio em agosto de 2016. **Resultado:** Foram identificadas duas crianças, sob VMI contínua, que participavam frequentemente de atividades sociais fora do domicílio, por meio de adaptações. Das atividades encontradas, destacaram-se: frequentar a escola regularmente; viajar com familiares em veículo próprio; participar de festas familiares, aniversários, festas juninas; passear em locais públicos, como cinema, circo, praças e supermercado; passear na zona rural, em chácaras, incluindo atividades como andar a cavalo; participar de atividades religiosas; realizar outras atividades cotidianas com os seus familiares. **Conclusão:** Os pacientes dependentes de VMI contínua e seus cuidadores possuem grandes barreiras para a socialização e, muitas vezes, permanecem restritos em domicílio. Embora esses pacientes dependam de tecnologias para a manutenção da vida, observamos neste estudo que essas barreiras podem ser superadas, e, por meio de adaptações, torna-se possível a socialização de pacientes dependentes de VMI contínua e seus cuidadores.

Palavras-chave: Ventilação mecânica domiciliar; Socialização; Criança.

E-mail: hyster.martins@gmail.com

Home care, criadouro ou reservatório de bactérias multirresistentes?

Autores: Santos, CAT; Oliveira, MPB.

Instituição: Pronep Rio de Janeiro

Introdução: Ao Serviço de Controle de Infecção Domiciliar compete implantar um sistema de vigilância de germes multidrogas resistentes (MDR) para: buscar com a equipe da captação o isolamento de bactéria MDR no paciente a ser implantado; pesquisar MRSA nos pacientes admitidos no home care, conforme critérios predefinidos; verificar resultados de culturas na busca de bactérias MDR. **Objetivo:** Analisar se a assistência domiciliar (AD) é o criadouro de MDR (casos adquiridos durante a internação domiciliar) ou reservatório (recebe das instituições hospitalares pacientes já colonizados). **Metodologia:** Estudo descritivo da frequência de pacientes portadores de germes MDR de 2011 a agosto de 2016. Definimos como MDR: *Escherichia coli* (EC) e *Klebsiella pneumoniae* (KP) resistentes a cefalosporinas de 3ª geração, como as Enterobactérias Resistentes a Carbapenemas (ERC); MRSA; *Acinetobacter* spp (AC) e *Pseudomonas aeruginosa* (PA) resistente a Carbapenemas. **Resultados:** Um total de 185 amostras de MDR isoladas em diversos materiais clínicos foi analisado. Contabilizamos uma amostra de MDR por paciente. Foi isolado MRSA de um total de 35,7% dos pacientes com MDR (66/185), dos quais 86% (57) foram adquiridos em outras instituições. Entre os pacientes com EC, 65,2% adquiriram a bactéria MDR durante a internação domiciliar; nos pacientes portadores de KP, o percentual de aquisição na AD foi de 43,4%; entre os pacientes portadores de ERC, o percentual de casos importados foi de 78,6% (22/28). Nos pacientes portadores de AC, a frequência entre aquisição domiciliar e importada foi de 6,25 e 93,75%, respectivamente. A frequência de pacientes portadores de PA MDR foi de 54,5% para adquiridos na AD e 45,45% para importados. **Conclusão:** O resultado apresentado indica que o home care é predominantemente reservatório para os perfis analisados, com maior frequência para o MRSA, AC e ERC. Estes achados são importantes para nortear ações preventivas de disseminação de bactérias MDR na AD.

Palavras-chave: Assistência domiciliar; MDR; MRSA; ERC.

E-mail: camilaatravassos@gmail.com

Gerenciamento de crônicos e estruturas de apoio ao cuidado domiciliar por uma autogestão

Autores: Queiroz, ITP; Ferreira, EFC; Lima, CAS; Batista, LKO; Caldas, RS; Galiza, DMF; Rabelo, SMO.

Instituição: Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Nordeste do Brasil - CAMED

O Amigo da Família (PAF) é um programa de gerenciamento de crônicos em domicílio que monitora 184 beneficiários, a maioria idosos, com patologias incapacitantes e dificuldades de deambulação em Fortaleza, Recife, Salvador e regiões metropolitanas. São ofertadas visitas domiciliares em horário diurno, eletivas ou demandadas, de médico e de enfermeiro. O paciente é captado, principalmente, na alta hospitalar, com indicação de serviço domiciliar, por demanda espontânea e busca ativa. Assim, é avaliado o perfil e confirmado o ingresso. De acordo com quadro clínico, são indicados e providenciados equipamentos, exames com coleta domiciliar, terapias especializadas, avaliação pelo serviço social e demais serviços domiciliares a serem realizados por credenciados para home care. Assim, a família tem suporte da equipe para fornecer orientações e definir plano de cuidado com acompanhamento regular. Caso o paciente apresente maior grau de instabilidade com aumento de complexidade na assistência, para evitar internação hospitalar é proposta internação domiciliar. Para atendimento pré-hospitalar e orientação médica por telefone, é disponibilizado o Programa Saúde 24h. Anualmente, é promovido um curso para capacitação dos cuidadores dos pacientes assistidos. O programa tem resultado financeiro acompanhado pelo indicador da economia do custo *per capita* e de saúde pelo índice de internação hospitalar, incidência de óbitos domiciliar, prevalência de lesões cutâneas, taxa de hipertensão arterial e de diabetes controlada. A autogestão espera com o programa e estruturas de apoio atingir maior eficiência na atenção à saúde, levar a satisfação aos usuários e familiares, além de otimizar o custeio assistencial com conforto e humanização.

Palavras-chave: Domicílio; Cuidado; Gerenciamento; Autogestão.

E-mail: indayannatp@camed.com.br

A visita domiciliar puerperal no contexto da Estratégia Saúde da Família

Autores: Lemos AA; Tonelli SR.

Instituição: Faculdade de Enfermagem - Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas)

Introdução: Como meio de conhecer as condições de saúde das famílias, a visita domiciliar é vista como um momento essencial durante o puerpério, exigindo do profissional de saúde atenção redobrada ao binômio mãe-filho. **Objetivo:** Reconhecer a visita domiciliar como meio de prestação de assistência da Estratégia Saúde da Família (ESF) no período puerperal. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), em que foram utilizadas as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a Base de dados em Enfermagem (BDENF). Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 15 artigos foram selecionados. **Resultados:** O puerpério representa inúmeras transformações no contexto da mulher e da família, sugerindo como um momento propício para as intervenções dos profissionais de saúde em âmbito domiciliar, como na promoção do aleitamento materno, o planejamento familiar e o acompanhamento precoce de possíveis quadros depressivos, visto que, muitas vezes, os profissionais, em especial o enfermeiro, não são preparados para o ato, por isso parte das puérperas expressa a carência na realização de cuidados que deveriam ser básicos, atendendo tanto às necessidades físicas como às psicossociais. **Conclusão:** Os resultados apresentados sugerem que o enfermeiro como membro de equipe da ESF deve, por meio da visita domiciliar, ser referência na prestação de assistência ao binômio, promovendo um elo entre a mulher e seu contexto familiar, para que, assim, possa de forma significativa intervir de maneira adequada em seu processo de saúde-doença.

Palavras-chave: Saúde da família; Período pós-parto; Visita domiciliar.

E-mail: alinealbuquerque@live.com

Apoio espiritual para pacientes acamados: cuidados além do físico

Autores: Dalpizzol, TR; Ringenberg, S; Ribeiro, CSA; Putter, LCS; Silva, VGG.

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau

Introdução: O atendimento de Capelania consiste na assistência espiritual e voluntária aos enfermos cadastrados no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de Blumenau/SC, mediante a aplicação do conforto da Palavra de Deus, sem preconceito de raça, cor ou religião. O apoio da Capelania no cuidado multidisciplinar é de suma importância para tratar o paciente integralmente, além do cuidado físico e emocional, pois o paciente não sabe relatar a dor espiritual e os profissionais da saúde não estão capacitados para identificar. **Objetivos:** Apoiar a equipe de saúde no tratamento da dor espiritual, além do cuidado físico e emocional do paciente; promover o cuidado das famílias no auxílio para enfrentamento da doença e da morte. **Metodologia:** Os atendimentos de Capelania no SAD Blumenau/SC iniciaram em 2014, mediante termo aditivo de convênio entre a Prefeitura de Blumenau e a igreja ABA Aliança Bíblica de Avivamento. Os Capelães são voluntários e fazem parte de várias denominações religiosas. Os atendimentos são realizados duas vezes por semana ao paciente cadastrado no SAD e também aos seus familiares. Os métodos utilizados são: a escuta; a roda de conversas com familiares; as orações; os louvores por meio de música; a utilização da comunicação por intermédio de palavras de encorajamento e consolo; a oferta de literatura. **Resultados:** Como resultados, podemos relatar depoimentos dos pacientes e cuidadores: “O trabalho da Capelania trouxe motivação e esperança que vai melhorar” (V.P.C., 61 anos); “Gostei das visitas porque não tenho tempo para cuidar da minha alma, a oração conforta, principalmente porque não podemos sair de casa” (cuidadora do paciente H.S., 81 anos); “Ele veio num momento de desespero que eu estava sem fé... foi maravilhoso” (A.L., 94 anos”.

Palavras-chave: Capelania; Atenção domiciliar; Apoio espiritual.

E-mail: terezinha.dalpizzol@blumenau.sc.gov.br

Núcleo de gerenciamento de conflitos (NGC): intervenção psicossocial na relação paciente-equipe

Autores: Boldarine, S; Malospirito, AB.

Instituição: Instituição privada de cuidados domiciliares

Introdução: O NGC criado em 2013 tem por objetivo a atuação conjunta do psicólogo e do assistente social na relação paciente-equipe a fim de que esta possa fluir para o melhor cuidado do paciente. A frustração de expectativas da família e o estresse da equipe contribuem para uma interferência negativa na relação e no cuidado do paciente. **Objetivo:** Mediação dos conflitos instalados e prevenir potenciais conflitos. **Metodologia:** Abordagem realizada em dois momentos: na entrada do paciente para o serviço, quando os problemas poderiam ser prevenidos, sendo o paciente e sua família orientados com relação às funções e objetivos do serviço de atenção domiciliar; e visitas realizadas em domicílios, quando o conflito se encontrava instalado, e a comunicação com a equipe, interrompida. **Resultados:** Em 90% dos casos em que a visita era realizada no momento da entrada do paciente no serviço, bem como no posterior acompanhamento das famílias, quando se percebiam potenciais conflitos, a intervenção conjunta preveniu a instalação de graves conflitos com a equipe que impossibilitassem a prestação de cuidados. Os outros 10% eram manejados por meio da equipe em reuniões de acolhimento e orientações. Já nos domicílios onde a atuação se dava em conflitos já instalados, em 75% dos casos foi possível reestabelecer a comunicação entre equipe, paciente e familiares sem grandes interferências. Nos outros 25% dos casos, o manejo era realizado por meio de orientações à equipe. **Conclusão:** Intervindo no domicílio, foi possível perceber a grande influência e importância do acolhimento ao cuidador do paciente, oferecendo-lhe um espaço de acolhimento e escuta, e melhorar a relação com a equipe de prestação de cuidados.

Palavras-chave: Conflito; Relação paciente-equipe; Cuidador.

E-mail: soraia_boldarine@hotmail.com

Cuidando do cuidador no domicílio: relato sobre os cuidadores homens

Autores: Porto, AR; Oliveira, SG; Oliveira, ADL; Cardoso, AC; Morales, COM; Machado, CRS; Santos Junior, JRG.

Instituição: Universidade Federal de Pelotas

Introdução: O cuidador auxilia outra pessoa, estimulando-a a fazer por si aquilo que pode. Entretanto, o envolvimento no cuidar pode comprometer o autocuidado do cuidador. **Objetivo:** Descrever a vivência no projeto relacionada aos cuidadores homens. **Metodologia:** Relato de experiência na extensão “Um olhar sobre o cuidador: quem cuida merece ser cuidado”, em que se acompanhou, desde 2015, 49 cuidadores familiares de pacientes vinculados aos programas de atenção domiciliar de Pelotas/RS. Acadêmicos de enfermagem e da terapia ocupacional, por meio de quatro visitas domiciliares semanais, constroem genograma e ecomapa e, com vídeo disparador e escuta terapêutica, estimulam reflexões acerca da experiência de cuidar e ações para o autocuidado. **Resultados:** Houve dois cuidadores do sexo masculino (4%), com 47 e 57 anos, um cuidador da esposa com câncer e outro da mãe com demência, que referiram auxílio e capacitação dos programas de atenção domiciliar nos procedimentos técnicos de cuidados. Ambos demonstraram sobrecarga emocional no cuidar. Um relatou que “estava cansado e abalado, mas não podia mostrar” e que tinha poucos momentos de lazer, porque “não dá para se ausentar muito”. O outro disse que se sentia-se impotente e solitário diante da dependência progressiva da mãe e tristeza pelas dificuldades de relacionamento com ela. Ambos, por cuidarem de familiares, expressaram que: “fazemos o cuidado porque amamos”. Todavia, ressaltaram a necessidade de cuidar de si para cuidar do outro e enalteceram este projeto enquanto um apoio, espaço de expressão de tristezas e perspectivas futuras. **Conclusão:** Percebeu-se que esses homens se sentem sobrecarregados no cuidar e sentidos pela progressão da doença de seus familiares.

Palavras-chave: Serviços de assistência domiciliar; Cuidadores; Homem.

E-mail: adrizporto@gmail.com

Ambulatório do cuidador

Autores: Franco, MGR; Andrade, TL.

Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar da Região Oeste do Distrito Federal

A instalação de uma doença crônica gera grandes mudanças em âmbito familiar, mediante a necessidade de adequação à nova condição, e quase sempre acontece abruptamente, o que repercute emocionalmente em ambas as partes. Em alguns casos, a família do paciente contrata uma pessoa para cuidar do doente, contudo, na grande maioria, a pessoa elencada para os cuidados será um familiar. O cuidador acumula funções que vão desde o cuidado ao paciente, atividades rotineiras da casa e também o trabalho fora dela. Outros até interrompem as atividades que exerciam anteriormente. É válido ressaltar que o prévio relacionamento entre o paciente e o cuidador influencia nas consequências dessas mudanças. Todas essas questões, a curto e médio prazo, acarretam no adoecimento físico e mental do cuidador. Observa-se na rotina do Serviço de Atenção Domiciliar uma grande incidência de cuidadores idosos, sedentários, obesos, estressados, hipertensos, diabéticos e/ou portadores de distúrbios de sono. Com o adoecimento do cuidador, este passa a ter dificuldade em manter os cuidados necessários ao paciente, o qual tende a uma piora em seu quadro clínico, ficando mais suscetível às infecções oportunistas e, conseqüentemente, à necessidade de reinternações. Pode-se afirmar então que a atenção dispensada ao cuidador contribui significativamente na manutenção dos cuidados por ele desempenhado. O Ambulatório do Cuidador foi idealizado para prestar cuidados à saúde física e mental dos cuidadores de pacientes assistidos pelo Programa de Internação Domiciliar (PID) da Região Oeste do Distrito Federal, visando evitar a piora clínica dos pacientes decorrente do adoecimento dos cuidadores. Iniciou em 27 de fevereiro de 2016 e acontece semanalmente, com as seguintes atividades: atendimento médico clínico, psiquiátrico, odontológico, coleta de exame preventivo de câncer de colo de útero, grupo de apoio psicológico e atividades de alongamento e relaxamento.

Palavras-chave: Cuidador; Saúde; Domicílio.

E-mail: gesad.oeste@gmail.com

Instituição de longa permanência para idosos: um domicílio no território de cuidados

Autores: Horta, NC; Souza, MCMR; Lacerda, TTB; Oliveira, TRPR; Marcelino, KGS; Ferreira, QN; Mattioli, CDP; Barcelos, BJ; Silva, MCG; Rodrigues, MTG; Cunha, MCM.

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

O cuidado à população idosa tem sido cada vez mais imprescindível diante do envelhecimento populacional. Nesse contexto, as instituições de longa permanência para idosos (ILPI) passam a ser um importante dispositivo para a prática cuidativa. Entendidas como um domicílio pelas políticas sociais, este trabalho buscou discutir as diferentes dimensões atribuídas a esse domicílio a partir de pesquisa desenvolvida em 156 ILPI da Região Metropolitana de Belo Horizonte/MG. Foi realizado um estudo quanti-qualitativo envolvendo gestores, seja de serviços e de políticas públicas, além de profissionais que atuam no cuidado ao idoso. Os achados revelaram que a ILPI é reconhecida como domicílio em algumas situações, tais como a estrutura física e por ter como referência a atenção primária à saúde. Entretanto, foi constatado que programas governamentais como o Melhor em Casa não assistem aos idosos institucionalizados e que a conformação da equipe de profissionais, seja de saúde ou do social, não trazem a centralidade nas necessidades do idoso. Revelou ainda o paradoxo importante sobre o domicílio, em que não é permitido ao idoso, por exemplo, o acesso à cozinha devido às resoluções direcionadas a esse equipamento. Conclui-se que é necessário discutir o atributo de domicílio dado as ILPI para que se efetivem as ações e políticas pertinentes e resolutivas para o processo de cuidado ao idoso institucionalizado. Por fim, fica o questionamento: A quem interessa falar que a ILPI é um domicílio? Financiamento: CNPQ; PUC-Minas.

Palavras-chave: Instituição de longa permanência para idosos; Envelhecimento; Cuidado; Território; Domicílio.

E-mail: nataliahorta@pucminas.br

A violência simbólica e o cuidador do atendimento domiciliar pediátrico

Autores: Santos, VTR; Minayo, MCS.

Instituição: Claves ENSP/FIOCRUZ

A entrada de um filho em AD provoca mudanças na estrutura familiar. Seja por violência de qualquer tipo ou por doença, a necessidade de um AD coloca os atores envolvidos em uma posição de vulnerabilidade. Dependendo do diagnóstico e do prognóstico recebido, o cenário acabará por revelar-se como sendo uma experiência bastante complexa e difícil para os pais, implicando em prejuízos psíquicos para todos os implicados. Pierre Bourdieu nos introduz o conceito de violência simbólica, a qual é suave, insensível e invisível a suas próprias vítimas e se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, capaz de dominar por completo a existência do sujeito. Após cinco anos trabalhando com AD, verificamos que a maioria dos agentes paternos deixa seus lares e, conseqüentemente, suas companheiras e seus filhos. Muitas dessas mulheres entram em depressão profunda. Objetivos: Este estudo tem como objetivo demonstrar como o conceito de violência simbólica de Pierre Bourdieu nos ajuda a compreender os casos de abandonos dos agentes paternos quando seus filhos adentram em AD. Metodologia: Estudo qualitativo de natureza empírica com base nos dados colhidos das visitas pela psicologia em 50 residências do Home Baby de 2011 a 2016. Resultados: 76% das crianças tinham como cuidador principal as mães; 82% das mães relataram que foram deixadas por seus parceiros após a necessidade que levou seu filho (a) para AD; 12% apresentaram ou apresentam quadro sugestivo de depressão. Conclusão: Ao se depararem com seus filhos em necessidade de um AD, os agentes paternos, não conseguindo lidar com essa dinâmica familiar, acabam por deixar seus lares e familiares, tendo como consequência uma sobrecarga nos cuidadores e reforçando a violência simbólica explicada por Bourdieu.

Palavras-chave: Violência simbólica; Depressão; Sobrecarga; Abandono.

E-mail: vanessatravassos@gmail.com

GINO[®]

Material Hospitalar

Aluguel e Venda

- ***Camas Hospitalares***
- ***Cadeiras de Rodas***
- ***Andadores***
- ***Muletas***
- ***Oxigenoterapia***
- ***Fraldas Geriátricas***
- ***Meias De Compressão***
- ***Materiais Diversos
para Recuperação***



(11) 3884-1044

(11) 3887-9995

www.gino.com.br

Rua Dr. Rafael de Barros, 609 - Paraíso - São Paulo - SP



O cuidado que você precisa a qualquer hora!

Uma empresa formada por profissionais especializados, com larga experiência em assistência domiciliar à saúde, preocupados com o paciente e seus familiares, visando à promoção, manutenção e a reabilitação da saúde.

Desde os casos simples (como curativos e aplicação de medicamentos) até os mais complexos (como ventilação mecânica e internação domiciliar) um trabalho individualizado e humanizado, 24 horas por dia reduzindo as internações hospitalares prolongadas.

HOME CARE

O aumento da expectativa de vida nos últimos anos tem apresentado para o Brasil uma população cada vez mais idosa. O problema não é envelhecer, mas envelhecer sem qualidade de vida. O Brasil não está desenvolvendo-se paralelamente para esta população e isto está criando idosos sem saúde. A superlotação dos serviços de saúde é consequência da ausência de políticas para o atendimento domiciliar.

VANTAGENS HOME CARE

Para as Famílias:

- Melhor resposta ao tratamento em função do paciente estar em seu próprio ambiente familiar;
- Reintegração do paciente ao ambiente familiar;
- A família não precisa se desestruturar com deslocamentos complicados;
- Tratamento personalizado e humanizado;
- Atendimento personalizado 24 horas;
- Participação e envolvimento da família no tratamento e recuperação do paciente;
- Conforto ao paciente e à família;
- Satisfação da família ao ver seu familiar sendo acompanhado por profissionais treinados e capacitados dentre outras vantagens;
- Redução do risco de infecções hospitalares.

Para as Operadoras e Hospitais

- Possibilidade de redução de custos globais e de tempo de internação;
- Melhor evolução clínica e redução do risco de infecções hospitalares;
- Disponibilidade de maior número de leitos em hospitais para pacientes instáveis;
- Redução dos custos para planos de saúde;
- Maior satisfação dos clientes.

