

Revista Brasileira de Atenção Domiciliar

Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar



Editorial

Resumos – CIAD 2019

Congresso Brasileiro
Interdisciplinar de
Assistência Domiciliar

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 VI - Número VI - 2020

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: editor@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. VI (2020) -

Ano VI n. VI 2020

Anual

ISSN 2446-841X

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

CDD - 610

Permuta/Exchange

Aceita-se Permuta

We ask for Exchange

Revista Brasileira de Atenção Domiciliar

Publicação periódica do Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar, realizado pelo
Nadi – Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar – do Instituto Central do Hospital das Clínicas da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Ano VI - Número VI - 2020

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

Júlio Cesar de Oliveira – 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

Bem sei que, muitas vezes,
o único remédio
é adiar tudo. É adiar a sede, a fome, a viagem,
a dívida, o divertimento,
o pedido de emprego, ou a própria alegria.
A esperança é também uma forma
de contínuo adiamento.
Sei que é preciso prestigiar a esperança,
numa sala de espera.
Mas sei também que espera significa luta e não, apenas,
esperança sentada.
Não abdicação diante da vida. [...] (A rua, Cassiano Ricardo)

Em tempos de pandemia, alguns tiveram que adiar ou suspender tudo: trabalho, eventos, viagens, sonhos, esperanças; outros tiveram tantas outras obrigações e compromissos jamais sonhados. O que estamos vivendo é inimaginável, seja do ponto de vista pessoal ou coletivo.

Mas a poesia sempre nos traz a possibilidade de ver a realidade sob outro prisma, e isso às vezes é o que nos alenta. Desta forma, entre o Ciad 2019 e o próximo, temos um lapso de tempo – espera – preenchido pelas lives e agora por esta Revista que ora apresentamos – formas que encontramos para nos mantermos próximos com distanciamento, grande lema destes tempos...

A casa e a rua: particularidades da atenção domiciliar brasileira, tema central do Ciad 2019, trouxe-nos inúmeros exemplos de quão profícuo é o cuidado domiciliar que exercitamos em nosso país. Cuidado que se efetiva, seja por meio de técnicas adaptadas a um ambiente, em um primeiro momento estranho a nós profissionais da saúde, seja pela arte de bem atender, tendo a realidade vivida pelas famílias à base das nossas intervenções.

São inúmeros os exemplos de práticas realizadas com êxito, e parte delas vocês estão convidados a conhecer nesta publicação.

E como espera significa luta, já estamos organizando o Ciad 2021, no qual discutiremos aquilo que fazemos de melhor: “Cuidar se aprende cuidando”. Convidamos você, leitor, a ir preparando o seu trabalho para estar conosco, pois, com certeza, teremos muito o que trocar em uma realidade alterada pela pandemia.

Mas como diz o poema, é preciso prestigiar a esperança. Esperamos dias melhores, apesar das grandes transformações em voga!

DRA. LETÍCIA ANDRADE

Sumário

ARTIGOS

O impacto do cuidado transicional na redução da readmissão hospitalar	13
Linha de cuidado em cuidado paliativo: a demanda, o seu reconhecimento e a necessidade do trabalho em rede	19
Episódios de hipoglicemia em paciente com via alimentar por jejunostomia.....	24
Análise de mortalidade em idosos acompanhados na atenção domiciliar: coorte retrospectiva.....	28
Impactos sobre a implantação do Acesso Mais Seguro na unidade Padi/RJ entre 2017-2018	35

RESUMOS

Indicação clínica de internação domiciliar <i>versus</i> liminar judicial	40
Assistência domiciliar: os desafios da humanização – relato de experiência de um home care de Palmas/TO.....	40
Participação do familiar nos cuidados paliativos no contexto da atenção domiciliar.....	41
A doença e a possibilidade de perda: uma abordagem compassiva do óbito domiciliar em cuidados paliativos	41
Grupo de reflexão: ação de extensão promovendo bem-estar aos trabalhadores de saúde da atenção domiciliar.....	42
A experiência do profissional diante da prática do Programa Melhor em Casa	42
Protagonismo dos trabalhadores na criação do Grupo de Pesquisa Multiprofissional da Atenção Domiciliar (GPMAD).....	43
Cuidado, afeto e finitude: um relato de caso sobre cuidados paliativos no atendimento domiciliar	43
Suporte nutricional combinado à terapia tópica no tratamento de lesões por pressão: relato de caso.....	44
Características dos cuidadores de pacientes atendidos pela atenção domiciliar do município de Indaiatuba/SP.....	44
A prevalência do uso de tecnologias duras e os cuidados prestados no domicílio pelo Serviço de Atenção Domiciliar de Indaiatuba/SP.....	45
Compartilhando cuidado: importância da articulação de rede entre os equipamentos do município.....	45
Adoecimento do cuidador domiciliar no SAD do Hospital São José-Fortaleza/CE.....	46
Bala perdida, violência urbana, crianças vulneráveis: equipe interdisciplinar salvando vidas.....	46
Novo conceito de acolher: experiência de cuidado paliativo de paciente em instituição de abrigo.....	47
O cuidado com a família no atendimento domiciliar: refletindo sobre a pediatria	47
Gestão estratégica no atendimento domiciliar: um olhar para a experiência do colaborador	48
Perfil de especialistas na validação de manual educativo no cuidado domiciliar em pediatria.....	48
Clínica ampliada e articulada no SUS: um tiro no alvo	49
Síndrome de Goldenhar: atuação multidisciplinar no atendimento domiciliar - relato de caso.....	49
Rodas de conversa com o cuidador de pacientes acompanhados pelo Programa Melhor em Casa.....	50
Gerenciamento psicológico domiciliar em um caso de superação da Unimed Pato Branco/PR.....	50

O acompanhamento psicológico a paciente em gerenciamento de casos (PGC) na Unimed Pato Branco/PR	51
Equipe multidisciplinar sendo um diferencial para o cuidado no Programa de Gerenciamento de Casos (PGC) da Unimed Pato Branco/PR.....	51
Condições de moradia de pacientes assistidos na atenção domiciliar de Indaiatuba/SP	52
O impacto do Acesso Mais Seguro na prática assistencial	52
Avaliação holística de pacientes em internação domiciliar	53
Aplicação da Escala de Karnofsky a pacientes em cuidados paliativos em atenção domiciliar.....	53
A importância da adaptação residencial e do acolhimento dos cuidadores para o sucesso da internação domiciliar	54
Estimulação precoce para pacientes internados em domicílio após acidente vascular cerebral em fase inicial.....	54
Avaliação da percepção da sobrecarga funcional em cuidadores de doentes internados em domicílio	55
Hipodermóclise: método seguro?.....	55
A coleta de resíduos contaminados no Serviço de Atenção Domiciliar no Sul do Brasil	56
Tratamento restaurador atraumático (ART) em paciente portadora de esclerose lateral amiotrófica assistida no Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) do município de Praia Grande/SP: experiência de serviço.....	56
Roda de conversa com pacientes em oxigenoterapia do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) do município da Estância Balneária de Praia Grande: experiência de serviço	57
Perfil dos pacientes em pós-operatório de coluna atendidos em domicílio.....	57
Perfil de saúde bucal de pacientes assistidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no município da Estância Balneária de Praia Grande/SP, odontólogo residente na equipe multidisciplinar em atuação: experiência de serviço.....	58
Metas estabelecidas por profissionais da área da saúde para criação de indicadores da nutrição enteral no domicílio	58
Desospitalização na Bahia: avaliação do Programa Desospitaliza no Hospital Geral Clériston Andrade	59
A minha gaveta agora guarda as fraldas do meu marido: as mudanças na vida da(o) cuidadora(or) na atenção domiciliar	59
Perfil do paciente em uso de via alternativa de alimentação do Serviço de Atenção Domiciliar do município de Indaiatuba	60
Tempo de terapia nutricional enteral e acompanhamento da nutrição em paciente oncogerítricos atendidos em domicílio	60
O impacto das orientações prestadas aos cuidadores na assistência domiciliar	61
Gestão do cuidado na atenção domiciliar: ferramenta para avaliação da complexidade assistencial.....	61
Equipe e paciente: pactuando com o cuidado domiciliar na avaliação de elegibilidade.....	62
O apoio à desospitalização: estratégias para o fortalecimento do Programa Melhor em Casa em uma Emad hospitalar.....	62
Uso de cobertura de poliuretano impregnada com prata e silicone para tratamento de queimaduras solares de membros inferiores de um paciente diabético e hipertenso em atendimento domiciliar	63
Doença de Huntington na Amazônia Ocidental: um relato de caso na atenção domiciliar	63
Alimentação por cateter e suas interfaces com a dependência de idosos em atenção domiciliar	64
A visita pré-admissional como pressuposto da alta responsável e continuidade do cuidado	64
Doenças crônicas e incapacitantes e dependência de idosos em atenção domiciliar	65
Terapia por pressão negativa no tratamento de feridas: uma experiência de baixo custo na atenção domiciliar	65
Visita pós-óbito aos cuidadores de pacientes em cuidados paliativos por um Serviço de Atenção Domiciliar	66
Perfil dos pacientes assistidos pelo SAD-JF no período de julho de 2018 a julho de 2019	66
Compartilhando experiências: contribuições do grupo de apoio do SAD-JF	67
A importância do Serviço de Atenção Domiciliar no tratamento de feridas: relato de caso.....	67
Elaboração de instrumento para implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)	68

Evolução de lesão traumática em tíbia e fíbula direita em paciente com atendimento domiciliar (AD)	68
Evolução de uma lesão por pressão (LPP) em região sacral em paciente acamado em internação domiciliar (ID)	69
Programa de Desospitalização	69
Caracterização das ações do Serviço de Atendimento Domiciliar do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (Into): uma experiência na alta complexidade.....	70
Atenção domiciliar como ferramenta: do cuidado ao óbito em domicílio	70
Principais cuidados domiciliares demandados ao SAD de Campo Grande/MS: relato de experiência.....	71
Principais causas de encaminhamentos de pacientes ao SAD: relato de experiência.....	71
A saúde no XXI com ampliação da assistência domiciliar na população de massa	72
Contribuições da equipe multidisciplinar do Programa de Gerenciamento de Casos (PGC) da Unimed Pato Branco/PR para o desenvolvimento neuropsicomotor	72
Gestão do trabalho no Serviço de Atenção Domiciliar de Pelotas: planejamento estratégico e instrumentos	73
O sofrimento causado pela conspiração do silêncio	73
Atendimento humanizado é possível em doença degenerativa no Programa de Gerenciamentos de Casos (PGC) da Unimed Pato Branco/PR.....	74
Projeto Música e Saúde: música e psicologia no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (UFU).....	74
A experiência de implantação do Serviço de Atenção Domiciliar: integração com a atenção primária à saúde	75
Atuação do nutricionista na atenção domiciliar: protocolos e benefícios.....	75
Assistência nutricional em um Serviço de Atenção Domiciliar do município de Juiz de Fora/MG.....	76
A percepção dos profissionais da Emap sobre a prática no Serviço de Atenção Domiciliar.....	76
A ventilação mecânica invasiva domiciliar e a organização em rede como estratégia do cuidado	77
Desafios da desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais.....	77
Abordagem domiciliar multidisciplinar e reabilitação em paciente pós-sequelas de intoxicação exógena	78
Assistência ao paciente com diagnóstico clínico de porfiria aguda intermitente (PAI)	78
Complicações gastrointestinais em pacientes idosos em terapia nutricional enteral domiciliar	79
Riscos jurídicos e judicialização dos serviços de home care pediátrico.....	79
Acompanhamento multidisciplinar em rede primária e terciária.....	80
Características e diferenças no atendimento domiciliar na pediatria.....	80
Relação entre nutrição e fisioterapia na melhora respiratória no idoso com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC): relato de caso	81
Experiência da educação permanente do Homebaby voltada aos cuidadores	81
Acurácia na investigação de pneumonia associada à ventilação mecânica na internação domiciliar	82
Ação do monitoramento de um protocolo clínico na diminuição da taxa de internação hospitalar	82
O desafio da acreditação em domicílio.....	83
Acolhimento e humanização na atenção domiciliar do Homebaby: um olhar psicossocial.....	83
Ações de qualidade para o consumo e controle dos insumos na pediatria no domicílio	84
Telemonitoramento: uma ferramenta indispensável ao atendimento domiciliar	84
Atuação da fonoaudiologia no desmame da gastrostomia na síndrome de Arnold-Chiari tipo 2	85
Diferencial de uma empresa acreditada plena ONA 2 em internações domiciliares de 12h e 24h.....	85

O papel do Homebaby na doença de Tay-Sachs.....	86
Educação permanente implantada em atenção domiciliar com simulação realística.....	86
Terapia nutricional e cuidados de enfermagem no processo de cicatrização de lesão por pressão	87
Terapia nutricional domiciliar.....	87
Cuidando de quem cuida: KZT, a arte do cuidar.....	88
Perfil nutricional de pacientes pediátricos em atenção domiciliar.....	88
Controle de infecção domiciliar do Serviço de Atenção Domiciliar pediátrica do Homebaby.....	89
Auditoria clínica em atenção domiciliar para garantia de melhoria contínua por meio do plano terapêutico	89
Ventilação mecânica domiciliar e cirurgia bariátrica: relato de caso.....	90
Cuidados realizados a idosos em domicílio por cuidadores familiares.....	90
Desafios da ampliação do campo de captação de órgão/tecido para o ambiente domiciliar: o que aconteceu em um ano.....	91
Perfil epidemiológico e clínico dos usuários do Programa de Atenção Domiciliar (PAD) de Barueri	91
Reabilitação de paciente acometido por acidente vascular encefálico (AVE): atuação da equipe multidisciplinar na atenção domiciliar	92
Cuidados paliativos na atenção domiciliar: importância da participação da família e equipe multidisciplinar na qualidade de vida do paciente.....	92
Desfechos clínicos de pacientes oncogeriátricos em terapia nutricional enteral domiciliar	93
Como lidar com a labilidade emocional na esclerose lateral amiotrófica (ELA)	93
Contribuição das redes sociais para a assistência domiciliar: relato de experiência de um Serviço de Atendimento Domiciliar privado de Palmas/TO.....	94
Monitoramento: instrumento de avaliação e melhoria na qualidade dos Serviços de Atenção/Internação Domiciliar	94
A atuação da fisioterapia na criança com atrofia muscular espinhal: relato de caso.....	95
Atenção domiciliar: uma estratégia para evitar internação e melhorar a qualidade de vida	95
Laserterapia: potencializa a cicatrização e proporciona qualidade de vida.....	96
Atenção domiciliar: estratégias do cuidado e novas descobertas	96
Desmame da ventilação mecânica invasiva e decanulação em criança portadora de síndrome de Holt-Oram: relato de caso.....	97
Experiência da implantação da comissão de cuidados paliativos no Padi/RJ.....	97
Implementação de políticas públicas: a emergência de proteção social aos cuidadores informais de idosos	98
Fatores associados ao estado nutricional e condições clínicas de idosos em assistência domiciliar: coorte retrospectiva.....	98
Relação família e cuidado em um Serviço de Atenção Domiciliar em um município de pequeno porte.....	99
As dificuldades encontradas no contexto de atuação da assistência domiciliar em um serviço no Rio de Janeiro.....	99
Um caso de assistência domiciliar em um município do estado do Rio de Janeiro.....	100
Grupo de cuidadores informais de idosos portadores de doenças crônicas: atuação da psicologia.....	100
Referencial teórico do cuidado centrado na família aplicado à assistência domiciliar.....	101
Cuidado domiciliar na percepção cuidadores do Serviço de Atenção Domiciliar.....	101
Cuidando de quem cuida: assistência ao cuidador do paciente em cuidados paliativos no Padi/RJ	102

APRESENTAÇÕES ORAIS

Rua como espaço para o cuidado às pessoas em situação de rua.....	104
Intervenção domiciliar humanizada a pacientes economicamente desfavorecidos: papel da Clínica Girassol em Luanda	104

Amparo social e jurídico na atenção domiciliar: experiências do direito cuidativo	105
Segurança de pacientes portadores de doenças neurodegenerativas raras no tratamento em domicílio.....	105
Implantação de aparelho de suporte à vida em pacientes assistidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar de Juiz de Fora.....	106
Domicílio como espaço de cuidado: eficiência na alocação de recursos.....	106
Particularidades da atenção domiciliar em uma operadora de saúde: a casa, o cuidado, a mulher e a terminalidade da vida.....	107
“A situação fez eu me tornar cuidador”: desafios do cuidado em final de vida no domicílio	107
Curso de capacitação de cuidadores informais: aperfeiçoando a arte de cuidar	108
Projeto de música e psicologia no Serviço de Atenção Domiciliar da Universidade Federal de Uberlândia: impacto em pacientes, familiares e equipe profissional.....	108
Impacto do Ambulatório Multidisciplinar de Assistência ao Cuidador (Amac) na sobrecarga do paciente oculto.....	109
A identificação do presenteísmo nos cuidadores domiciliares e a intervenção com ações educativas pela equipe multiprofissional definem o sucesso dos cuidados	109
Aspectos espirituais de pacientes e cuidadores assistidos pela atenção domiciliar de Indaiatuba.....	110

ARTIGOS

O impacto do cuidado transicional na redução da readmissão hospitalar

Autores: Marrochi LCR, Tonolli DM, Camargo SN.

Instituição: Saúde Care.

E-mail: dany_tonolli@hotmail.com

Resumo: Objetivo: Avaliar a aplicabilidade de visitas transicionais pré/pós-alta até 48h para evitar readmissão hospitalar até 30 dias. Métodos: Pacientes de alta complexidade internados em hospital da cidade de São Paulo durante 60 dias com o propósito de realizar cuidado transicional, a partir dos critérios: (1) > 70 anos; (2) ≥ 2 comorbidades; (3) 2 internações em 12 meses ou 1 internação ≥ 30 dias; (4) diabéticos em uso de insulinoterapia ou múltiplos hipoglicemiantes; (5) hipertensos com ≥ 3 anti-hipertensivos; (6) insuficiência renal; (7) doença pulmonar obstrutiva crônica; (8) hepatopatia moderada e grave; (9) insuficiência cardíaca; (10) doenças reumatológicas em tratamento; (11) trombofilias em uso de anticoagulantes; (12) criança com 1 internação em UTI no ano; (13) diagnóstico de infecção no pós-operatório (PO); (14) PO de cirurgias complicadas; (15) em cuidados paliativos. Realizaram-se visitas pré-alta no leito para orientar cuidados transicionais e visita pós-alta em até 48h para conciliação medicamentosa e garantir retorno ao médico. Considerou-se como “sucesso” quem não apresentou nova readmissão em 30 dias e “insucesso” a presença de readmissão. Resultados: Avaliaram-se 192 usuários hospitalizados, dos quais 55 eram elegíveis para cuidados transicionais, 31 receberam visitas e 3 foram readmitidos (1 por queda e 2 por condições sensíveis à atenção primária). A taxa de readmissão hospitalar em 30 dias foi de 17,4% (antes da estratégia) para 2,7%. Conclusão: Visitas no preparo da alta, conciliação medicamentosa, fidelização ao médico de referência, ação no conhecimento e atuação no contexto social foram impactantes para a redução da taxa de readmissão hospitalar.

Palavras-chave: Cuidado transicional. Readmissão.

Introdução

O envelhecimento da população leva ao aumento de indivíduos com múltiplas comorbidades, por exemplo, hipertensão, diabetes, insuficiência renal crônica, hepatopatias, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca, doenças reumatológicas, cuidados paliativos, trombofilias, entre outras, que requerem, a longo prazo, monitoramento e acompanhamento, mostrando-se um grande desafio para sistemas de saúde de todo o mundo^{1,2}. São pacientes que utilizam mais os serviços de emergências e apresentam uma maior taxa de internação hospitalar e de mortalidade^{3,4}.

O gasto com internações hospitalares em 2018 na saúde suplementar girou em torno de R\$ 68 mil, dos quais 20% são desperdiçados e 70% são evitáveis. O tempo de permanência médio no SUS é de 5,2 dias e na saúde suplementar é de 4,1 dias. Portanto, tanto no setor público quanto no privado, tem sido cada vez mais necessário reduzir o tempo de internação nos hospitais com a expectativa de continuar os cuidados na residência, ambulatório^{5,6}, homecare, hospitais de transição, clínicas especializadas ou demais lugares proporcionados pela rede de serviços ao paciente. Um tempo de permanência prolongado gera não apenas aumento de gastos como também aumento de riscos assistenciais, por exemplo: aumento de complicações, perda de funcionalidade e piora do desfecho clínico.

Ferramentas importantes para intervenções na redução da readmissão hospitalar são: orientação do paciente e do cuidador e instruções detalhadas sobre cuidados⁵⁻⁷.

Para poder apoiar o paciente e o cuidador da melhor forma durante a jornada de recuperação ou progressão da doença, deve-se entender quais são os desejos do paciente e, além disso, explicar a respeito do diagnóstico, prognóstico, tratamento, curso da doença, seu autocuidado e qual plano de cuidados que será seguido⁸.

É a chamada coordenação dos cuidados, que tem como um dos pilares a desospitalização planejada e discutida por uma equipe multidisciplinar e multissetorial, com base na elaboração técnica de um plano terapêutico singular e adequado a cada paciente. O plano de desospitalização deve conter: integração de cuidados e transferência de cuidados visando à redução da readmissão hospitalar. É válido lembrar que a qualidade da coordenação dos cuidados transicionais tem sido uma forma de avaliar o desempenho dos hospitais^{9,10}.

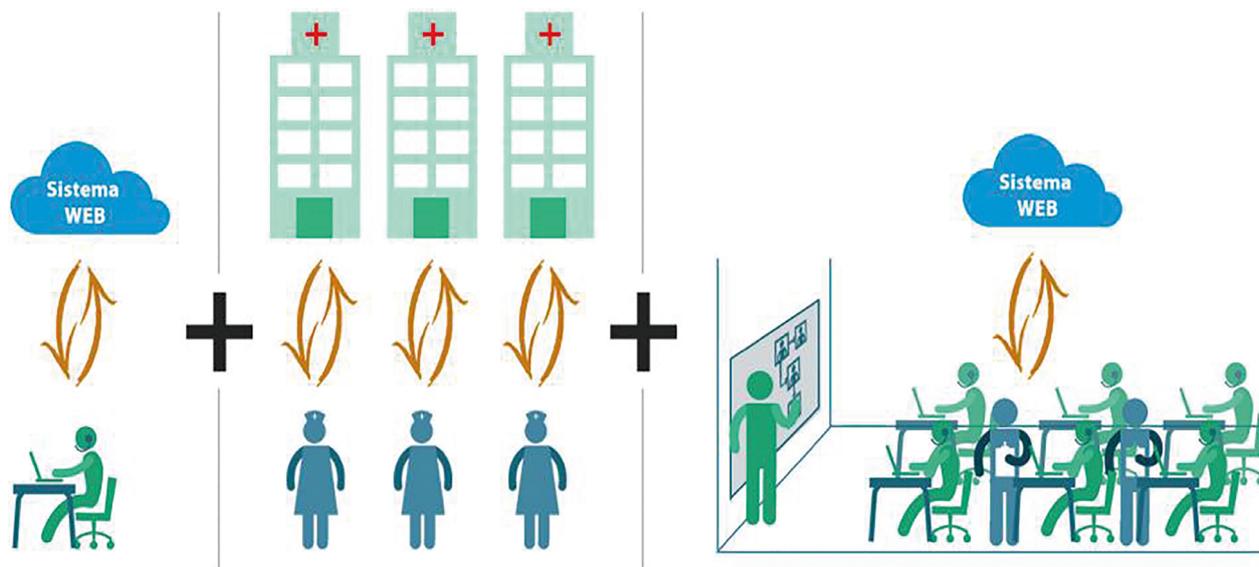
Saber navegar o paciente na rede, monitorá-lo e orientá-lo em pré-alta e pós-alta hospitalar diminui efetivamente as taxas de internação hospitalar e de má adesão ao tratamento.

A assistência à saúde precisa cada vez mais focar na medicina dos 4 Ps: participativa, preventiva, preditiva e personalizada.

O cuidado transicional engloba o movimento de pacientes entre médicos e instituições à medida que suas condições e necessidades mudam ao longo da evolução da doença¹¹. Em 2018, notou-se que as três consultas médicas ambulatoriais mais utilizadas por beneficiários de planos de saúde foram as consultas de clínica médica (12,5%), ginecologia e obstetrícia (9,1%) e pediatria (7,7%). No total foram mais de 27 mil consultas médicas ambulatoriais em 2018. É importante ressaltar a expressiva participação da especialidade clínica médica por sua capacidade resolutive e de coordenação do cuidado.

Outro ponto importante é a necessidade de evitar a fragmentação dos cuidados pós-alta, ou seja, empregar recursos de apoio e profissionais treinados que saibam lidar com pacientes com múltiplas comorbidades e, muitas vezes, dependentes de tecnologias e dispositivos para a continuidade dos cuidados na residência ou em outros locais. Entre os profissionais das equipes multiprofissionais, os enfermeiros têm apresentado papel de destaque nessa transição^{12,13}. Neste estudo, foram empregados enfermeiros nos cuidados transicionais com visitas pré e pós-alta hospitalar (Figura).

Figura – Controle das visitas hospitalares.



Fonte: elaborada pelas autoras.

Não é aceitável a perda do paciente na rede de atenção oferecida pelo sistema público e privado. A contínua e eficiente relação entre cuidadores, paciente e profissionais de saúde é muito importante nessa hora. A mudança do hospital para o domicílio é uma fase frágil e vulnerável, na qual existem diversos desafios e particularidades no contexto em que o paciente está inserido^{14,15}. Portanto, os indivíduos assistidos pelas equipes multiprofissionais precisam de cuidados contínuos, com seguimento e monitorização adequados na rede de atenção à saúde^{16,17}.

A experiência do paciente é um dado importante para avaliar a qualidade da transição do hospital para a casa¹⁸, e o enfermeiro é um essencial elo entre o paciente e a rede, alertando os demais profissionais da equipe sobre os cuidados particulares necessários de cada paciente e cada contexto domiciliar^{19,20}.

É fundamental conhecer a demanda da população atual para poder organizar e adequar o serviço de saúde^{21,22}.

Objetivo

Avaliar a aplicabilidade de visitas transicionais pré-alta e pós-alta em até 48h para evitar readmissão hospitalar em até 30 dias.

Métodos

Selecionaram-se usuários internados em um hospital geral da cidade de São Paulo no período de 60 dias com o propósito de realizar cuidado transicional para o paciente de alta complexidade associado à visita domiciliar programada. Os pacientes selecionados seguiam os seguintes critérios: (1) idade superior a 70 anos; (2) portadores de 2 ou mais comorbidades; (3) 2 internações nos últimos 12 meses ou 1 internação com tempo superior a 30 dias; (4) diabéticos em uso de insulino terapia ou múltiplos hipoglicemiantes; (5) hipertensos em uso de 3 anti-hipertensivos; (6) portadores de insuficiência renal crônica; (7) portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica; (8) portadores de hepatopatia moderada e grave; (9) portadores de insuficiência cardíaca; (10) portadores de doenças reumatológicas em atividade ou uso de imunossupressor; (11) portadores de trombofilias em uso de anticoagulante; (12) criança com 1 internação em UTI no ano; (13) diagnóstico de infecção no pós-operatório (PO); (14) PO de cirurgias complicadas; (15) em cuidados paliativos.

Realizaram-se visitas no leito pré-alta hospitalar associado a visitas domiciliares pós-alta hospitalar em até 48h. A visita no leito pré-alta hospitalar era realizada por enfermeiro com o objetivo de orientar cuidados transicionais, por exemplo: acolhimento do paciente e elegibilidade para cuidados transicionais por meio da aplicação de questionário estruturado. O questionário continha: CID de internação, a origem do paciente (PS, domicílio, ambulatório ou hospital-dia); equipe responsável (clínica médica, hematologia, gastroenterologia, neurocirurgia, entre outras); médico de referência; histórico de leitos (localização, enfermeira, isolamento, tipo de isolamento, agente etiológico, número do leito, data do início e término da internação); cuidador responsável (familiar); paciente elegível para cuidados transicionais; feridas ou curativos a serem realizados pós-alta; dispositivos ou equipamentos que permancerão pós-alta (cama hospitalar, GTT, TQT etc.); exames pendentes para serem feitos após a internação; consultas a serem agendadas após a internação; e dieta prescrita (se enteral, qual e por quanto tempo).

A visita domiciliar pós-alta hospitalar ocorria em até 48h e era feita, de preferência e na maioria das vezes, pelo mesmo enfermeiro designado à visita em ambiente hospitalar. O intuito de realizar nova visita era para acolher o paciente, orientar a conciliação medicamentosa, avaliar a estrutura, o entendimento e as necessidades do paciente e do responsável pelos cuidados dele, tentando, assim, garantir a compreensão das orientações feitas no

hospital e reforçar a necessidade do retorno ao médico assistente. Na residência, foi aplicado novo questionário estruturado que continha: data da admissão na casa; data da visita domiciliar; histórico clínico do paciente; cuidador (qual seu grau de parentesco com o paciente, idade, sua capacidade de compreensão da condição clínica e vulnerabilidade do paciente, sua capacidade de compreensão da prescrição medicamentosa e dos cuidados necessários e qual a sobrecarga do cuidador); informações sobre a moradia (tipo, estrutura, conservação, acesso à ambulância, localização de alta periculosidade, acessibilidade para o paciente, presença de animais domésticos e acomodação do paciente); dinâmica social da casa (quantos pessoas residem na casa, se há auxiliar doméstico, carro próprio, renda familiar ou auxílio financeiro de terceiros); avaliação clínica funcional do paciente (presença de dispositivos, presença de equipamentos, presença de curativos e quem irá realizá-los); tabela KATZ; orientações gerais sobre conciliação medicamentosa, dúvidas de posologia, ausência de receitas, como realizar os curativos; indicação de profissional técnico para realizá-los; orientações sobre dor e alterações clínicas.

Considerou-se como “sucesso” o usuário que não apresentou nova readmissão hospitalar em 30 dias e “insucesso” a presença de readmissão hospitalar.

Resultados

Avaliaram-se 192 usuários hospitalizados, dos quais 55 (33 mulheres e 22 homens) eram elegíveis para cuidados transicionais, 31 pacientes receberam visitas domiciliares e hospitalares e 3 foram readmitidos no hospital, sendo 1 por queda da própria altura e 2 por condições sensíveis à atenção primária. Houve uma redução da taxa de readmissão hospitalar em 30 dias de 17,4% (antes da implantação dos cuidados transicionais) para 2,7% (após início do programa).

Conclusão

Houve redução da readmissão hospitalar com a instauração do programa de cuidados transicionais. Visitas do enfermeiro no preparo da alta, conciliação medicamentosa, fidelização ao médico de referência e ação no conhecimento e atuação no contexto social foram impactantes para que ocorresse a redução da taxa de readmissão hospitalar.

Conflitos de interesse

Não houve conflitos de interesse.

Referências

1. Hill MK, Twiddy M, Hewison J, House AO. Measuring patient-perceived continuity of care for patients with long-term conditions in primary care. *BMC Family Practice* [Internet]. 2014 Dec [cited 2016 Aug 23];15(191):1-8. Available from: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-014-0191-8>.
2. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* [Internet]. 2012 Jul [cited 2016 Aug 20];380(9836):37-43. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60240-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60240-2/fulltext).

3. Pines JM, Asplin BR, Kaji AH, Lowe RA, Magid DJ, Raven M, et al. Frequent users of emergency department services: gaps in knowledge and a proposed research agenda. *Acad Emerg Med*. 2011 Jun;18(6):e64-9.
4. Moe J, Bailey AL, Oland R, Levesque L, Murray H. Defining, quantifying, and characterizing adult frequent users of a suburban Canadian emergency department. *CJEM*. 2013 Jul;15(4):214-26.
5. Hamström N, Kankkunen P, Suominen T, Meretoja R. Short hospital stays and new demands for nurse competencies. *Int. J. Nurs. Pract*. 2012 Oct;18(5):501-8.
6. Considine J, Jones D, Pilcher D, Currey J. Patient physiological status at the emergency department-ward interface and emergency calls for clinical deterioration during early hospital admission. *J. Adv. Nurs*. 2016 Jun;72(6):1287-300.
7. Mäkinen M, Castrén M, Huttunen K, Sundell S, Kaartinen J, Ben-Meir M, et al. Assessing the discharge instructing in the emergency department: patient perspective. *Int Emerg Nurs*. 2019 Mar;43:40-4.
8. Caceres JW, Alter SM, Shih RD, Fernandez JD, Williams FK, Paley R, et al. Standardized physician-administered patient-centered discharge protocol improves patients' comprehension. *South Med. J*. 2017 May;110(5):359-62.
9. Guerrero KS, Puls SE, Andrew DA. Transition of care and the impact on the environment of care. *J Nurs Educ Pract*. 2014;4(6):30-6.
10. Flemming MO, Haney TT. Improving patient outcomes with better care transitions: the role for home health. *Cleve Clin J Med*. 2013 Jan;80(Suppl 1): eS2-eS6.
11. Coleman EA, Boult C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc*. 2003 Apr;51(4):556-7.
12. Hirschman KB, Shaid E, McCauley K, Pauly MV, Naylor MD. Continuity of care: the transitional care model. *Online J Issues Nurs*. 2015 Sep;20(3):1.
13. Enderlin CA, McLeksley N, Rooker JL, Steinhäuser C, D'Avolio D, Gusewelle R, et al. Review of current conceptual models and frameworks to guide transition of care in older adults. *Geriatric Nurs*. 2013 Jan-Feb;34(1):47-52.
14. Molloy GJ, Randall G, Wikman A, Perkins-Porras L, Messerli-Bürgy N, Steptoe A. Type D personality, self-efficacy, and medication adherence following an acute coronary syndrome. *Psychosom Med*. 2012 Jan;74(1):100-6.
15. Scott IA, Denaro CP, Bennett CJ, Hickey AC, Mudge AM, Flores JL, et al. Achieving better in-hospital and after-hospital care of patients with acute cardiac disease. *Med J Aust*. 2004 May;180(S10):S83-S88.
16. Acosta AM, Lima MADS. Características de usuários frequentes de serviços de urgência: revisão integrativa. *Rev Eletr Enferm*. [Internet]. 2013 Apr-Jun [cited 2014 feb 17];15(2):564-73. Available from: <https://doi.org/10.5216/ree.v15i2.17526>.
17. Sandoval E, Smith S, Walter J, Schuman SA, Olson MP, Striefler R, et al. A comparison of frequent and infrequent visitors to an urban emergency department. *J Emerg Med*. 2010 Feb;38(2):115-21.
18. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.

19. Bernardino E, Segui MLH, Lemos MB, Peres AM. Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010 May-Jun [cited 2016 May 12];63(3):459-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a18v63n3.pdf>.
20. Rodríguez VF, Verdugo AM, Fernández IP, Martín MDG. Enfermeras hospitalarias de enlace (gestoras de casos). *Enferm Glob* [Internet]. 2007 May [cited 2016 May 12];(10):1-11. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/202/246>.
21. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20 Supl 2:S190-8. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>.
22. Dalstra JAA, Kunst AE, Borrell C, Breeze E, Cambois E, Costa G, et al. Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *Int J Epidemiology*. 2005 Apr;34(2):316-26. Available from: <https://doi.org/10.1093/ije/dyh386>.

Linha de cuidado em cuidado paliativo: a demanda, o seu reconhecimento e a necessidade do trabalho em rede

Autores: Rossi PRG, Mansano AP.

Instituição: Hospital Municipal Vereador José Storopoli (HMOVJS).

E-mail: drapaularossi@gmail.com

Resumo: A assistência domiciliar (AD) navega em múltiplos territórios, transportando perfis amplos e diferentes de pacientes, tanto no aspecto complexidade quanto no aspecto vulnerabilidade, particularmente no cuidado paliativo (CP). Trazemos a experiência do Serviço de Assistência Domiciliar das equipes multidisciplinares de atendimento domiciliar (Emads) do Hospital Municipal Vereador José Storopoli (HMOVJS) com o território de Vila Maria e Vila Guilherme (VMVG), na região norte do município de São Paulo. A partir da identificação da demanda baseada na estratificação das fases do cuidado, aplicamos a utilização da escala de performance (PPS) nos diferentes equipamentos do território VMVG que são porta de entrada para a AD. Os pacientes com PPS < 50 apresentavam perfis com critérios para acompanhamento em grupos diferentes dentro de uma mesma linha de cuidado (LC), a partir de nova estratificação utilizando a escala de prognóstico (PPI) e evolução, a saber: manutenção de funcionalidade, manejo de sintomas, terminalidade e processo ativo de morte (PAM) e manejo do óbito e seus desdobramentos (doação de órgãos/tecidos). Com esse desenho, qualificamos a assistência, ampliamos o cuidado em rede e melhoramos os indicadores de resultado relacionados ao CP no domicílio, entre os quais a “boa morte” e a captação de órgãos/tecidos fora do ambiente hospitalar. Esses resultados mostram a AD como ponto de fortalecimento do processo de cuidado na fase mais sensível da vida: seu fim.

Palavras-chave: Linha de cuidado. Cuidado paliativo.

Introdução

A assistência domiciliar (AD) navega em múltiplos territórios, transportando perfis amplos e diferentes de pacientes, tanto no aspecto complexidade quanto no aspecto vulnerabilidade. Entre esses pacientes se encontram os indivíduos em cuidados paliativos que apresentam doenças avançadas e terminais. Diante da necessidade de organizar nosso serviço para atendê-los, criamos a linha de cuidado (LC) em cuidado paliativo em nosso território, uma microrregião/supervisão técnica de saúde em São Paulo, pois o cuidado paliativo “é uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, em face de uma doença terminal, através da prevenção e do alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação rigorosa e tratamento da dor e de outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais”¹.

A organização da LC em cuidado paliativo fez-se necessária para garantir ao paciente o acesso ao atendimento qualificado com base no projeto terapêutico singular, pois a LC ultrapassa os protocolos estabelecidos e facilita o acesso do usuário às unidades e serviços de que necessita, permitindo ainda a organização do processo de trabalho.

A organização da LC em cuidado paliativo em nosso território tem as equipes de assistência domiciliar nível 1 (AD1) lotadas nas unidades básicas de saúde e as equipes multiprofissionais de atenção domiciliar nível

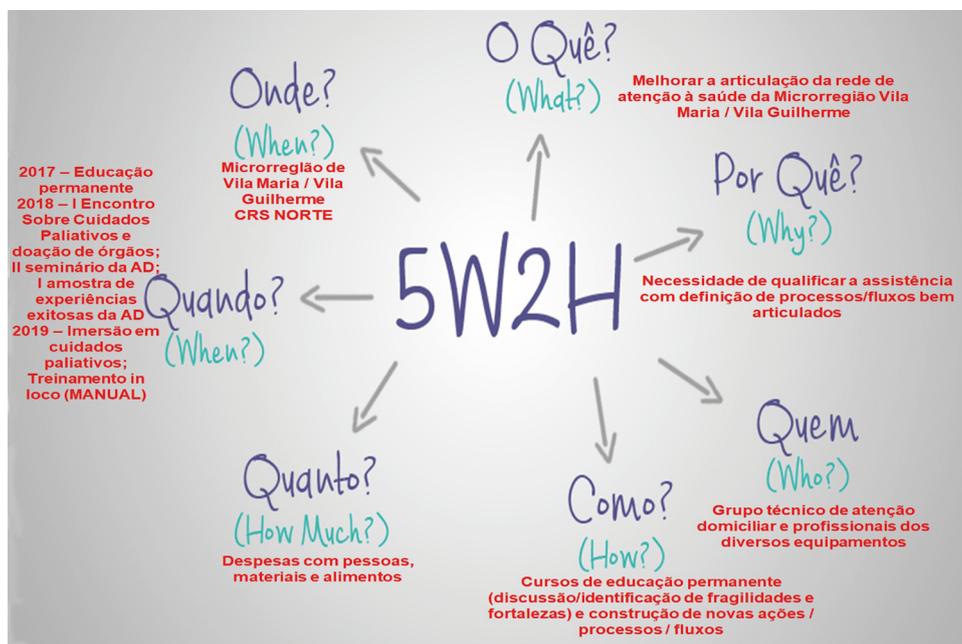
2 (Emads) como gestoras do paciente em cuidado paliativo. A construção dos fluxos e os protocolos ocorreram em compartilhamento com essas equipes aqui mencionadas. Para a identificação do nível de AD, prognóstico e funcionalidade, as equipes se fundamentam nos seguintes instrumentos da tabela de avaliação de complexidade assistencial adaptados: escala de PPS (Palliative Performance Scale) e escala de PPI (Palliative Prognostic Index).

Esses instrumentos têm a finalidade de ajudar na estratificação da gravidade e na definição das ações e dos pontos da rede de atenção à saúde a serem acionados, facilitando a construção do projeto terapêutico singular e a definição dos objetivos dos cuidados paliativos.

Ainda entendendo que a AD pode ser um mecanismo de articulação entre os pontos de atenção em saúde, potencializando a rede a partir de um cuidado compartilhado, mais horizontal, com responsabilização dos casos pelas equipes de saúde, envolvendo desde as equipes de atenção básica, equipes dos hospitais e unidades de pronto atendimento e equipes ambulatoriais especializadas², em nosso território, que é a Microrregião de Vila Maria/Vila Guilherme, as equipes do Programa Melhor em Casa (PMC) utilizaram para fortalecimento do trabalho em rede o desenvolvimento do Curso de Educação Permanente em Atenção Domiciliar/2017 (Cepad) e a Imersão em Cuidados Paliativos/2019 (ICP), com o objetivo de mapear os processos, construir os fluxos, avaliar os formulários atuais, realizar mudanças e criar novos formulários.

A partir das discussões dos gestores, foi criado o planejamento estratégico (Figura 1) com o objetivo de melhorar a comunicação entre os equipamentos, com ações de capacitações modulares, em 4 módulos no Cepad/2017 e 10 módulos na ICP/2019, entremeados por seminários ampliados com avaliações dos participantes desencadeando as temáticas.

Figura 1 – Planejamento estratégico.

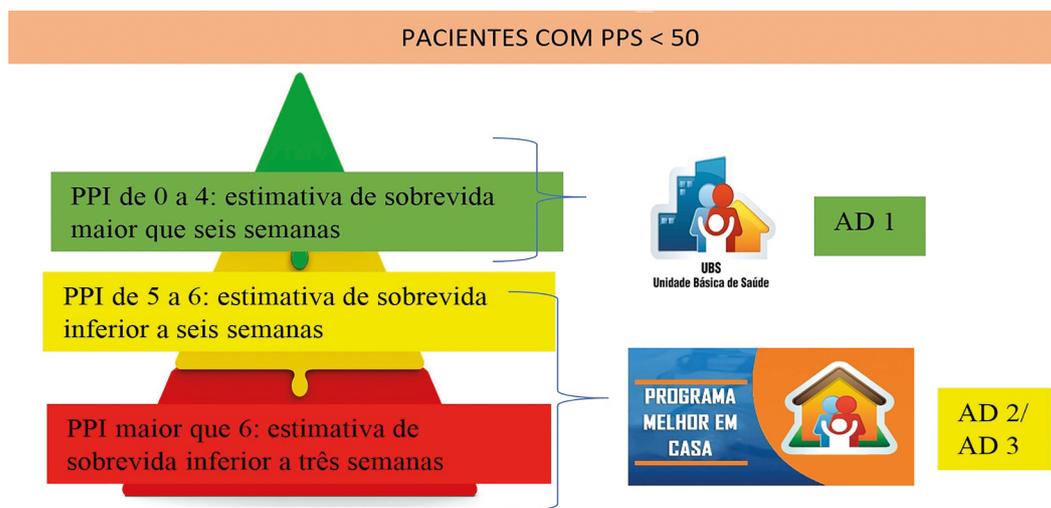


Fonte: elaborada pelas autoras.

Essas ações tiveram a finalidade de organizar a LC em cuidado paliativo fortalecendo e qualificando a atenção aos portadores de doenças avançadas e terminais, por intermédio da integralidade, da longitudinalidade e da coordenação do cuidado em todos os pontos de atenção, levando em consideração as necessidades individuais.

A partir da identificação da demanda baseada nas fases do cuidado paliativo, aplicamos a escala de PPS nos diferentes equipamentos do território de Vila Maria e Vila Guilherme, que são porta de entrada para a AD. Os pacientes com PPS < 50 apresentavam perfis com critérios para acompanhamento na AD, e, a partir de nova estratificação utilizando a escala de PPI e evolução, os pacientes poderiam ser acompanhados na modalidade de AD1, AD2 ou AD3. Por meio dessa estratificação, será determinada a equipe que acompanhará o paciente de acordo com a pontuação final obtida (Figura 2), pois o PPI determina a estimativa de tempo de vida (prognóstico/complexidade/aproximação) de acordo com a pontuação final.

Figura 2 – Estratificação de gravidade.



Fonte: elaborada pelas autoras.

Após a definição da gravidade e a determinação da equipe que acompanhará o paciente, o projeto terapêutico será definido com o estabelecimento dos objetivos, podendo ser:

1. Manutenção de funcionalidade.
2. Manejo de sintomas.
3. Terminalidade e processo ativo de morte (PAM).
4. Manejo do óbito e seus desdobramentos (doação de órgãos/tecidos) (Figura 3).

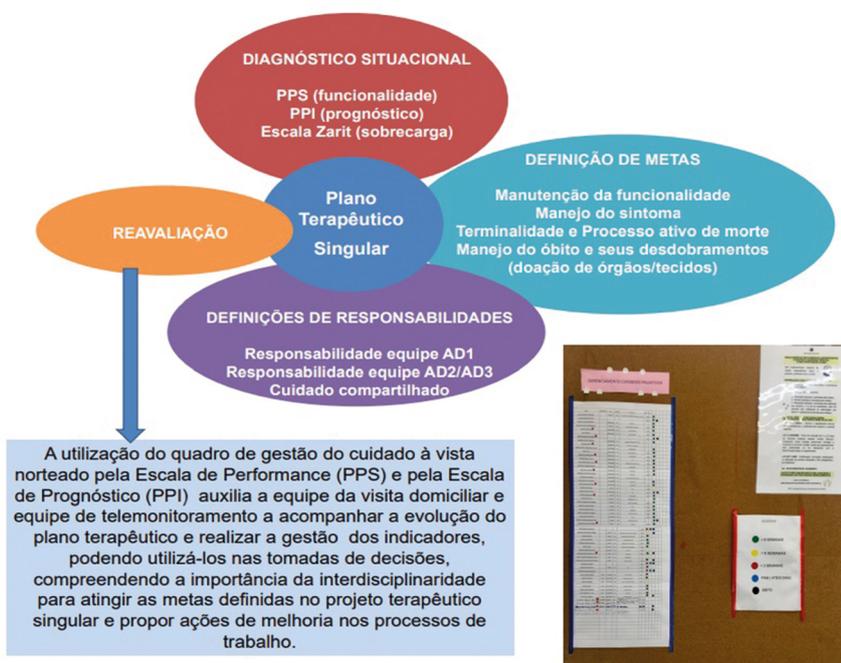
Resultados

Com essas ações, qualificamos a assistência, ampliamos o cuidado em rede e melhoramos os indicadores de resultado relacionados aos cuidados paliativos no domicílio, entre os quais a “boa morte”³ e a ampliação da possibilidade de captação de órgãos/tecidos para fora do ambiente hospitalar, colaborando para a ressignificação do luto (antecipado e familiar).

Trouxemos também o entendimento da importância da educação permanente, o que nos permitiu a construção de fluxos seguros, a sensibilização e o treinamento dos profissionais, possibilitando o engajamento das equipes do PMC com os demais equipamentos de saúde do território (unidades básicas e hospital), fortalecendo a linha de cuidado de crônicos com a nova modalidade: cuidado paliativo (Figura 4).

Essa organização e desenho possibilitaram a inúmeros pacientes e seus familiares, bem como aos serviços terciários e quaternários, e ainda aos hospitais com pacientes em terminalidade, vivenciar os cuidados extramuros, mantendo segurança, mas viabilizando cuidado ampliado, composto e com menor custo operacional (recurso financeiro).

Figura 3 – Gestão do cuidado / definição de metas.



Fonte: elaborada pelas autoras.

Figura 4 – Linha de cuidado paliativo.



Fonte: elaborada pelas autoras.

Conclusão

Conclui-se que o fortalecimento da rede nessa modalidade de atendimento nos possibilita proporcionar conforto e otimização da gestão – seja do ponto de vista “menor”, a partir do paciente (patient centricity/experiência do paciente), seja do ponto de vista “maior”, a partir do gestor governamental (recurso financeiro/investimento) –, indo desde internações evitáveis ou minimizadas em tempo até a qualidade no fim de vida, podendo também contribuir para a realização do desejo de alguns pacientes acompanhados no PMC: deixar uma marca por meio da doação de “córnea” captada no domicílio, enfrentamento do luto antecipatório e resignificação do luto familiar.

Referências

1. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2. ed. Geneva: WHO; 2002. [acesso em: 16 mar. 2019]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf;jsessionid=154E47C0792DC955135E3C29F36B7810?sequence=1>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. vol. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
3. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009. [acesso em: 16 mar. 2019]. Disponível em: https://www.santacasasp.org.br/upSrv01/up_publicacoes/8011/10577_Manual%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf.

Episódios de hipoglicemia em paciente com via alimentar por jejunostomia

Autores: Marques MD, Cândido ACO, Franck DBP, Mendonça MAS, Soares VA, Henriques AS.

Instituição: Departamento de Internação Domiciliar do Hospital de Pronto Socorro Dr. Mozart Geraldo Teixeira (HPS), Juiz de Fora/MG.

E-mail: maridmnutri@yahoo.com.br

Resumo: Introdução: A terapia nutricional é indicada quando as necessidades nutricionais não podem ser alcançadas por causa do comprometimento da via de ingestão, da absorção dos nutrientes pela via habitual de alimentação e do estado nutricional. O profissional nutricionista, por meio da avaliação dietética, verifica a adequação da ingestão alimentar às necessidades nutricionais previamente estimadas e realiza a prescrição dietética adequada. Objetivo: Relatar a experiência com episódios de hipoglicemia em paciente de via alimentar por jejunostomia e as intervenções nutricionais. Método: Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, a partir de três episódios consecutivos de hipoglicemia pelo paciente E.S. Em visita domiciliar, durante a anamnese, pôde-se perceber que o volume da dieta enteral hipercalórica e hiperproteica administrada em bolus pelo próprio paciente era realizada em curto intervalo de tempo do que foi estabelecido. A nutricionista orientou a administração da dieta, realizou o procedimento com o paciente e prescreveu plano alimentar de controle glicêmico, refeições de 250 ml, em intervalos de 3h e hidratações entre as refeições. Traçada conduta, o paciente diminuiu os episódios de hipoglicemia reativa, porém sem cessar. Após relato de persistência do quadro, inseriram-se ao plano alimentar um complemento de controle glicêmico, 60 ml a cada 1h30, fibra prebiótica e fibras alimentares de adição na dieta, distribuídas em quatro refeições. Desde então, o paciente não apresentou os sintomas relatados nem o quadro de hipoglicemia reativa. Conclusão: O serviço de nutrição mostrou-se fundamental na atenção domiciliar.

Palavras-chave: Hipoglicemia. Jejunostomia. Fibras.

Introdução

A atenção domiciliar é considerada um componente contínuo dos cuidados à saúde, pois os serviços de saúde são oferecidos ao indivíduo e à sua família em suas residências com o objetivo de promover, manter ou restaurar a saúde, potencializando o nível de independência e minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças, incluindo aquelas sem perspectiva de cura. A atenção às necessidades alimentares especiais por meio da terapia nutricional, historicamente reconhecida e realizada como atividade da atenção hospitalar, necessita ser organizada e qualificada como prática de cuidado no âmbito domiciliar¹. É indicada quando as necessidades nutricionais não podem ser alcançadas (> 60% da meta estabelecida) por causa do comprometimento da via de ingestão e da absorção dos nutrientes pela via habitual de alimentação (oral) e do estado nutricional.

O profissional nutricionista, por meio da avaliação dietética, verifica a adequação da ingestão alimentar às necessidades nutricionais previamente estimadas e, assim, realiza a prescrição dietética adequada^{1,2}.

As necessidades nutricionais podem ser satisfeitas por meio do trato gastrointestinal (nutrição enteral), no qual podem ser utilizados suplementos orais ou alimentação por sonda, ou por via intravenosa (nutrição parenteral), e, em algumas situações, pode-se encontrar a associação das duas vias. Porém, em decorrência dos benefícios oferecidos e do menor risco de complicações, a via enteral é preferível³, sendo as principais vias:

sonda nasoenteral, tubo fino, macio e flexível, pelo nariz até o estômago ou até o intestino; sonda orogástrica, mesma característica, porém pela boca até o estômago; gastrostomia, que consiste em uma sonda colocada no estômago pelo cirurgião, através da parede abdominal; ou jejunostomia, assim como a ileostomia, colocada da mesma forma no intestino^{4,5}. Tais vias são utilizadas com maior frequência em pacientes subnutridos ou em risco de subnutrição que apresentem trato digestório íntegro ou parcialmente funcional⁵.

Nutrição enteral consiste na administração de alimentos liquidificados ou de soluções nutricionalmente completas, com fórmulas quimicamente definidas⁴. As refeições podem ser administradas por seringa (método bolus) ou equipo conectado em frasco (método gravitacional). As características das dietas são: caseira com complementos, fórmulas industrializadas líquida ou pó, e até mista com utilização de ambas de forma revezada ao longo do dia^{1,3,4}. As orientações sobre preparo, armazenamento e forma de administração são orientadas aos cuidadores e ao paciente, quando for o caso, também pelo profissional nutricionista^{1,4}.

Entre as atribuições que indicam a terapia nutricional enteral estão ingestão alimentar insuficiente e sem previsão de evolução, manutenção da integridade da mucosa intestinal e/ou prevenção de sua hipotrofia, paciente hipercatabólico, com náuseas e vômitos, em casos de obstrução do trato gastrointestinal superior, disfagia grave por obstrução ou disfunção da orofaringe ou esôfago. Diante do prolongamento da necessidade da descompressão digestiva ou do suporte alimentar, recomenda-se a realização da gastrostomia: uma alternativa mais vantajosa à sondagem nasogástrica por ser mais confortável, permitir maior mobilidade do paciente, não interferir com incômodo na respiração e nos mecanismos fisiológicos de limpeza das vias aéreas. Em situações que impossibilitam a realização ou contraindicação para gastrostomia, a jejunostomia é uma alternativa a ser empregada^{5,6}.

Como via alimentar, as indicações de jejunostomia definitiva englobam como terapêutica paliativa em pacientes portadores de neoplasia de orofaringe, esôfago, estômago e pâncreas. Também está indicada em pacientes com a deglutição e o apetite afetados, como nas doenças neurológicas: demência, esclerose amiotrófica lateral, sequelas de acidente vascular cerebral, esofagectomia, gastrectomia total, pancreatectomia e gastroparesia⁶⁻⁸.

Embora a nutrição enteral não seja a que mais contribui para o descontrole na glicemia, esse episódio pode ocorrer na alimentação por sonda, caso haja início repentino e/ou pausas frequentes^{9,10}. O estado de hipoglicemia em pacientes internados nas unidades de terapia intensiva pode ocorrer por consequência do controle glicêmico intensivo, sendo potencializado pela terapia insulínica e pela terapia nutricional; portanto, o monitoramento da glicemia deve ser frequente⁹. Tanto a hiperglicemia quanto a hipoglicemia estão associadas com desfechos clínicos desfavoráveis em pacientes diabéticos e não diabéticos^{9,11}.

Apesar de poucos estudos com abordagem eficaz para o controle glicêmico na terapia nutricional enteral, a dieta efetivamente ofertada ao paciente pode ser avaliada como potencializadora de efeitos positivos ou negativos na glicemia⁹.

Pacientes com via alimentar por jejunostomia normalmente possuem menor risco de aspiração da dieta em âmbito pulmonar e maior dificuldade de saída acidental da sonda. Porém, necessita de maior controle na infusão da dieta via sonda, por exemplo, a síndrome de dumping pode ser consequência da rápida infusão, ou seja, administração em curto espaço de tempo, tanto por bomba infusora quanto por equipo e seringas, causando sintomas como distensão abdominal, náusea, vômito, tonturas, sudorese e hipoglicemia⁸. Esta última é por causa da rápida absorção do conteúdo de carboidratos e açúcares pelas células intestinais, ocasionando a elevada produção de insulina. Vômitos e náuseas também estão relacionados com alta osmolaridade da fórmula enteral (> 350 mOsm), refluxo gastroesofágico e excesso de gordura na fórmula. Autores relatam que a preferência por fórmulas isosmolares (300 a 350 mOsm), com início de infusão de 20 a 25 ml/h, tendo progressão gradual, seria efetiva para evitar o quadro de hipoglicemia^{8,12}.

Outro mecanismo efetivo para o controle glicêmico, na via em questão, são fórmulas com adição de fibras, cujas funções seriam evitar a hipoglicemia de rebote pós-prandial. As principais fibras em fórmulas industrializadas são: pectina, goma guar e polissacarídeo de soja^{8,12}.

Tendo em vista o exposto, alguns quadros de hipoglicemia vivenciados no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de Juiz de Fora foram relacionados com o diabetes, a inapetência, os enjoos e/ou quando a administração da dieta enteral em bolus ou por equipo é realizada de maneira inadequada.

Objetivo

Relatar a experiência com episódios de hipoglicemia em paciente com via alimentar por jejunostomia e as intervenções nutricionais para o quadro.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência na atenção domiciliar sobre o paciente E.S., portador de neoplasia maligna de esôfago, já sugerindo metástase, lúcido, verbaliza, deambula com auxílio de familiares, estado nutricional emagrecido, não diabético, e alimentação via jejunostomia, tendo início do quadro de tontura, enjoo e sudorese constantes posteriores à alimentação.

Abordagem multidisciplinar

A equipe multidisciplinar de atenção domiciliar (Emad) presenciou três episódios consecutivos de hipoglicemia ao longo de três visitas. A médica responsável pelo paciente já havia alterado algumas medicações, testando a melhora do quadro, porém sem resultado. Resolveu, assim, acionar o serviço de nutrição.

Primeira abordagem nutricional

Em visita domiciliar, durante a anamnese, pôde-se perceber que a dieta enteral hipercalórica e hiperproteica, de característica mista (caseira e fórmula industrial), administrada em bolus pelo próprio paciente, era realizada em curto intervalo de tempo em relação ao estabelecido, ou seja, rapidamente. A nutricionista orientou como administrar a dieta de forma mais adequada, estabelecendo intervalos de 5 minutos para cada infusão em bolus de 60 ml, realizou o procedimento com o paciente e cuidador e prescreveu plano alimentar de controle glicêmico, refeições em volumes de 250 ml, em intervalos de 3h, e hidratações entre as refeições.

Segunda abordagem nutricional

Traçada conduta, o paciente diminuiu os episódios de hipoglicemia reativa, porém sem cessar. Em nova visita, após relato de persistência do quadro, inseriram-se ao plano alimentar um complemento em pó para controle glicêmico, em volume de 60 ml a cada 1h30 min, 2 cubos de biomassa de banana-verde como fibra prebiótica, 1 colher de sopa de farelo de aveia e 1 colher de farinha de linhaça como fibra alimentar de adição, todos no preparo da dieta caseira, distribuídos em quatro refeições. Desde então, o paciente não apresentou mais os sintomas relatados nem o quadro de hipoglicemia reativa.

Conclusão

O serviço de nutrição no SAD Juiz de Fora vem aprimorando constantemente condutas por meio de pesquisas, troca de experiências com outros profissionais, simpósios e congressos.

Contudo, fibras prebióticas têm demonstrado bons resultados para restauração do funcionamento gastrointestinal, desde o equilíbrio na absorção de nutrientes até a evacuação do paciente, assim como as fibras de adição têm mostrado melhora no trânsito intestinal e controle nas taxas de nutrientes sanguíneos. Complementos orais/enterais específicos para cada comorbidade, ao longo de 10 a 15 dias de uso, têm sido relevantes para a melhora do estado nutricional, além de serem aportes de vitaminas e minerais, principalmente para pacientes com alta demanda metabólica.

Dentro dessa problemática, conclui-se que o profissional nutricionista no trabalho interdisciplinar é fundamental no SAD.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Cuidados em terapia nutricional. vol. 3. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
2. Tanikawa E, Arrebola NRB, Gonçalves LAP, Palma FXB, Melo CS. Terapia enteral domiciliar: da industrializada à mista. *Revista Brasileira de Atenção Domiciliar*. 2019;5(5):34-42.
3. Oliveira VC. Prática clínica de enfermeiros em terapia de nutrição enteral em hospitais de referência do estado do Ceará [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2012.
4. Dreyer E, Brito S, Santos MR, Giordano, LCRS. Nutrição enteral domiciliar: manual do usuário - como preparar e administrar a dieta por sonda. 2. ed. Campinas: Unicamp; 2011.
5. Ebserh. Núcleo de Protocolos Assistenciais Multiprofissionais. Terapia de nutrição enteral. 1. ed. HC-UFIM. Uberaba: Ebserh, Ministério da Educação; 2018.
6. Dos Santos JS, Kemp R, Sankarankutty AK, Salgado Jr W, Tirapelli LF, Castro e Silva Jr O. Gastrostomia e Jejunostomia: aspectos da evolução técnica e ampliação das indicações. Simpósio: fundamentos em clínica cirúrgica, 3ª parte, capítulo IV. 2011;44(1):39-50
7. Sauvanet A, Mariette C, Thomas P, Lozac'h P, Segol P, Tiret E, et al. Mortality and Morbidity after resection for adenocarcinoma of the gastroesophageal junction: predictive factors. *J Am Coll Surg*. 2005 Aug;201(2):253-62.
8. Waitzberg, DL. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. vol. 2. 5 ed. São Paulo: Atheneu; 2017.
9. Sperafico MB, Rabito EI, Michielin FB. Relação entre o uso de terapia nutricional enteral e o controle glicêmico em pacientes críticos. *Nutr. clín. diet. hosp*. 2016;36(4):73-81.
10. McMahan MM, Nystrom E, Braunschweig C, Miles J, Compher C. A.S.P.E.N. Clinical guidelines: nutrition support of adult patients with hyperglycemia. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2013 Jan;37(1):23-36.
11. Penning S, Pretty C, Preiser JC, Shaw GM, Desai T, Chase JG. Glucose control positively influences patient outcome: A retrospective study. *J Crit Care*. 2015 Jun;30(3):455-9.
12. Da Silva SMCS, Mura JD'Arc P. Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia. 3. ed. São Paulo: Editora Payá; 2016.

Análise de mortalidade em idosos acompanhados na atenção domiciliar: coorte retrospectiva

Autores: Carvalho BM, Yamaguchi AM, Arantes VB, Ramos PT, Magalhães MAS, Leonel FC.

Instituição: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).

E-mail: bruna.macedo@hc.fm.usp.br

Resumo: Objetivo: A população de idosos frágeis com necessidade de atenção domiciliar está em crescimento no Brasil. Este estudo tem como objetivo avaliar fatores associados à mortalidade em uma coorte de pacientes acompanhados na atenção domiciliar. Métodos: Esta pesquisa foi realizada por meio de revisão de prontuários dos pacientes em seguimento no Núcleo de Atenção Domiciliar Interdisciplinar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo admitidos de 01/01/2016 a 31/12/2018, com idade maior ou igual a 60 anos. Foi realizada avaliação do tempo livre de morte com uso de curvas de sobrevida de Kaplan-Meier e cálculo do Hazard Ratio. Resultados: A amostra foi composta de 156 pacientes, com idade média de 85 anos. Durante o período de seguimento, 62,2% dos pacientes evoluíram para óbito. Foram fatores associados ao aumento da mortalidade: idas ao pronto-socorro (HR 1,85; IC95%: 1,23-2,77; $p = 0,003$), internações (HR 2,27; IC95%: 1,49-3,44; $p < 0,001$), cuidados paliativos (HR 2,56; IC95%: 1,63-4; $p < 0,001$) e presença lesões por pressão (HR 1,72; IC95%: 1,13-2,58; $p = 0,01$). Em pacientes com melhores parâmetros nutricionais, foi observada tendência à menor mortalidade. Conclusões: Este estudo ratifica a importância da atenção domiciliar no seguimento de pacientes idosos frágeis com múltiplas morbidades como forma de evitar hospitalizações e humanizar o cuidado, bem como sinaliza para importância do seguimento nutricional desses pacientes.

Palavras-chave: Atenção domiciliar. Demência. Cuidados paliativos. Idoso.

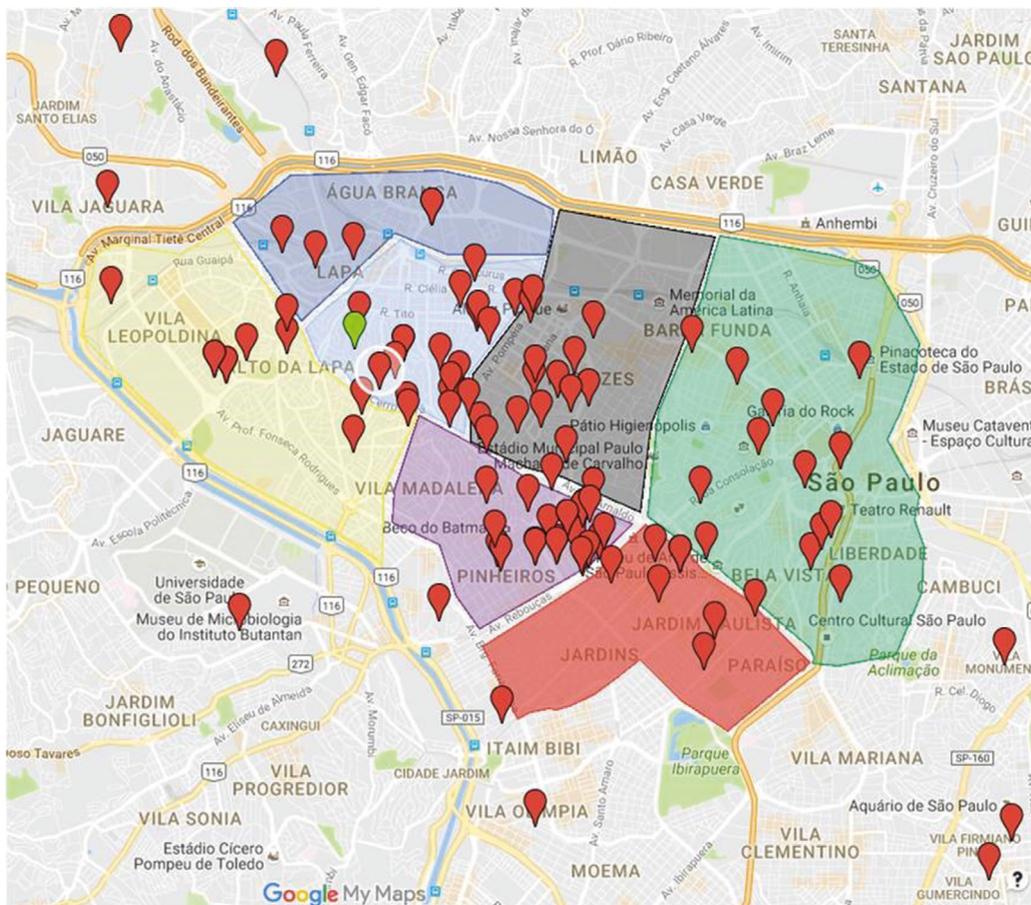
Introdução

A atenção domiciliar (AD) possui papel importante no seguimento de idosos frágeis com múltiplas doenças crônicas e declínio cognitivo com alto risco de morbidade e mortalidade. Trata-se, portanto, de uma ferramenta que traz aspectos positivos para pacientes, familiares e cuidadores, proporcionando melhor manejo de sintomas, aumento da satisfação do paciente e do cuidador e diminuição de custos aos sistemas de saúde¹⁻⁵.

No Brasil, por causa de aspectos financeiros e culturais, a AD surgiu como modalidade de atenção complementar ao modelo hospitalocêntrico, com ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em ambiente domiciliar, com base no cuidado multidimensional e interdisciplinar⁶.

O Núcleo de Atenção Domiciliar Interdisciplinar (Nadi) presta atendimento aos pacientes adscritos no território ao entorno do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) (Figura 1) e beneficia mais de 120 pacientes/mês. Equipes interdisciplinares, compostas de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, cirurgiões-dentistas e farmacêuticos, realizam, em média, seis visitas diárias para garantir assistência e cuidados adequados aos doentes e suas famílias. De acordo com critérios de National Hospice Organization (NHO), estima-se que 66% dos pacientes em acompanhamento se encontram em abordagem de cuidados paliativos exclusivos⁷.

Figura 1 – Área de abrangência dos atendimentos realizados pelo Núcleo de Atenção Domiciliar Interdisciplinar (Nadi) no município de São Paulo.



Fonte: elaborada pelos autores a partir do Google Maps.

Este estudo tem como objetivo avaliar fatores associados à mortalidade em uma coorte de pacientes acompanhados no Nadi como forma de entender a dinâmica do seu funcionamento, identificar demandas e aprimorar o cuidado aos pacientes e suas famílias.

Métodos

Este estudo foi realizado por meio de revisão de prontuários dos pacientes em seguimento no Nadi admitidos de 01/01/2016 até 31/12/2018, com idade maior ou igual a 60 anos, que preenchiam os seguintes critérios de inclusão: paciente com residência dentro do perímetro de atendimento, com cuidador e condição clínica para atendimento domiciliar. Foram excluídos pacientes com dados incompletos de prontuário e com perda de seguimento que ocorreu no contexto de: mudança de endereço, institucionalização ou alta por melhora clínica com recuperação de funcionalidade.

O estudo teve como desfecho primário avaliação de mortalidade, e foi realizada avaliação do tempo livre de morte com uso de curvas de sobrevida de Kaplan-Meier e cálculo do Hazard Ratio. Foram considerados desfechos secundários: uso de antibiótico, aspectos nutricionais, presença de úlceras por pressão, funcionalidade, uso de suplementos alimentares, idas ao pronto-socorro e hospitalizações.

Para o presente estudo, foram consideradas as seguintes variáveis: idade, sexo, presença de comorbidades com cálculo do índice de Charlson, presença de demência, fatores socioeconômicos por meio de classificação

do IBGE, escolaridade, indicação de cuidados paliativos no momento da admissão, estresse do cuidador identificado a partir de avaliação pela equipe de psicologia e número de medicamentos na admissão.

Foi feita avaliação de parâmetros nutricionais dos pacientes na admissão por meio da circunferência da panturrilha (CP) e da circunferência braquial (CB) em centímetros (medições realizadas com fita inelástica em membro direito, sendo considerado o máximo valor no plano perpendicular), índice de massa corporal (IMC) em kg/m² e aplicação da miniavaliação nutricional (MAN). Todas as medições e a aplicação da MAN foram realizadas pela equipe de nutricionistas do Nadi. Na admissão, foi realizado levantamento da presença de disfagia e identificada a via de alimentação dos pacientes em dois grupos: oral e artificial (sonda nasoenteral ou gastrostomia).

A análise dos dados foi feita por testes de software estatístico SPSS, versão 21. O presente projeto está cadastrado na Plataforma Brasil.

Resultados

Inicialmente, faziam parte da amostra 183 pacientes, dos quais 156 foram incluídos no estudo e 27 foram excluídos por perda de seguimento. Dos excluídos do estudo: 13 foram por causa de melhora clínica, sendo encaminhados para seguimento ambulatorial, uma vez que o Nadi também é acionado para reabilitação de pacientes com descompensações agudas, 3 foram institucionalizados, 3 mudaram de endereço, 5 foram excluídos por dificuldades de comunicação com familiares e para 3 pacientes o motivo da perda de seguimento foi considerado indeterminado.

A amostra final foi composta de 156 pacientes, com idade média de 85 anos, 68,5% do sexo feminino, frágeis e com múltiplas comorbidades (índice de Charlson médio = 7,9), com uso médio de 7 medicamentos/dia. Na admissão, 65,3% dos pacientes tinham diagnóstico de demência, 28%, diabetes, 21%, neoplasia ativa, 31%, insuficiência cardíaca, 19%, doença renal crônica com ClCr < 60 ml/min/1,73 m² pelo CKD-EPI, e 45%, doença vascular periférica (Tabela 1).

Tabela 1 – Características basais dos pacientes acompanhados no Nadi que foram incluídos no estudo.

Variável	Óbito	
	Não	Sim
	59 (37,8%)	97 (62,2%)
Idade	84 (78-90)	88 (82-92)
Renda	2.811 (1.650-4.196)	2.909 (1.874-4.319)
Demência	33 (32,4%)	69 (67,6%)
KPS	40 (40-50)	40 (30-50)
Charlson	7 (6-9)	9 (6-10)
Medicamentos	8 (6-10)	7 (4-9)
Diabetes	17 (38,6%)	27 (61,4%)
Neoplasia	8 (23,5%)	26 (76,5%)
Insuficiência cardíaca	13 (26,5%)	36 (73,5%)
Doença renal crônica	10 (33,3%)	20 (66,7%)
Doença arterial coronariana	13 (38,2%)	21 (61,8%)
Doença vascular periférica	32 (45,1%)	39 (54,9%)

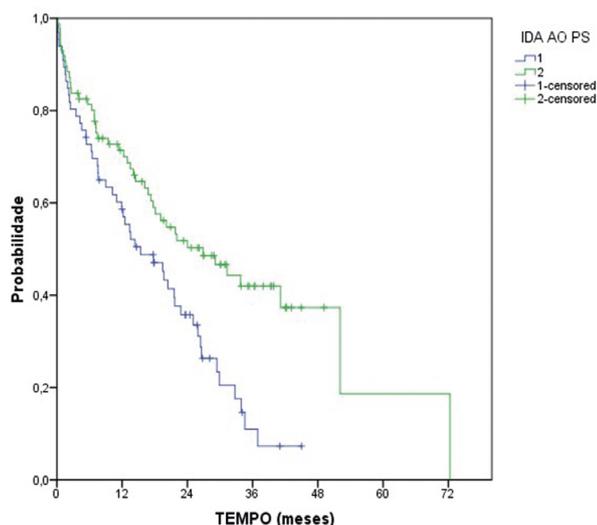
Fonte: elaborada pelos autores.

Em relação à análise descritiva da amostra, a escolaridade média dos pacientes foi de 4-8 anos, sendo a classificação socioeconômica pelo IBGE concentrada na faixa C (renda familiar de R\$ 2.488-6.220). Em 50% dos cuidadores principais foram identificados sinais de estresse.

A avaliação de funcionalidade foi baseada no Karnofsky Performance Scale (KPS), e, na amostra final, o KPS médio foi de 40. Durante o período de seguimento, 62,2% dos pacientes evoluíram para óbito.

Foram fatores associados ao aumento da mortalidade: idas ao pronto-socorro (HR 1,85; IC95%: 1,23-2,80; $p = 0,003$), internações (HR 2,26; IC95%: 1,50-3,44; $p < 0,001$), cuidados paliativos (HR 2,58; IC95%: 1,65-4,14; $p < 0,001$) e presença de úlcera por pressão na admissão (HR 1,72; IC95%: 1,13-2,58; $p = 0,01$) (Figuras 2, 3 e 4).

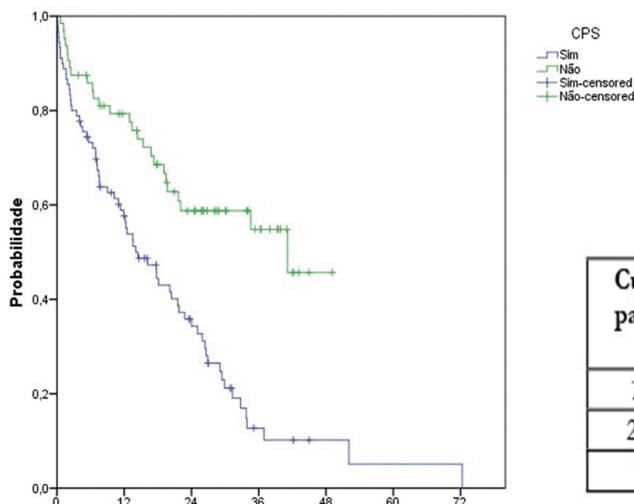
Figura 2 – Estimativas de sobrevivência de Kaplan-Meier, de acordo com o grupo de estudo para idas ao pronto-socorro.



Idas ao Pronto-socorro	Média do tempo de sobrevivência (meses)	Erro-padrão	Intervalo de Confiança 95%	
1 (Sim)	17,88	1,78	14,38	21,37
2 (Não)	32,49	4,06	24,53	40,45
Total	26,70	2,73	21,35	32,05

Fonte: elaborada pelos autores.

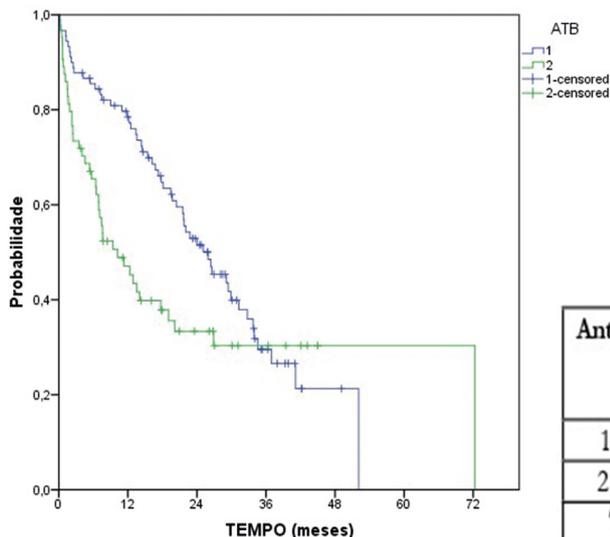
Figura 3 – Estimativas de sobrevivência de Kaplan-Meier, de acordo com o grupo de estudo para cuidados paliativos.



Cuidados paliativos	Média do tempo de sobrevivência (meses)	Erro-padrão	Intervalo de Confiança 95%	
1 (sim)	19,63	2,26	15,21	24,06
2 (Não)	31,98	2,55	26,98	36,97
Total	27,09	2,75	21,69	32,49

Fonte: elaborada pelos autores.

Figura 4 – Estimativas de sobrevivência de Kaplan-Meier, de acordo com o grupo de estudo para uso de antibiótico.



Antibiótico	Média do tempo de sobrevida (meses)	Erro-padrão	Intervalo de Confiança 95%	
1 (Sim)	26,79	2,03	22,81	30,77
2 (Não)	27,11	4,14	19,00	35,23
Total	26,64	2,72	21,30	31,98

Fonte: elaborada pelos autores.

Em contrapartida, pacientes que fizeram uso de antibiótico tiveram menor associação com mortalidade (HR 0,65; IC95%: 0,43-0,98; $p = 0,037$), e foi observada uma tendência à menor mortalidade em pacientes com melhores parâmetros nutricionais.

No grupo que não evoluiu para óbito, os valores de CP (31,15 x 29,84) e IMC (23,7 x 22,2) tendem a ser melhores sem significância estatística, e maiores valores na MAN foram associados à menor mortalidade (HR 0,93; IC95%: 0,87-0,99; $p = 0,016$). Em nossa amostra, 55% dos pacientes já tinham distúrbio da deglutição na admissão, boa parte como evolução de um quadro demencial (Tabela 2).

Tabela 2 – Características basais em relação a parâmetros nutricionais da amostra.

Parâmetro	Média		HR	P
	Óbito	Não óbito		
CP	31,15	29,84	0,99 (0,95-1,03)	0,654
IMC	23,74	22,20	0,97 (0,93-1,01)	0,189
MAN	17,93	14,51	0,93 (0,87-0,99)	0,016

Fonte: elaborada pelos autores.

Discussão

A concepção inicial da pesquisa busca avaliação de fatores associados à mortalidade, e, no presente estudo, o elevado número de óbitos pode estar associado a características intrínsecas e ao perfil de morbidades dos pacientes em seguimento pelo Nadi. Trata-se de um estudo descritivo que pode trazer informações relevantes no que tange ao planejamento de ações sempre com enfoque em atendimento humanizado e com objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, familiares e cuidadores.

A equipe do Nadi tem sido acionada com frequência para seguimento de pacientes em cuidados paliativos como forma de respeito à autonomia daqueles que, diante da terminalidade, reportam desejo de transferência para o ambiente domiciliar. Em 2011, 5,6% dos idosos da comunidade atendidos pelo sistema de seguro social nos Estados Unidos (Medicare) eram acamados. Mais de 50% desses indivíduos referiram preferência pelos cuidados no ambiente domiciliar, particularmente quando foram perguntados sobre fim de vida⁸.

Neste estudo, houve associação de internações e idas ao pronto-socorro com maior mortalidade e, segundo avaliação dos prontuários, em grande parte motivadas por quadros infecciosos, sendo o uso de antibiótico um fator que inicialmente foi associado a maiores taxas de sobrevivência (no presente estudo com projeção de proteção nos primeiros 36 meses de seguimento). No estudo Spread, que avaliou 362 pacientes portadores de demência avançada, institucionalizados, 66% dos pacientes apresentaram quadro infeccioso durante o seguimento, e a mortalidade nos 6 meses após o primeiro quadro de pneumonia foi estimada em 50%⁹⁻¹¹.

Uma vez que as internações podem ser deletérias para o paciente, é importante ponderar o uso do antibiótico no ambiente do domicílio, considerando a via que seja mais confortável. Nesse contexto, a hipodermóclise é uma possibilidade factível em um modelo de AD^{9,10}.

No Brasil, o cuidador informal é a principal fonte de ajuda domiciliar aos idosos com limitações funcionais¹². Assumir responsabilidades nas atividades de vida diária de um idoso pode acarretar somação de funções sociais, levando o cuidador a negligenciar e restringir aspectos de sua vida pessoal¹³. O estresse do cuidador é a situação na qual o indivíduo percebe efeitos adversos advindos dessa atividade no seu funcionamento emocional, social, financeiro, físico ou espiritual. Estudos evidenciam sobrecarga presente em mais de 50% dos cuidadores, o que foi compatível com dados da nossa amostra¹⁴.

Na presente pesquisa, pacientes com melhores parâmetros nutricionais apresentaram tendência à menor mortalidade. Dessa forma, todos os idosos devem ter a avaliação nutricional como parte de seus cuidados de rotina, e a intervenção apropriada deve ser iniciada precocemente¹⁵. Alguns autores sugerem que o aconselhamento dietético realizado com ou sem uso de suplemento via oral seria efetivo em aumentar a ingestão alimentar e o peso¹⁶. Em outras publicações, a eficácia de tais intervenções não tem mostrado ganho de peso significativo, mas sim efeitos benéficos com redução do número de idosos em alto risco nutricional^{17,18}.

Em coorte prospectiva de pacientes idosos seguidos na atenção domiciliar realizada no Japão em 2017, piores valores do MAN também foram associados à maior mortalidade. No entanto, em tal estudo, as hospitalizações não foram relacionadas a piores desfechos, o que pode estar associado à exclusão de pacientes oncológicos dos critérios de inclusão¹⁹.

Conclusão

Trata-se de um estudo pioneiro em relação a pacientes seguidos na AD em nosso país que tem como objetivo o fortalecimento da abordagem interdisciplinar, pautada na humanização dos cuidados, na formação de vínculo com cuidadores e no trabalho em equipe.

Contudo, por ser um estudo unicêntrico, pode não ter refletido a realidade cultural e socioeconômica de outras regiões do Brasil, já que foi realizado em ambiente de assistência domiciliar nos bairros da zona oeste de São Paulo. Dessa forma, outras pesquisas são necessárias para corroborar os resultados apresentados.

Este estudo ratifica a importância da AD no seguimento de pacientes idosos frágeis com múltiplas morbidades como forma de evitar hospitalizações e humanizar o cuidado, bem como sinaliza para importância do seguimento nutricional desses pacientes.

Referências

1. Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, Seitz R, Morgenstern N, Saito S, et al. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Geriatr Soc.* 2007 Jul;55(7):993-1000.
2. Rabow M, Kvale E, Barbour L, Cassel JB, Cohen S, Jackson V, et al. Moving upstream: a review of the evidence of the impact of outpatient palliative care. *J Palliat Med.* 2013 Dec;16(12):1540-9.
3. Riolfi M, Buja A, Zanardo C, Marangon CF, Manno P, Baldo V. Effectiveness of palliative home-care services in reducing hospital admissions and determinants of hospitalization for terminally ill patients followed up by a palliative home-care team: a retrospective cohort study. *Palliat Med.* 2014 May;28(5):403-11.
4. Chen CY, Thorsteinsdottir B, Cha SS, Hanson GJ, Peterson SM, Rahman PA, et al. Health care outcomes and advance care planning in older adults who receive home-based palliative care: a pilot cohort study. *J Palliat Med.* 2015 Jan;18(1):38-44.
5. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jun;6(6)1: CD007760.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo do Programa Melhor em Casa. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
7. Jornal da USP. Núcleo de Assistência Domiciliar do Hospital das Clínicas comemora 20 anos de desospitalização. 2016 [cited 2020 Jun 12]. Available from: <https://jornal.usp.br/universidade/nucleo-de-assistencia-domiciliar-do-hospital-das-clinicas-comemora-20-anos-de-desospitalizacao/>.
8. Medicare [internet]. c2020. [cited 2020 Jun 12]. Available from: <https://www.medicare.gov/coverage/home-health-services>.
9. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The Clinical Course of Advanced Dementia. *N Engl J Med.* 2009 Oct;361(16):1529-38.
10. Mitchell SL. Advanced Dementia. *N Engl J Med.* 2015 Jun;372 (26):2533-40.
11. Mitchell SL, Shaffer ML, Kiely DK, Givens JL, D'Agata E. The study of pathogen resistance and antimicrobial use in dementia: Study design and methodology. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2013 Jan-Feb;56(1):16-22.
12. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Malta DC, Szwarcwald CL, Mambrini JVM. Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). *Rev Saude Publica.* 2017;51 Supl 1:6s.
13. Loureiro LSN, Fernandes MGM, Marques S, Nóbrega MML, Rodrigues RAP. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos: prevalência e associação com características do idoso e do cuidador. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(5):1133-40.
14. Riffin C, Van Ness PH, Wolff JL, Fried T. Multifactorial Examination of Caregiver Burden in a National Sample of Family and Unpaid Caregivers. *J Am Geriatr Soc.* 2019 Feb;67(2):277-83.
15. Edington J, Barnes R, Bryan F, Dupree E, Frost G, Hickson M, et al. A prospective randomised controlled trial of nutritional supplementation in malnourished elderly in the community: clinical and health economic outcomes. *Clin Nutr.* 2004 Apr;23(2):195-204.
16. Baldwin C, Weekes, CE. Dietary counselling with or without oral nutritional supplements in the management of malnourished patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Hum Nutr Diet.* 2012 Oct;25(5):411-426.
17. Simmons SF, Keeler E, An R, Liu X, Shotwell MS, Kuertz B, et al. Cost-Effectiveness of Nutrition Intervention in Long-Term Care. *J Am Geriatr Soc.* 2015 Nov;63(11):2308-16.
18. Llamas FP, Moregó A, Tóbaruela M, García MD, Santo E, Zamora S. Prevalencia de desnutricion e influencia de la suplementacion nutricional oral sobre el estado nutricional em ancianos institucionalizados. *Nutr Hosp.* 2011 Sep-Oct;26(5):1134-40.
19. Umegaki H, Asai A, Kanda S, Maeda K, Shimojima T, Nomura H, et al. Factors associated with unexpected admissions and mortality among low-functioning older patients receiving home medical care. *Geriatrics and Gerontology Int.* 2017 Oct;17(10):1623-27.

Impactos sobre a implantação do Acesso Mais Seguro na unidade Padi/RJ entre 2017-2018

Autor: Santos HCS.

Instituição: Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso/RJ.

E-mail: Hugo_enfermagem@hotmail.com

Resumo: O Padi cuida de pessoas com doenças crônicas agudizadas, portadores de incapacidade funcional provisória ou permanente, pacientes oriundos de internações prolongadas e/ou recorrentes, com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção, em cuidados paliativos e outros agravos passíveis de recuperação funcional. Os principais benefícios são a aceleração da recuperação, a redução do tempo médio de internação hospitalar, a liberação dos leitos hospitalares para outros pacientes, a independência funcional, a melhora na capacidade de se cuidar e de ser cuidado no ambiente domiciliar. O Programa Acesso Mais Seguro (AMS) é uma metodologia que pode ajudar instituições como os serviços de saúde, educação e assistência social e seus profissionais a reduzir e mitigar os riscos que podem ocorrer em contextos delicados e inseguros. A metodologia foi adaptada a comunidades cariocas durante o Projeto Rio. A experiência de cinco anos (de 2009 a 2013) do Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) em comunidades do Rio de Janeiro resultou em ações integradas nos campos da promoção da saúde e da educação que buscam proteger a população e desenvolver a capacidade de resiliência das pessoas que moram ou trabalham nas comunidades e podem ser adaptadas para outras áreas do Rio de Janeiro, do Brasil e de outros países do mundo.

Palavras-chave: Padi. Visita domiciliar. Seguro.

Introdução

O Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (Padi) foi criado em 2010 pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro, com intuito de oferecer assistência a diversos perfis de pacientes em casa e priorizar a rotatividade de leitos nos hospitais municipais¹.

A ferramenta do Acesso Mais Seguro (AMS) começou a ser implantada no município em 2009 em uma parceria da SMS com o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV) em decorrência da expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF)².

Na unidade PADI de atendimento situada no Hospital Municipal Salgado Filho, localizado na zona norte do município do Rio de Janeiro, começou a ser implementada a ferramenta do AMS em maio de 2016, em uma parceria feita pela supervisão da unidade Padi com a Central de Área Programática 3.2 (CAP 3.2), após as equipes relatarem a dificuldade de acesso a alguns territórios por conta da violência armada. A equipe do Padi utiliza as classificações diárias das unidades da ESF para a liberação das visitas domiciliares (VDs). Quando as equipes da ESF classificam os territórios como amarelo (unidade aberta, porém a equipe da ESF não realiza VDs) ou vermelho (unidade fechada), a equipe do Padi desmarca as VDs nos devidos territórios e informa aos familiares sobre essa desmarcação e a remarcação das VDs.

Objetivo

Este estudo tem como alvo avaliar a eficácia dessa ferramenta na rotina e indicadores da unidade Padi durante o período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018.

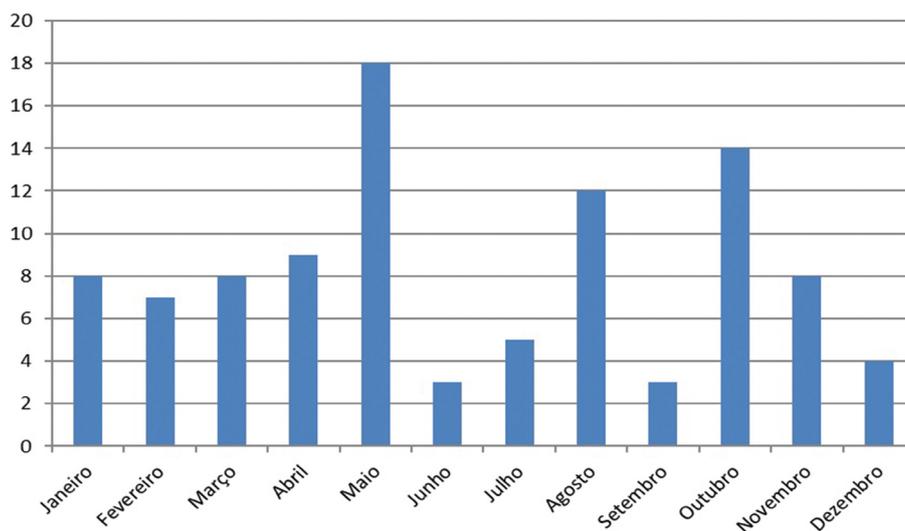
Métodos

Foi realizado um levantamento dos indicadores de desmarcações de visitas domiciliares da unidade no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018, por meio do livro ata do AMS da unidade, no qual são anotados todos os dias o nome do paciente, a data da desmarcação, o nome da unidade básica de saúde responsável pelo território e pela classificação. Essas informações sobre as classificações são obtidas por meio de um grupo de aplicativo, o qual é composto de gerentes de todas as Clínicas da Família (CF) ou Centro Municipal de Saúde (CMS) da CAP 3.2 e representantes da equipe Padi e da coordenação da CAP 3.2, em que, diariamente, todas as unidades publicam suas classificações pela manhã ou alguma alteração de classificação durante o dia. Uma pesquisa avaliativa foi desenvolvida mediante link (https://docs.google.com/forms/d/1FxoZKNvsiJB6onPYIIS5_jz55xCE_Oyo1tkHXwYTH9w/prefill) e aplicada aos profissionais da unidade com objetivo de analisar a funcionalidade da ferramenta durante esse período

Resultados

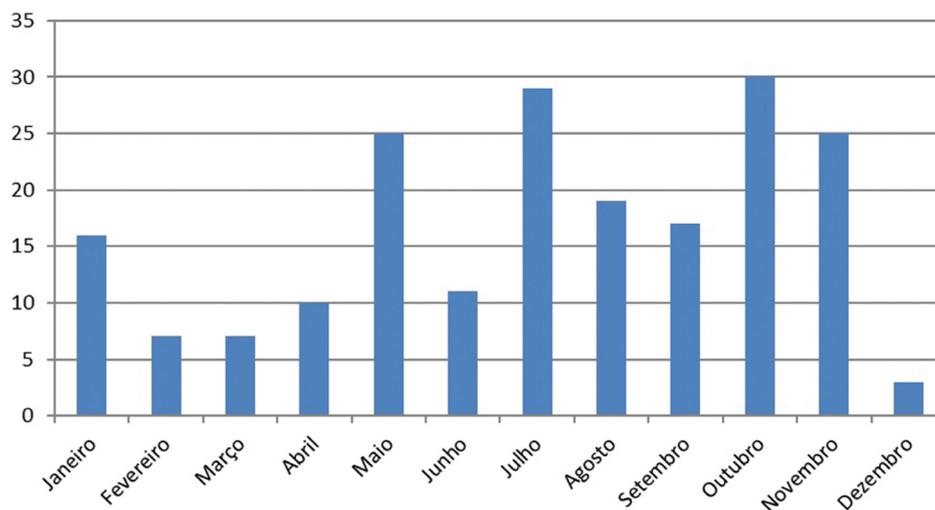
No período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018, foram desmarcadas 298 VDs por causa de conflitos nos territórios, totalizando aproximadamente 3% das desmarcações totais nesse período. Agosto e outubro foram os meses com maiores números de desmarcações no ano de 2017 (Gráfico 1), e, no ano de 2018, foram os meses de julho e outubro (Gráfico 2). A pesquisa avaliativa realizada com a equipe mostrou que 96% dos entrevistados relataram diminuição no número de vezes que equipe foi exposta a eventos relacionados à violência urbana após a implantação do AMS (Gráfico 3), 82% relataram que suas posturas dentro dos territórios mudaram, adotando um comportamento mais seguro (Gráfico 4), e 100% dos entrevistados aprovaram e indicaram o uso da ferramenta em outras unidades/instituições (Gráfico 5).

Gráfico 1 – Visitas desmarcadas em 2017.



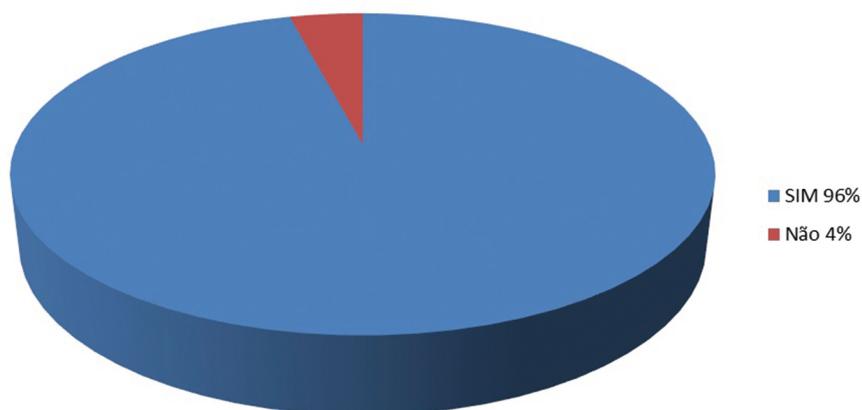
Fonte: elaborado pelo autor.

Gráfico 2 – Visitas desmarcadas em 2018.



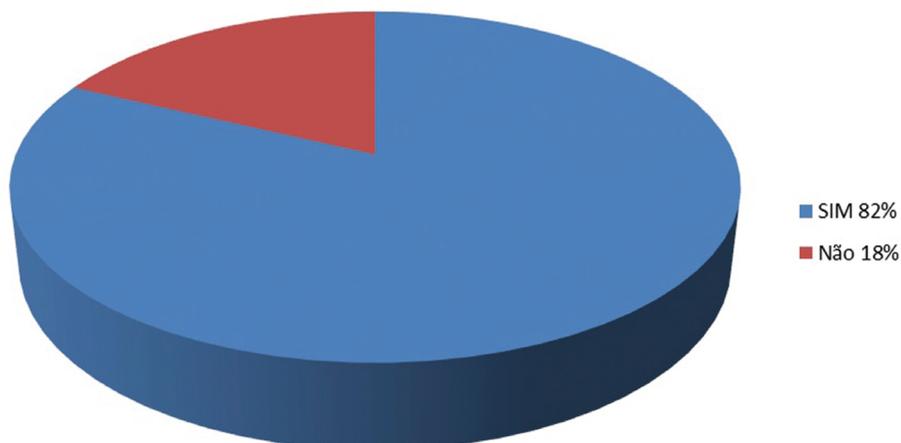
Fonte: elaborado pelo autor.

Gráfico 3 – Diminuição de eventos violentos.



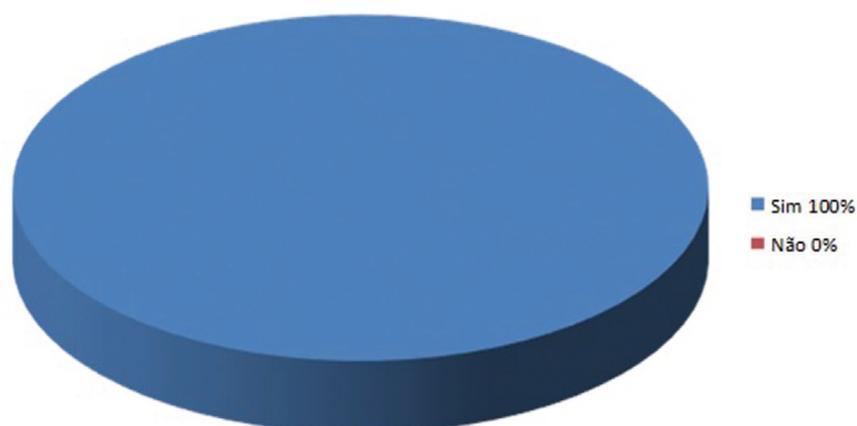
Fonte: elaborado pelo autor.

Gráfico 4 – Mudança no comportamento seguro.



Fonte: elaborado pelo autor.

Gráfico 5 – Aprovaram e indicam a ferramenta.



Fonte: elaborado pelo autor.

Discussão

Durante esse período, percebemos o quanto a violência armada interfere no atendimento das equipes do Padi, prejudicando os indicadores da unidade com o aumento nos números de visitas canceladas, além de interferir na vida e saúde dos usuários e suas famílias, que deixaram de receber assistência no domicílio por diversas vezes. Diferentes perfis de usuários são afetados, como os recém-desospitalizados, que, após articulação entre o hospital e o técnico de enfermagem responsável pela busca ativa do Padi, acabam evoluindo para consequentes reinternações; os usuários com feridas complexas, que necessitam de visitas mais constantes; e os usuários atendidos pela equipe de cuidados paliativos do Padi, que estão em cuidados ao fim de vida.

Conclusão

De acordo com os resultados deste artigo, podemos observar que a ferramenta do AMS se mostrou eficaz, garantindo aos usuários os princípios básicos do SUS e a elaboração de normas e planos operacionais de segurança, visando à proteção dos profissionais de saúde da equipe Padi, bem como seus pacientes. Apesar de o AMS ser implantado no município do Rio de Janeiro desde 2009 e se mostrar eficaz, não foram encontradas muitas referências sobre o assunto.

Referências

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. vol. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- 2 Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV). Guia para Construção do Plano de Acesso Mais Seguro. Rio de Janeiro: SMS, CICV; 2013.

RESUMOS

Indicação clínica de internação domiciliar *versus* liminar judicial

Autor: Silva RL.

Instituição: Axx Care Soluções em Saúde Domiciliar.

E-mail: rlemmos@hotmail.com

Introdução: Hoje o judiciário não possui equipe técnica que possa dar subsídio ao juiz. Ciente disso, percebemos que a maior parte das solicitações de liminar é realizada no plantão judiciário, ficando o magistrado, muitas vezes, obrigado a emití-la por não poder pôr em risco a vida do conveniado. Do outro lado, vemos profissionais de saúde realizando solicitações que chegam a assustar. Em nossa prática diária já recebemos pedidos como equoterapia e hidroterapia domiciliares, procedimentos inviáveis de realizar em domicílio, além de diversos materiais que ultrapassam o limite do cuidar. Outro fator importante que devemos considerar é a situação financeira do plano de saúde. Há estudos que demonstram o aumento de custo por conta das liminares em que a sinistralidade chega a aumentar em até 3%, percentual que pode causar um desequilíbrio na relação plano de saúde/conveniado. **Objetivo:** Este estudo de casos visa identificar a real necessidade clínica de conveniados com liminares judiciais para implantação do atendimento domiciliar na modalidade internação. **Metodologia:** Este estudo quantitativo fundamentou-se na análise de 87 prontuários de pacientes em internação domiciliar por determinação judicial no mês de junho de 2019. **Resultados:** Destes 87 prontuários, apenas 17 possuíam indicação clínica do plano terapêutico recebido. Isso representa um total de 19% de atendimentos com indicação e 81% de atendimentos sem indicação clínica. **Conclusão:** Fica clara a discrepância que há entre indicação e determinação judicial. Cabe aos conselhos de classe buscar orientar seus profissionais por meio de normativas que restrinjam essas solicitações à real necessidade do conveniado e também cabe a nós trazermos esse tema para debate a fim de proporcionar melhor entendimento sobre a real indicação do atendimento domiciliar.

Palavras-chave: Internação domiciliar. Liminar judicial. Indicação.

Assistência domiciliar: os desafios da humanização – relato de experiência de um home care de Palmas/TO

Autores: Hiramatsu EF, Lima VLS, Silva DE, Silva ADR, Rocha GD.

Instituição: Franco Atendimento Domiciliar Eireli.

E-mail: veralima.enf@gmail.com

Objetivo: Apresentar experiência relacionada à implantação de um serviço humanizado na assistência domiciliar. **Métodos:** Relato de experiência das enfermeiras de um home care cujo princípio da empresa seja o atendimento humanizado, focado na qualidade e nos resultados. **Resultados:** A assistência domiciliar, apesar de se constituir em uma nova área de atuação para os enfermeiros, sobretudo em nosso país, caracteriza-se com um espaço altamente inovador para a assistência de enfermagem, pela possibilidade de promover um cuidado humanizado, centrado no cliente e sua família, e com ampla autonomia da enfermagem. Este trabalho permitiu identificar que um trabalho humanizado vai além de carinho e que a vivência em comunidade tem forte impacto na recuperação e na manutenção da saúde dos clientes, independente dos estágios evolucionais da doença. Pequenas festas para comemorar seus aniversários, idas ao cinema e piqueniques ao ar livre trazem respostas significativas à evolução do quadro. Algumas resistências, por parte da família e até mesmo do cliente, acontecem ao iniciar o atendimento, mas, com o tempo, os resultados são notórios, e inicia-se um processo de adesão ao nosso atendimento. **Conclusão:** Por mais que a palavra humanizar tenha se tornado comum em nossas vidas, fazer literalmente uma assistência enfocada na qualidade e no bem-estar de nossos clientes trouxe um clima de cooperação e realização profissional muito maior. As dificuldades encontradas foram resistência, falta de empatia pela família, pouca adesão, entre outras. Entretanto, a visão da empresa fez e faz toda a diferença para a prática humanizada e pelos resultados conquistados.

Palavras-chave: Humanização. Home care. Enfermagem. Assistência domiciliar.

Participação do familiar nos cuidados paliativos no contexto da atenção domiciliar

Autor: Silva DRO.

Instituição: AXX Care Soluções em Saúde Domiciliar.

E-mail: deborareis1978@gmail.com

Introdução: A organização mundial da saúde define cuidados paliativos como uma abordagem terapêutica que promove qualidade de vida e alívio do sofrimento aos pacientes e seus familiares, que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a continuidade da vida. A promoção dos cuidados paliativos em ambiente domiciliar permite ao paciente continuar em seu contexto familiar e social, contando com o apoio da família nos cuidados. Essa integração possibilita que a equipe multiprofissional dê suporte à família, favorecendo a aplicação dos princípios de cuidados paliativos, integração psicossocial e espiritual, além de trabalhar o luto e a perda. **Objetivo:** Pesquisar, por meio de revisão integrativa da literatura, a importância e os benefícios da participação do familiar nos cuidados paliativos no contexto domiciliar. **Metodologia:** Esta pesquisa usou como método a revisão integrativa, delimitando as seguintes etapas percorridas: identificação do problema ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; apresentação da revisão/síntese do conhecimento. **Resultados:** Foram encontrados e analisados na íntegra 25 artigos, que relatavam que cuidado paliativo proporciona interação entre familiar e paciente de acordo com os cuidados possíveis ao ser enfermo. **Conclusão:** A família é elemento fundamental nos cuidados paliativos, devendo ser incluída na assistência ao enfermo, por isso deve ser ajudada a aceitar a situação em que se encontra seu ente querido.

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

A doença e a possibilidade de perda: uma abordagem compassiva do óbito domiciliar em cuidados paliativos

Autores: Brandes S, Azevedo LCG.

Instituição: Hospital Municipal São José - Serviço de Atenção Domiciliar.

E-mail: samanthabrandes@gmail.com

Bem disse Rubem Alves: “A doença é a possibilidade da perda. A seu toque tudo fica fluido, evanescente, efêmero. Os sentidos, atingidos pela possibilidade de perda, acordam da sua letargia. Os objetos banais, ignorados, ficam repentinamente luminosos. Todos ganham a beleza iridescente das bolhas de sabão”. Sabe-se, pois, que, nas próximas décadas, as doenças e os agravos não transmissíveis serão a maior causa de morte no mundo. E, a partir desse contexto, pacientes com doenças que ameaçam a continuidade da vida e seus familiares têm preferência por serem cuidados no domicílio. Desta forma, o retorno da pessoa para casa, diante da inexistência de tratamento curativo no hospital, requer garantir o controle dos sintomas e a dignidade no processo de morte. O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), vinculado ao Hospital São José, em Joinville/SC, nos últimos dois anos, tem atuado na desospitalização de pacientes oncológicos, os quais estão em progressão de doença, com sofrimentos físico, emocional, social, familiar e espiritual. No primeiro semestre de 2019, foram acompanhados cerca de 30 pacientes que evoluíram para óbito domiciliar. O serviço atua de forma transdisciplinar e é composto de médica, enfermeira, técnicos de enfermagem, fisioterapeuta, psicóloga, nutricionista, assistente social, agente administrativa e terapeuta ocupacional, sete dias por semana. A morte em si, bem como o óbito domiciliar, ainda é considerada um tabu na atual sociedade; porém, os cuidados paliativos na perspectiva da atenção domiciliar tornam o espaço favorável para manutenção do conforto do lar, tendo a família como participante ativa no cuidado. Assim, quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento humano se humaniza no processo e, para além do conhecimento científico, tem a chance e o privilégio de crescer em sabedoria.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Morte. Visita domiciliar.

Grupo de reflexão: ação de extensão promovendo bem-estar aos trabalhadores de saúde da atenção domiciliar

Autores: Rodrigues RL, Porto AR, Avila RV, Terres BP, Marchand CM, Viegas AC.

Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar do HE-UFPEL/EBSERH.

E-mail: renato.lins@ebserh.gov.br

O trabalho na atenção domiciliar implica peculiar relação entre equipes de saúde e famílias, prestando assistência integral. Nessa relação, os profissionais se identificam entre si e compartilham o sofrimento decorrente das vivências de dor total, vulnerabilidade social e morte de seus pacientes. O desenvolvimento de ações de cuidado aos trabalhadores nesse cenário pode promover saúde enquanto momento para pensarem sobre o seu autocuidado. Para tanto, objetiva-se descrever a vivência de promoção de bem-estar aos trabalhadores de saúde, por meio de relato de experiência, em Serviço de Atenção Domiciliar, composto de cerca de 70 profissionais, divididos em nove equipes, duas de cuidados paliativos oncológicos, seis equipes de referência e uma de apoio matricial do Programa Melhor em Casa, em Pelotas, Rio Grande do Sul. A experiência decorre de uma ação do projeto de extensão Dispositivos HumanizaSUS na gestão do trabalho em saúde, em uma parceria com a universidade vinculada ao hospital, que iniciou em junho de 2019 e cuja ação se originou a partir da demanda dos próprios trabalhadores do serviço. A ação é denominada Grupo de Reflexão, seguindo o referencial teórico de Pichon-Rivière, ocorrendo em três momentos na semana para os diferentes turnos de trabalho. Até agora, já contemplou seis ações: exercícios de alongamento do corpo (31 participantes); exercícios de Pilates (20); atendimento de auriculoterapia (19); exercícios de ritmo e coordenação com música (15); uso de plantas medicinais em bolsa térmica aromática (23); e oficina de mindfulness/atenção plena (22). A ação de extensão tem promovido bem-estar, valorizando os trabalhadores e proporcionando possibilidades para o autocuidado, além de maior integração entre eles.

Palavras-chave: Atenção domiciliar. Trabalhador. Saúde.

A experiência do profissional diante da prática do Programa Melhor em Casa

Autores: Maldonado TP, Franco MHP.

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

E-mail: thacassia.peixoto@gmail.com

Introdução: O atendimento domiciliar surgiu no Brasil como uma prática substitutiva e/ou complementar às formas existentes de assistência à saúde. O envelhecimento da população, o crescimento significativo das doenças crônicas e a necessidade de humanização nos cuidados são apontados como as principais demandas. Reconhecido como um marco, o Programa Melhor em Casa foi lançado em 8 de novembro de 2011 e foi desenvolvido, na sua regulamentação e estrutura, especificamente a pacientes de média e alta complexidade. Objetivo: Buscou-se compreender a experiência dos profissionais diante da prática do atendimento domiciliar no Programa Melhor em Casa. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, estudo de casos múltiplos, por meio da técnica projetiva da fotolinguagem para coleta de dados. As imagens pré-selecionadas foram apresentadas aos participantes, seguidas de uma pergunta disparadora. Resultados: A análise dos dados revela que os participantes percebem o sofrimento, a carência dos pacientes, a solidão e a sobrecarga que muitos familiares vivem quando cuidam de um enfermo em casa. Para esses entrevistados, o Melhor em Casa representa uma oportunidade de oferecer cuidado, suporte e acolhimento aos usuários, um aspecto que favorece a satisfação profissional e pessoal. Contudo, nota-se no discurso de alguns profissionais que a relação de cuidado desperta sentimentos de vulnerabilidade e desproteção, percepção conflituosa sobre o conceito e prática da empatia. Conclusão: A atenção domiciliar insere a equipe em um contexto repleto de variáveis, demandas clínicas, sociais e familiares. Percebe-se que há falta de consciência e clareza dos profissionais em relação aos próprios sentimentos na prática diária, o que dificulta a construção de estratégias saudáveis.

Palavras-chave: Programa Melhor em Casa. SUS. Atenção domiciliar.

Protagonismo dos trabalhadores na criação do Grupo de Pesquisa Multiprofissional da Atenção Domiciliar (GPMAD)

Autores: Rodrigues RL, Schmitz R, Uliano GL, Terres BP, Porto AR, Ferreira SDSL.
Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar do HE-UFPel/EBSERH.
E-mail: renato.lins@ebserh.gov.br

O Serviço de Atenção Domiciliar de Pelotas, Rio Grande do Sul, é campo de inúmeras pesquisas desenvolvidas por pós-graduandos e docentes da Universidade Federal de Pelotas, de modo que 23 investigações foram realizadas de janeiro de 2018 a maio de 2019. Em novembro de 2018, os trabalhadores demonstraram interesse em protagonizar o processo de criação de um grupo de pesquisa, com o intuito de contribuir para a construção do conhecimento, por causa da escassez de publicações no Brasil na área da atenção domiciliar. Diante dessa necessidade, foi criado o Grupo de Pesquisa Multiprofissional da Atenção Domiciliar (GPMAD), com a missão de produzir, divulgar e aplicar os conhecimentos científicos e tecnológicos adquiridos em pesquisas na área de atenção domiciliar. O grupo conta com a participação de 12 profissionais do serviço, de 1 docente e 3 estudantes. As atividades se iniciaram com a elaboração do regimento, seguidas pelos trâmites de formalização do grupo no hospital e no diretório de grupos de pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Na sequência, construiu-se o primeiro projeto de pesquisa: perfil sociodemográfico, clínico, de procedência e internação de pacientes no serviço, o qual foi aprovado por meio de cadastro na Plataforma Brasil e está em fase de coleta de dados. As reuniões do grupo de pesquisa têm possibilitado aos profissionais a apropriação do papel de pesquisadores, com olhar crítico para implementar melhorias no seu processo de trabalho, bem como vêm estimulando a produção científica, de modo que, desde a criação do grupo, cerca de 20 resumos foram enviados para eventos científicos.

Palavras-chave: Atenção domiciliar. Pesquisa. Conhecimento.

Cuidado, afeto e finitude: um relato de caso sobre cuidados paliativos no atendimento domiciliar

Autores: Silva CT, Gonçalves CRCS.
Instituição: SAD Contagem.
E-mail: cibeletaufer@yahoo.com.br

Introdução: Os cuidados paliativos em ambiente domiciliar possibilitam que o paciente continue em seu contexto familiar e social com apoio multiprofissional, que oferece suporte e orientação aos familiares, de modo a evitar internações recorrentes, proporcionando mais qualidade de vida. O paciente W.M.S., de 75 anos, masculino, é hipertenso, diabético, portador de fibrilação atrial, com diagnóstico recente de demência vascular avançada. Foi acompanhado pela equipe multidisciplinar do Programa Melhor em Casa, do município de Contagem, durante 58 dias, fragmentados em três períodos de internação: 1º) acompanhamento para antibioticoterapia venosa; 2º) reabilitação com atendimento fisioterápico semanal; 3º) cuidados paliativos em domicílio. Objetivos: Relatar a importância do cuidado paliativo prestado com qualidade, segurança e empatia aos pacientes e aos cuidadores; demonstrar o impacto positivo proporcionado tanto ao paciente/família quanto aos profissionais envolvidos; possibilitar discussões e construção de diretrizes inovadoras na abordagem domiciliar em cuidados paliativos. Metodologia: Teor qualitativo e descritivo, tipo relato de experiência, apresentado por meio de considerações e impressões contextualizadas sobre a vivência da equipe de atendimento domiciliar com um paciente em cuidados paliativos. Conclusão: Acompanhamos o caminho inexorável em direção à finitude e vivemos *in loco* o desenvolvimento dos princípios do cuidado paliativo. Para uma família com espiritualidade aprofundada, tal atendimento foi um pilar para ajudá-la a viver esse momento de sofrimento com firmeza e serenidade. Percebemos o desenvolvimento da consciência da aceitação da mortalidade pela família, que aceitou a finitude da vida como realidade quando percebeu a morte social do paciente, não tendo permitido a realização de procedimentos fúteis capazes de prolongar a vida, mas sem qualidade. Houve aceitação favorecida pelo respeito à dignidade.

Palavras-chave: Assistência domiciliar. Cuidados paliativos. Cuidadores.

Suporte nutricional combinado à terapia tópica no tratamento de lesões por pressão: relato de caso

Autores: Silva VB, Santos PAP, Codá RP, Souza MV, Vianna WO.
Instituição: Pionnier Atenção Domiciliar.
E-mail: vanessabernardino96@gmail.com

Introdução: A Organização Mundial da Saúde possui seis metas internacionais de segurança do paciente, e uma delas é a redução de riscos de quedas e lesões por pressão. Cerca de 95% das lesões por pressão são evitáveis, o que requer a implementação precoce de condutas preventivas, curativas e suporte nutricional adequado. **Objetivo:** Avaliar o impacto da suplementação específica para cicatrização de lesões combinada à terapia tópica. **Método:** Relato de caso do cliente P.S., 84 anos, admitido em um homecare no Rio de Janeiro, diagnosticado com doença de Parkinson, demência senil, hipotireoidismo, desnutrição, hematoma subdural, fratura cervical e múltiplas hospitalizações por pneumonia, com dieta enteral por gastrostomia e três lesões por pressão. Foram registrados peso, circunferência de braço e índice de massa corporal. A coleta de dados ocorreu de maio a agosto de 2019, por meio de registros fotográficos, análise de prontuário e mensuração das lesões a cada reavaliação. A conduta inicial foi desbridamento conservador com papaína 10% e solução PHMB, combinada a 400 ml em duas etapas, de suplementação hiperproteica com prolina, arginina e outros nutrientes. As condutas posteriores foram adotadas conforme as reavaliações. **Resultados:** Houve redução do exsudato, superficialização do leito das feridas e contração de bordas, diminuição da dor, aumento do peso, aumento do índice de massa corporal e demais medidas antropométricas. **Conclusão:** O uso da suplementação hiperproteica como coadjuvante no processo de cicatrização de feridas mostrou-se um recurso efetivo e importante para a recuperação tecidual e ponderal. O acompanhamento do cliente se manteve após a conclusão do trabalho.

Palavras-chave: Úlcera por pressão. Terapia nutricional. Segurança do paciente. Serviços de Atenção Domiciliar.

Características dos cuidadores de pacientes atendidos pela atenção domiciliar do município de Indaiatuba/SP

Autores: Lima C, Marchello PR, Garcia FMS, Pazin AR.
Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar de Indaiatuba (Sadin).
E-mail: cafitrela@hotmail.com

Introdução: A assistência domiciliar surge como alternativa que beneficia pessoas com doenças incapacitantes e dependentes do auxílio de um cuidador (formal ou informal) por tempo prolongado. O cuidador dedicado (CDD) faz mais do que cuidar, está sempre disponível, preocupado e geralmente não se sente obrigado no cuidado. Cuidador sem iniciativa (CSI) manifesta-se pouco nas visitas, não interage com a equipe e não procura se informar sobre o diagnóstico. Cuidador deficiente (CD) é aquele que apresenta dificuldade em relacionar as orientações recebidas com o cuidado prestado. Cuidador solitário (CS) é aquele que assume tarefas sozinho, por não conseguir delegar ajuda a terceiros. Cuidador por obrigação (CO) sente-se na obrigação de cuidar pelo compromisso entre gerações ou por não existir outra pessoa para fazê-lo. **Objetivo:** Conhecer o cuidador e identificar as características que podem influenciar a situação de saúde e o contexto familiar. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, realizado após levantamento de dados coletados em 60 prontuários correspondentes aos pacientes em acompanhamento do serviço. **Resultados:** O estudo mostra a prevalência de cuidadores informais (88%), sendo estes filhos (47%), cônjuges (27%), irmãos (9%), pais (7%), sobrinhos (4%) e outros vínculos (8%). Entre todos eles, as características mais comuns identificadas são CDD (62%), CSI (15%), CD (9%), CS (7%) e CO (6%). Identificou-se ainda que 12% dos pacientes são cuidados por cuidadores formais. **Conclusão:** É um desafio para os profissionais de saúde conhecer mais os cuidadores, embora seja de extrema importância, uma vez que o cuidador precisa se responsabilizar pela assistência prestada, para que a equipe alcance o objetivo principal e garanta a preservação de saúde do paciente.

Palavras-chave: Cuidador. Assistência. Enfermagem domiciliar.

A prevalência do uso de tecnologias duras e os cuidados prestados no domicílio pelo Serviço de Atenção Domiciliar de Indaiatuba/SP

Autores: Lima C, Marchello PR, Pazin AR, Garcia FSM.

Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar de Indaiatuba (Sadin).

E-mail: cafitrela@hotmail.com

Introdução: As doenças crônico-degenerativas têm alterado o perfil dos doentes no Brasil, impactando no sistema de saúde como um todo, fazendo com que o governo busque alternativas para reorganizar e construir um novo modelo assistencial e priorizando ações integralizadas na atenção à saúde. Entre essas alternativas se criou o Programa Melhor em Casa, cujo objetivo é atuação no domicílio com visitas, proporcionando um cuidado próximo da rotina da família e evitando hospitalizações desnecessárias. Nesse contexto, observa-se a utilização de tecnologias duras, no que se refere ao uso de dispositivos e equipamentos que auxiliem o doente na manutenção da vida, além de outros cuidados que dependem de terceiros. **Objetivo:** Identificar e caracterizar os tipos de dispositivos e equipamentos em pacientes dependentes e os cuidados prestados no Serviço de Atenção Domiciliar de Indaiatuba. **Metodologia:** O estudo quantitativo fundamentou-se em levantamento de dados coletados em 60 prontuários correspondentes aos pacientes em acompanhamento do serviço. **Resultados:** Foi possível verificar que houve a predominância de dispositivos de alimentação como SNE/GTT (33%), seguidos de SVD/SVA e cistostomias (7%), traqueostomias (5%), colostomias (3%) e uso de equipamentos como o de aspiração (15%), oxigenoterapia (13%) e Bipap (3%). Quanto aos cuidados, 88% necessitavam de auxílio para mudança de decúbito, 58%, de banho no leito, e 25%, de cuidados com curativos. **Conclusão:** Evidencia-se a necessidade de treinamento da família para o uso correto de dispositivos e equipamentos, assim como de cuidados básicos. Os profissionais de saúde devem estar atentos às necessidades de saúde dessas pessoas, possibilitando um cuidado integral e contínuo.

Palavras-chave: Tecnologia. Assistência domiciliar. Dispositivos.

Compartilhando cuidado: importância da articulação de rede entre os equipamentos do município

Autores: Antonio TV, Garcia PMR, Fiori LO.

Instituição: SAS Seconci.

E-mail: thata.vz@hotmail.com

Paciente I.A.N., 75 anos, sexo feminino, acamada por causa de seqüela de AVC e demência moderada com uso de sonda nasoenteral. Em outubro de 2018, ficou internada em razão de uma insuficiência respiratória, mas com poucos dias recebeu alta. Após a internação, seus familiares levaram a paciente, por apresentar alteração respiratória, a uma clínica particular, da qual saiu com medicamento antibiótico amoxicilina por 10 dias. No final desse tratamento, a paciente apresentou piora do quadro e foi levada para PS de referência, onde foi diagnosticada com broncopneumonia, ficando internada e fazendo tratamento endovenoso Rocefin (Ceftriaxona) 1 grama de 12/12 horas e Claritromicina 12/12 horas por 7 dias. Em seu raio X apresentou diagnóstico de derrame pleural extenso, com pesquisa no líquido pleural positivo para BK. A partir desse momento foi iniciado tratamento para tuberculose pleural. Com condições de alta, o hospital entrou em contato com a sua unidade básica de referência para continuidade do tratamento. Após essa solicitação, a própria UBS encaminhou sua avaliação para equipe de atendimento domiciliar Melhor em Casa para compartilhar o cuidado. Esse processo ocorreu por uma fragilidade na comunicação entre a rede de saúde, causando prejuízo à paciente. Nesse momento, houve realinhamento de conduta entre os serviços Emad, UBS e Suvis, e eles se dividiram, sendo essencial o planejamento. Realizamos o tratamento por seis meses, não havendo intercorrências e nenhuma internação. Então, a paciente foi reinserida com infectologista, fazendo acompanhamento para hepatite C. Durante o atendimento pelo histórico familiar, descobrimos que seu marido foi o índice, fez o tratamento para tuberculose há anos e recebeu alta. Vemos, neste caso, um grande êxito no compartilhamento dos serviços com melhora no quadro após uma comunicação efetiva entre a rede.

Palavras-chave: Comunicação. Êxito. Compartilhamento. Efetiva.

Adoecimento do cuidador domiciliar no SAD do Hospital São José-Fortaleza/CE

Autores: Sousa AM, Moreira SMT, Sales MFP, Queiroz FMG, Freitas ABN, Prado SL.
Instituição: Hospital São José de Doenças Infecciosas.
E-mail: manael_hsj@yahoo.com.br

Introdução: O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Hospital São José (HSJ), atualmente com 20 pacientes, dos quais 14 em moradias próprias e 6 em abrigo de longa permanência (Sol Nascente), atende perfil de pacientes com retrovírose sujeitos a avanços significativos nas condições de assistência e cuidados em saúde (medicações ARVs, tratamento e controle das infecções oportunistas). Percebeu-se um crescimento de pacientes acometidos por doenças crônicas, incapacitantes e sem resposta curativa, que demandam da família uma reorganização de papéis e tarefas para acolher esses indivíduos e dar seguimento do cuidado em domicílio. O cuidado, dentro dessa perspectiva, gera alterações na vida do cuidador (física, social, emocional, financeira e espiritual) que modificam o ciclo natural de vida em família. **Justificativa:** A sobrecarga do cuidador principal tem sido questão nas reuniões de equipe. O adoecimento do indivíduo que lida com o doente é evidente, e múltiplos sentimentos emergem dessas situações complexas e adoecedoras. O interesse em adaptar esse instrumento ao SAD decorreu de três encontros de cuidadores realizados em 2016, 2017 e 2018. Domicílios foram visitados, situações de conflitos, evidenciadas, e elementos multidimensionais, percebidos, necessitando de respostas para o enfrentamento da realidade. **Objetivo:** Identificar o nível de adoecimento dos cuidadores do SAD, analisar pontos críticos de adoecimento dos cuidadores principais e criar estratégias de intervenção pós-tipologia e perfil do cuidador. **Metodologia:** Validar a Escala de Zarit, ferramenta escolhida para intervir nesse seguimento; utilizar pesquisa quantitativa em questionário fechado com 20 cuidadores; características psicométricas do cuidador e caracterização do sujeito/perfil; elaborar gráficos estatísticos. **Resultado:** Realizada pesquisa de 15-30/07/2019, foram obtidos os seguintes escores totais da Escala de Zarit: 12 graves, 4 moderados e 4 leves, o que evidencia sobrecarga grave com 60% adoecimento. Estatisticamente, fatores multidimensionais de sobrecarga e caracterização do sujeito resultaram em gráficos para visualização. **Conclusão:** Adoecimento e exaustão, quando há apenas um único cuidador, ficaram evidentes na pesquisa implementada. Nuances multidimensionais e complexas identificadas nas falas resultaram em estratégias de intervenção nesse seguimento, proporcionando respostas às necessidades individuais de cada um.

Palavras-chave: Adoecimento. Cuidador. Sobrecarga.

Bala perdida, violência urbana, crianças vulneráveis: equipe interdisciplinar salvando vidas

Autores: França LCR, Moreira SOS.
Instituição: Programa de Assistência Domiciliar do Hospital Infantil Albert Sabin (Hias), Fortaleza.
E-mail: lcrfrancab@hotmail.com

Introdução: Estudo descritivo tipo relato de experiência, com objetivo de descrever a assistência interdisciplinar prestada à paciente M.I.S.C., 7 anos, residente em área invadida, dominada por facções criminosas. Em dezembro de 2015 foi atingida por bala perdida (PAF), sendo internada em Fortaleza no IJF, onde foram realizados jejunosomia e esofagostomia cervical. Foi transferida para o Hias em 26/02/2016, onde foram realizados fechamento da jejunosomia e confecção da gastrostomia. Foi admitida no PAD em 14/04/2016 com o objetivo de criar condições cirúrgicas para a realização da esofagoplastia. A mãe cuidadora sempre demonstrou falta de condições emocionais e sociais, não colaborando adequadamente para que a assistência domiciliar atingisse seus objetivos, principalmente a correção do comprometimento ponderal severo. O peso oscilou entre 12 e 13 kg, atingindo em determinado momento 10 kg. Foi realizada alimentação parenteral e recebida assistência domiciliar pela equipe multidisciplinar com resultados lentos na tentativa de conseguir condições operatórias. Após um período longo de um ano e seis meses pesando 14 kg, com idade de 5 anos e 8 meses foi submetida à esofagoplastia no dia 18/08/2017. O pós-operatório ocorreu sem intercorrências. Após receber alta hospitalar, continuou com acompanhamento ambulatorial pela cirurgia pediátrica do Hias e com assistência domiciliar. No dia 20/08/2019, foi visitada pela equipe do PAD. Estava em bom estado geral, com 23 kg, alimentando-se via oral, evacuações normais, porém ainda sem cicatrização do óstio da gastrostomia, o qual foi fechado (gastrografia) no dia 28/08/2019. Após mais de 3 anos de assistência multidisciplinar, fomos vitoriosos em nosso trabalho e acreditamos que a recuperação dessa criança pode ser considerada como um verdadeiro milagre. Sem fé, perseverança e amor ao próximo não teríamos conseguido êxito.

Palavras-chave: PAF. Crianças vulneráveis. Fé. Amor.

Novo conceito de acolher: experiência de cuidado paliativo de paciente em instituição de abrigamento

Autores: Sousa AM, Moreira SMT, Freitas ABN, Sales MFP, Gomes TCP, Prado SL.

Instituição: Hospital São José de Doenças Infecciosas.

E-mail: manael_hsj@yahoo.com.br

Introdução: O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Hospital São José (HSJ) de Doenças Infecciosas/CE e a Casa Abrigo Sol Nascente acolheram para cuidados em final de vida o usuário Z., 59 anos, aposentado, divorciado, cinco filhos com vínculos fragilizados. Era portador de retrovírose, seqüela neurológica grave por neurotoxoplasmose, bronquectasia pulmonar, demência avançada, dependente para as AVDs, PPS 10, TQT e sonda GTT. Após internação de 03/06/2019 a 07/07/2019 e alta, com neuropatia crônica e pneumopatia avançada, seguiu em cuidados paliativos. **Justificativa:** Em falta de familiar para assumir, buscou-se a lógica do trabalho coletivo e articulado, unindo três equipes (Sol Nascente, SAD e Paliativo), consolidando ações multiprofissionais especializadas, desde a internação, abrigamento até o fechamento-óbito. **Objetivos:** Desenvolver plano de cuidado à pessoa em paliativo, alterando-o de acordo com a evolução; reconhecer sinais e situações que nor-teiam o processo de morte eminente; controlar sinais de dor e sofrimento. **Metodologia:** Reunião semanal para planejamento, execução, participação articulada das ações; visita domiciliar diária, dividindo escala entre equipes (após equipe segura, intercalar visita); treinamento da equipe local em controle dos sintomas; manter comunicação efetiva e clara com cuidadores e familiares. **Protocolos seguidos:** Definir competências, responsabilidades e coordenação dos processos de decisão; controlar insumos, medicação. **Resultados:** Paciente sistematicamente acompanhado; controle dos sinais de dor e sofrimento; apoio à equipe cuidadora e familiares; trabalho organizado e efetivo. O óbito ocorreu tranquilo, sem intercorrências. **Condutas pós-óbito:** Acolhimento; orientação à equipe assistencial no enfrentamento dos problemas inerentes ao óbito em domicílio; providenciar DO para encaminhamento de auxílio-funeral. **Citações da equipe:** “acompanhado diariamente não apresentou desconforto respiratório, sem sinais de dor, face serena e tranquila”; “secreção diminuída, mas com odor fétido”; “mesmo no banho, sem gemido ou face de dor”; “estado geral regular se comparado a outros dias, sem contactar, mesmo aos estímulos sonoros e táteis, pupilas mióticas e sem resposta à luz”; “partiu tranquilo e sem dor”.

Palavras-chave: Adoecimento. Cuidador. Sobrecarga.

O cuidado com a família no atendimento domiciliar: refletindo sobre a pediatria

Autores: Maldonado TCP, Kagohara MY.

Instituição: Hospital Municipal M'Boi Mirim.

E-mail: thacassia.peixoto@gmail.com

O processo de adoecimento crônico de um filho é vivenciado como um evento de grande desorganização psíquica, familiar e social. Os pais passam a conviver com as limitações e a necessidade de procedimentos clínicos no domicílio. O Programa Melhor em Casa é regulamentado para atender pacientes de média e alta complexidade, acompanhar o processo de desospitalização e promover a humanização nos cuidados. Este relato tem como objetivo compartilhar o atendimento domiciliar de pacientes pediátricos de alta complexidade, com sequelas neurológicas graves e permanentes, em uso de traqueostomia e Bipap. Os diagnósticos variam desde síndromes genéticas raras a sequelas de anoxia neonatal. O tempo de acompanhamento no Programa das famílias varia de seis meses a nove anos. Percebeu-se que, independentemente do tempo de inserção, o vínculo terapêutico se mostra uma ferramenta de cuidado essencial e o foco da equipe de saúde. A alta hospitalar e a retomada dos cuidados para o domicílio são vividas como uma experiência ambivalente: a alegria de voltar com o filho e o pesar pelas limitações, quadro clínico e sobrecarga nos cuidados. A insegurança, o medo e a ansiedade são sentimentos expressos pelos pais. Contudo, o recebimento de suporte e orientação em casa, a comunicação clara com os membros da equipe, os espaços para compartilhar dúvidas, fantasias, angústias foram observados como um fator protetivo para o enfrentamento dos pais, que elegem o Programa Melhor em Casa e os profissionais como uma base segura. Desta forma, discute-se sobre a importância da comunicação com a família e o vínculo de segurança como importantes ferramentas de trabalho para o atendimento domiciliar na pediatria.

Palavras-chave: Programa Melhor em Casa. Vínculo terapêutico. Cuidados emocionais.

Gestão estratégica no atendimento domiciliar: um olhar para a experiência do colaborador

Autores: Vieira CESC, Maldonado TCP.
Instituição: Hospital Municipal M'Boi Mirim.
E-mail: thacassia.peixoto@gmail.com

Os programas de atendimento domiciliar vêm acrescentando em seu escopo cada vez mais complexidade em sua atuação. Em uma década, a alta complexidade passou de 10% para 30% dos atendimentos, movidos pela necessidade de desospitalizar esse público com segurança. Essa realidade vem contribuindo para a sobrecarga das equipes em todos os aspectos (físicos, emocionais, sociais e espirituais), refletindo na sua qualidade de vida e assistência aos usuários. Estudos e prática clínica já demonstram a urgência de um olhar estratégico para a saúde das equipes de atendimento domiciliar. O presente relato expõe a gestão estratégica de uma equipe do Programa Melhor em Casa em um Hospital Municipal da região sul de São Paulo pela visão do conceito Quadruple AIM do Institute for Healthcare Improvement (IHI) fundamentado em valor agregado e percepção positiva dos resultados, e não apenas pela quantidade ou volume dos serviços. A possibilidade de usar a experiência do colaborador como ferramenta de gestão foi incluída em 2017. Ações voltadas para o autocuidado (auriculoterapia e aromaterapia) e liberdade de criar planos terapêuticos singulares por meio de gestão compartilhada foram algumas das estratégias implementadas. O impacto na percepção positiva foi evidenciado pelo colaboradores na gestão de pesquisa de clima com um índice de satisfação no trabalho 20% maior nos três anos de ações. Houve diminuição de ausências ao trabalho por questões relacionadas à saúde e reconhecimento do setor em julho de 2019 de boas práticas e certificado de acidente zero há 526 dias, bem como o fortalecimento da socialização em momentos de confraternização no dia a dia entre os membros da equipe, indicadores que demonstram os benefícios no engajamento e valor agregado no perfil de gestão.

Palavras-chave: Atendimento domiciliar. Gestão. Valor agregado.

Perfil de especialistas na validação de manual educativo no cuidado domiciliar em pediatria

Autores: França LCR, Sousa DA, Rodrigues LN.
Instituição: Programa de Assistência Domiciliar do Hospital Infantil Albert Sabin, Fortaleza.
E-mail: lcrfrancab@hotmail.com

Introdução: Mudanças epidemiológicas no perfil de morbimortalidade de crianças e adolescentes com doenças crônicas e dependentes de novas tecnologias têm aumentado significativamente, elevando a sobrevivência dessa população, fazendo-se, social e politicamente, necessário desenvolver mecanismos e práticas inovadoras de cuidado. Nesse contexto surge a AD como uma ferramenta estratégica inovadora de assistência à saúde. Objetivo: Validar o conteúdo e aparência de um manual para o cuidado pediátrico no domicílio com profissionais experts. Trata-se de um recorte de uma pesquisa metodológica, parecer nº 3.113.498 – CEP/Hias. A coleta de dados deu-se de março a maio de 2019, utilizando amostragem de rede ou bola de neve. Foram convidados 51 especialistas, por meio de carta-convite, via e-mail ou pessoalmente, dos quais 33 mostraram disponibilidade em participar do estudo. Quinze responderam ao instrumento, utilizando uma versão digital do Google Docs, e 18 responderam à versão impressa da cartilha, sendo 87,8% dos especialistas do sexo feminino, com idade de 31 a 40 anos, tempo de formação profissional entre 5 e 20 anos (63,6%), 78,7% pertencentes à região Nordeste, e 21,1%, às regiões Sudeste e Centro-Oeste. Participaram da pesquisa 25 enfermeiros (75,5%), 2 médicas (6%), 2 fonoaudiólogas (6%), 2 fisioterapeutas (6%), 1 nutricionista (3%) e 1 psicólogo (3%), dos quais 72,3% eram profissionais assistenciais. Quanto à titulação, 54,4% eram mestres, doutores e pós-doutores na área de saúde da criança ou tecnologias educativas. Em análise estatística parcial, o índice de validade de conteúdo (IVC) global da tecnologia educativa foi de 0,77 (referência mínima: 0,90), mostrando a necessidade de retificação de aparência e conteúdo do instrumento, como apontado pelos experts do estudo.

Palavras-chave: Assistência domiciliar. Tecnologia educacional. Pediatria.

Clínica ampliada e articulada no SUS: um tiro no alvo

Autores: Sousa AM, Moreira SMT, Sales MFP, Queiroz FMG, Gomes TCP, Pontes MI.
Instituição: Hospital São José de Doenças Infecciosas.
E-mail: manael_hsj@yahoo.com.br

Introdução: O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Hospital São José de Doenças Infecciosas/CE atua há 19 anos com equipe multiprofissional e depara-se com singularidades da atenção domiciliar. Assim, estratégias de atuação são realizadas, construindo e modificando o PTI, conforme o caso. **Justificativa:** Evidencia-se o caso do F.F.S., 57 anos, união estável, benefício Loas, com retrovírose, déficit cognitivo e motor decorrente da neurotoxoplasmose, TQT, sonda nasogástrica, dependente para todas as AVDs. Família é composta do companheiro e enteado de 13 anos. A companheira cuida sozinha de F.F.S. há dois anos, sendo constatada carga de estresse elevada (Escala de Zarit), por ser a única cuidadora e sobrecarga de atividades. Foi verificada a possibilidade de rede de suporte de ajuda à família, mas sem sucesso. Como válvula de escape, sai sempre de casa, causando desconforto ao paciente e ausência em tarefas essenciais. **Objetivos:** Criar estratégias de suporte para equipe assistencial; lidar com as diversas situações de conflitos evidentes; reduzir danos ao paciente; compartilhar ações com rede de assistência do território. **Metodologia:** Utilizar comunicação transversal com a equipe visitadora e entre equipes do território/rede assistencial; realizar reunião para discussão do caso; evitar culpabilização dos sujeitos; identificar arranjos necessários ao enfrentamento do problema; utilizar escuta qualificada do outro, identificando as diversas expressões das questões sociais e subjetivas que envolvem usuário, família e comunidade. Foram feitas diversas abordagens familiares com o cuidador e realizadas ações de intervenção no processo de cuidado (mutirão de limpeza do ambiente, troca de utensílios). Houve aplicação de protocolos de segurança do paciente e reavaliação da equipe dos próprios valores e dos valores identificados, analisando se a intervenção da equipe profissional interferia no adoecimento do cuidador. **Intervenção:** Visita ao posto de saúde e Cras; pactuação com equipe de saúde/entregue relatório social; socialização, divisão, compartilhamento de ações e responsabilidades e ampliação da rede de cuidado. **Resultado:** Obteve-se compromisso ético de todas as equipes envolvidas, compartilhamento e intervenção conjunta efetiva e melhora *in loco* do cuidado. Cuidadora recebeu apoio psicossocial e visível redução de intercorrências em domicílio.

Palavras-chave: Articular. Compartilhar. Dividir responsabilidades.

Síndrome de Goldenhar: atuação multidisciplinar no atendimento domiciliar - relato de caso

Autores: Sakamoto CM, Almeida KCA, Teixeira DM, Trindade SCN, Silva MF.
Instituição: Programa de Assistência Domiciliar (PAD) da Prefeitura Municipal de Barueri.
E-mail: cassiasakamoto@yahoo.com.br

Introdução: Descrita por Goldenhar em 1952, a displasia óculo-aurículo-vertebral, também conhecida por síndrome de Goldenhar, é uma desordem do desenvolvimento rara, relacionada a fatores ambientais e defeitos genéticos ainda em investigação, que pode causar graves malformações em face, coluna e membros. **Objetivo:** Relatar a experiência e os resultados obtidos por meio do trabalho da equipe multidisciplinar de atendimento domiciliar com uma criança com síndrome de Goldenhar. **Descrição do caso:** Após internação hospitalar ininterrupta desde o nascimento, a criança foi admitida pela equipe do PAD com 1 ano e 11 meses de idade com diagnósticos de: hidrocefalia não hipertensiva, holoprosencefalia, epilepsia, refluxo vesicouretral congênito, micrognatia com fenda palatina e lábio leporino, insuficiência respiratória crônica, torcicolo congênito, malformação de orelha direita, malformação de membro superior direito (ausência de polegar), em uso de traqueostomia (TQT) com ventilação mecânica não invasiva (VMNI), gastrostomia e oxigenoterapia. Apresentava comportamento antissocial, hostil e não colaborativo. Há dois anos e seis meses recebe sessões terapêuticas e acompanhamento de fisioterapeuta, fonoaudióloga, assistente social, nutricionista, enfermagem e pediatra. **Resultados:** Durante esse período, o paciente evoluiu com: melhora da sociabilidade, ganho de marcha independente (ainda que com déficit de equilíbrio), “desmame” do uso de VMNI e oxigenoterapia. Encontra-se em processo de oclusão de TQT e iniciou ingestão satisfatória de alimentos pela via oral. **Conclusão:** O estabelecimento de vínculos entre os familiares, os cuidadores e a equipe do PAD foi decisivo para a evolução global do paciente, uma vez que o ambiente familiar é o local de pertencimento da criança. A inserção dos profissionais de saúde nesse ambiente promoveu melhor aderência às atividades propostas, tendo como resultados os ganhos funcionais descritos.

Palavras-chave: Assistência domiciliar. Equipe multidisciplinar. Síndrome de Goldenhar.

Rodas de conversa com o cuidador de pacientes acompanhados pelo Programa Melhor em Casa

Autores: Castellani LJ, Magni C.
Instituição: Unicentro.
E-mail: lucivaldocastellani@yahoo.com.br

Introdução: O trabalho nasceu da prática profissional de atendimento domiciliar no município de Guapuva/PR. A atenção domiciliar é concebida como estratégia das ações municipais de saúde, voltadas à promoção, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. É um serviço indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do domicílio ou que estejam em situações em que a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento. A casa e as relações familiares instituídas possibilitam um novo espaço de cuidado, o que faz emergir uma figura importante que é a do cuidador, o qual, por sua vez, oferece uma dedicação quase que exclusiva e integral ao paciente. A iniciativa das rodas de conversa é uma estratégia metodológica das ações de promoção de saúde, que proporciona um espaço de escuta atenta aos cuidadores e seu cotidiano. **Metodologia:** Foram realizadas rodas de conversa no período de janeiro a dezembro de 2018, com a participação de 15 cuidadores que se mostraram assíduos na participação dos encontros realizados mensalmente. **Resultados:** Os encontros proporcionaram experiências de identificação dos cuidadores com a equipe multidisciplinar; formação de uma rede de apoio; busca de alívio para os sofrimentos; percepção de sentimentos contraditórios comuns; compreensão da dinâmica dos cuidados paliativos; olhar sobre a finitude e percepção da morte como uma etapa natural da vida. **Conclusão:** A roda de conversa caracterizou-se como uma estratégia metodológica aplicada à atenção domiciliar, permitindo aos participantes apresentar suas elaborações, mesmo contraditórias, buscando compreendê-las por meio do exercício do pensar compartilhado acerca do seu cotidiano, expressando seus desejos e desabafos, tendo como resultado as trocas de experiências e o aprendizado.

Palavras-chave: Cuidador. Domicílio. Cuidado.

Gerenciamento psicológico domiciliar em um caso de superação da Unimed Pato Branco/PR

Autores: Bonatto ACC, Savaris T.
Instituição: Unimed Pato Branco.
E-mail: carolcbonatto@hotmail.com

Introdução: O presente estudo aborda os atendimentos psicológicos realizados à paciente N.D.O.T., diagnosticada com esclerose lateral amiotrófica (ELA) em 2017. A beneficiária possui 73 anos e está em gerenciamento por meio do Programa de Gerenciamento de Casos (PGC) desde o início de 2018, porém antes realizava psicoterapia. A doença ELA pode ser compreendida como uma patologia neurológica, crônico-degenerativa e letal, cuja etiologia é desconhecida e caracterizada pela atrofia progressiva dos músculos do corpo. **Objetivo:** Evidenciar a importância das orientações psicológicas à paciente. **Metodologia:** Estudo de caso da paciente em gerenciamento recebendo orientação psicológica quinzenalmente. **Resultado:** Toda progressão da doença e suas reações emocionais e psíquicas foram observadas durante as orientações: a perda da força muscular e da capacidade de caminhar, a adaptação a formas alternativas de comunicação, a traqueostomia e gastrostomia, a adaptação a novas cuidadoras e profissionais. A cada visita, novos sentimentos diante da progressão avassaladora. Por causa da vida sempre ativa (no trabalho, no cuidado com os filhos e netos, nos voluntariados à comunidade), N.D.O.T. expressava tristeza diante da nova realidade que lhe era imposta, pois o cognitivo continuava tão preservado quanto antigamente, porém preso ao corpo que degenera e limita. A família e as cuidadoras também recebiam orientações, pois eram as pessoas que presenciavam com frequência as crises de ansiedade, as inseguranças, os sentimentos produzidos dessa nova fase. **Conclusão:** Percebe-se que o acompanhamento psicológico foi de grande valia para que a paciente aceitasse o diagnóstico, a evolução e os procedimentos decorrentes deste, bem como para que os familiares tivessem um manejo empático e seguro.

Palavras-chave: Domicílio. Orientação. Psicologia.

O acompanhamento psicológico a paciente em gerenciamento de casos (PGC) na Unimed Pato Branco/PR

Autores: Savaris T, Bonatto ACC, Furigo F.
Instituição: Unimed Pato Branco/PR.
E-mail: carolcbonatto@hotmail.com

O Programa de Gerenciamento de Casos (PGC) tem como objetivo atender, orientar e capacitar os beneficiários da Unimed Pato Branco/PR que sejam portadores de doenças crônicas, bem como seus familiares, para que desenvolvam hábitos saudáveis e autogerenciem sua saúde. O programa conta com uma equipe multidisciplinar que realiza orientações conforme a necessidade de cada beneficiário. O presente estudo abordará os atendimentos psicológicos realizados em 2018. Objetivo: Evidenciar a importância das orientações psicológicas aos beneficiários. Metodologia: Os psicólogos recebem uma solicitação de avaliação da equipe de enfermagem, após esta perceber a necessidade do beneficiário e discutir sobre a demanda com equipe multidisciplinar. O beneficiário é contatado, então se agenda a primeira visita, em que se avaliam a elegibilidade e a periodicidade das orientações. Resultado: Durante 2018 foram 30 pacientes gerenciados, dos quais 16 beneficiários evoluíram para alta por causa do alcance dos objetivos, 2 indivíduos receberam alta em razão da falta de aderência às orientações, 3 pacientes evoluíram a óbito e 1 excluiu seu plano. O acompanhamento psicológico frequentemente abre portas para que os demais profissionais realizem suas orientações com maior facilidade, e elas sejam seguidas. A doença crônica pode produzir uma série de alterações emocionais (ansiedade, angústia, depressão, estresse, tentativas de suicídio, negação etc.); portanto, o psicólogo atua no sentido de resgatar o equilíbrio e bem-estar mesmo diante de uma patologia crônica. Conclusão: O psicólogo no gerenciamento de casos contribui para que o paciente realize atividades de lazer e prazer adequadas à sua nova condição de saúde, continuando ativo em suas capacidades cognitivas e emocionais e tenha bem-estar. Ressalta-se que o papel do psicólogo como fomentador resgata a importância da dignidade no sofrimento e o respeito da individualidade.

Palavras-chave: Orientação. Psicologia. Equipe multidisciplinar.

Equipe multidisciplinar sendo um diferencial para o cuidado no Programa de Gerenciamento de Casos (PGC) da Unimed Pato Branco/PR

Autor: Bonatto ACC.
Instituição: Unimed Pato Branco.
E-mail: carolcbonatto@hotmail.com

O Programa de Gerenciamento de Casos (PGC) possui uma equipe multidisciplinar composta de enfermeiras, técnica de enfermagem, médico, nutricionistas, psicólogos, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, farmacêutico e fisioterapeuta, que são responsáveis por coordenar, avaliar e monitorar as necessidades de saúde dos pacientes, bem como os serviços prescritos a cada caso, utilizando a comunicação como ferramenta na promoção de resultados voltados para a reabilitação. Objetivo: Contribuir para que os pacientes possam alcançar melhores resultados na busca por reabilitação por meio de orientações no domicílio. Metodologia: O processo compreende visitas da equipe multidisciplinar programadas de acordo com a complexidade, possuindo a habilidade de encaminhar cada paciente aos recursos apropriados, conforme a necessidade, além do gerenciamento por telemonitoramento. Resultado: Promover uma avaliação acurada das necessidades de saúde e cuidado, assegurando a qualidade e a efetividade dos serviços que estão sendo prestados, durante o período de monitoramento, e diminuir os custos por meio da redução de internamentos. As orientações são realizadas de forma individualizada, mediante discussão de intervenções e monitoramento, sugerindo com a equipe multidisciplinar ações em saúde que visem à reabilitação com maior qualidade e otimização de resultados. Conclusão: O alinhamento do paciente com a equipe multidisciplinar e o trabalho desenvolvido ao lado dos familiares e/ou cuidadores previnem e controlam as patologias, intervindo precocemente e estimulando a qualidade de vida.

Palavras-chave: Atenção domiciliar. Equipe multidisciplinar.

Condições de moradia de pacientes assistidos na atenção domiciliar de Indaiatuba/SP

Autores: Silva DSM, Silva ML, Garcia LSS, Soster FRM, Garcia FSM, Lima C.
Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar de Indaiatuba (Sadin).
E-mail: diegosalvador27@hotmail.com

Introdução: A moradia é um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde, segundo a Lei Orgânica da Saúde (nº 8.080/90). O conhecimento das condições de moradia é essencial para a garantia da saúde no aspecto biopsicossocial do paciente assistido pela atenção domiciliar (AD). **Objetivo:** Avaliar as condições de moradia de pacientes assistidos pela AD. **Metodologia:** Foi realizado estudo observacional transversal, com aplicação de 64 questionários semiestruturados durante o mês de julho e agosto de 2019. Os dados coletados foram tabulados em planilha Excel, e a análise das informações foi utilizada para conhecer as características de moradia dos pacientes. **Resultados:** O acesso adequado da casa foi observado em 81,3%. A iluminação natural e artificial foram suficientes em 67,2% e 78,1%, respectivamente. O aquecimento, a refrigeração e a ventilação estavam adequados em 78,1% dos domicílios. Foram observados ainda pisos com irregularidades e/ou desníveis em 31,3%; presença de carpetes/tapetes/forração solta no trajeto do paciente em 21,9%; quarto adequado para o descanso e acompanhamento do paciente em 64,1%; cozinha adequada para a utilização com segurança em 79,7%; e banheiro com condições adequadas e seguras para uso em 51,6%. A maioria possuía casa própria (65,6%), com cama hospitalar (53,1%). Apenas 31,3% faziam uso de colchão pneumático. Em média, havia 3,2 moradores por domicílio. **Conclusão:** O estudo mostrou várias inadequações nos domicílios assistidos pelo Programa Melhor em Casa. Tal fato ressalta a necessidade da implementação de programas sociais e de saúde, de forma a desenvolver ações e medidas socioeducativas de inclusão e melhoria das condições de saúde.

Palavras-chave: Moradia. Assistência domiciliar. Família. Atenção básica.

O impacto do Acesso Mais Seguro na prática assistencial

Autores: Mestriner RJS, Mahmud SJ, Castilhos R, Fontes EPL.
Instituição: Grupo Hospitalar Conceição.
E-mail: satijaber@gmail.com

Introdução: O Acesso Mais Seguro (AMS) é uma ferramenta que visa facilitar o acesso do Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) em territórios em situações de violência armada. **Objetivo:** Analisar o impacto da ferramenta AMS na prática assistencial do SAD. **Método:** Análise retrospectiva em banco de dados relativo ao fechamento de áreas entre janeiro de 2018 e julho de 2019. **Resultados:** Observamos uma média de uma unidade básica de saúde (UBS) fechada para visita domiciliar (VD) por dia, entre as 53 UBS de abrangência do SAD. Ocorreu fechamento de território em 48 UBS, sendo 17 com mais de 3 dias consecutivos, e 5 UBS nunca tiveram seu território fechado. Antes da implementação do AMS, tivemos períodos de territórios fechados continuamente, sendo o mais longo de 9 meses. Após a implantação da ferramenta, não ultrapassamos nenhum período de fechamento de território maior que 10 dias, apesar de algumas unidades vivenciarem situações frequentes de conflito. Tal fato se deve à avaliação diária dos territórios e comunicação direta com as UBS, que propiciam uma tomada de decisão rápida e eficaz por parte dos trabalhadores e gestores. No período analisado, um paciente teve indicação de reinternação hospitalar decorrente de instabilidade clínica, o que indicaria a necessidade de VD durante os dias de fechamento desse território. Nos demais casos, o monitoramento dos pacientes com as devidas orientações foi realizado por meio de telefonemas até a reabertura do território. **Conclusão:** O AMS proporciona maior segurança para gestores e trabalhadores na tomada de decisão sobre abertura ou fechamento do território de forma responsável e embasada no AMS, não superestimando nem banalizando as situações de violência nas regiões de atuação do SAD.

Palavras-chave: Serviço de Assistência Domiciliar. Visita domiciliar. Medidas de segurança.

Avaliação holística de pacientes em internação domiciliar

Autores: Sá EC, Lopes AS, Toniolli TR, Araujo FZ, Sa SLC, Mourão MA.
Instituição: Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal.
E-mail: tharubinho@yahoo.com.br

Introdução: As condições biopsicossociais limitantes devem ser avaliadas criteriosamente para que as necessidades dos pacientes internados em domicílio sejam atendidas de forma holística, considerando a tendência e a capacidade de desenvolvimento e autorrealização, mesmo diante de um processo de adoecimento crônico, com sequelas irreversíveis. **Objetivo:** Otimizar a qualidade de vida dos doentes internados em domicílio por meio das idealizações das necessidades humanas. **Metodologia:** O estudo descreve a experiência do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Samambaia/DF, com relação à teoria da hierarquia das necessidades humanas (conceito Maslow), que identifica as necessidades básicas nos níveis fisiológicos, de segurança, afeto, estima e autorrealização. Foram abordados, no mês de julho/2019, cinco pacientes novos, admitidos em programa de internação domiciliar, que retornaram para seus domicílios em condições disfuncionais, após um período de internação hospitalar. Houve um estudo comparativo com cinco pacientes que pertenciam ao programa de internação domiciliar e foram acolhidos fora desse conceito. **Resultados:** Os pacientes submetidos à identificação sistematizada dentro do conceito preconizado por Maslow responderam melhor às necessidades básicas satisfeitas, libertação do medo e da ansiedade, sensação de pertencimento social, respeito, melhor enfrentamento da doença. Os pacientes acolhidos de forma convencional tinham suas necessidades fisiológicas parcialmente satisfeitas e eram vulneráveis quanto ao nível de segurança; já os demais níveis, como relacionamento, afeto, estima e autorrealização, eram insatisfeitos. **Conclusão:** Identificar as necessidades básicas de forma sistematizada, na primeira abordagem ao paciente, permite aos pacientes evoluir com relação às necessidades básicas humanas, garantindo a qualidade de vida e um melhor prognóstico da doença.

Palavras-chave: Maslow. Assistência domiciliar. Qualidade de vida. Necessidades humanas.

Aplicação da Escala de Karnofsky a pacientes em cuidados paliativos em atenção domiciliar

Autores: Sá EC, Lopes AS, Araujo FZ, Sa SLC, Oliveira AA, Toniolli TR.
Instituição: Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal.
E-mail: tharubinho@yahoo.com.br

O Serviço de Atenção Domiciliar multidisciplinar oferece a melhora na qualidade de vida dos doentes oncológicos paliativos. A prevenção e o manejo da dor, o sofrimento psíquico e a redução do comprometimento funcional são avaliados no planejamento terapêutico. As terapias propostas envolvem os aspectos de bem-estar biopsicossocial e manutenção da funcionalidade. **Objetivo:** Quantificar o bem-estar geral dos pacientes e otimizar a sobrevida com qualidade. **Metodologia:** O estudo quantifica e descreve a experiência do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Samambaia/DF. Foi realizada, no mês de julho/2019, a avaliação do bem-estar geral de cinco pacientes oncológicos em cuidados paliativos domiciliar. O instrumento utilizado foi a escala de resultados, ou desempenho de Karnofsky (%), que classifica os pacientes de 100 a 0, em que 100 indica saúde perfeita e 0 indica morte. Foram relacionadas à aplicação do escore as condições associadas de funcionalidade. **Resultados:** Os pacientes estudados foram classificados entre 40 e 60%, sendo que dois pacientes atingiram 40%, pois requereram assistência e cuidados especializados, estando inaptos e disfuncionais para cuidar de si mesmos. Os demais pacientes atingiram 50-60%, pois requereram ajuda ocasional e considerável, com necessidade frequente de assistência especializada, mas aptos para autocuidados. **Conclusão:** A quantificação do bem-estar geral e da funcionalidade de pacientes em cuidados paliativos é orientadora de conduta terapêutica, constituindo uma ferramenta de fácil alcance. A identificação de pacientes com menor Karnofsky alerta que há necessidade de realizar diferentes terapias e promover um acompanhamento mais preciso da evolução e do prognóstico do paciente. As condutas de reabilitação, norteadas pela Escala de Karnofsky (%), melhoram a qualidade de vida do paciente, otimizando a sobrevida e os cuidados paliativos.

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

A importância da adaptação residencial e do acolhimento dos cuidadores para o sucesso da internação domiciliar

Autores: Sá EC, Toniolli TR, Lopes AS, Araujo FZ, Sa SLC, Mourão MA.
Instituição: Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal.
E-mail: thatatoniolli@gmail.com

Introdução: Identificar as necessidades de adaptação do domicílio e dos cuidadores, considerando as demandas de cuidados para doentes em Programa de Assistência Domiciliar, é necessário para promover assistência integrada de qualidade ao paciente e ao cuidador. **Objetivos:** Reconhecer as peculiaridades do domicílio e dos cuidadores e tornar o ambiente propício aos cuidados, motivando o que há de adaptável para a assistência. **Métodos:** Em julho/2019, a equipe do Núcleo Regional de Assistência Domiciliar de Samambaia/DF realizou visita domiciliar admissional em quatro residências de pacientes em programa de internação domiciliar e seus cuidadores. Foram realizadas quatro visitas em cada residência com um roteiro que englobou: análise do cuidador; cuidados realizados; duração; materiais/equipamentos utilizados; e necessidades educativas. A primeira visita era de acolhimento, com explicações e orientações sobre o Programa de Assistência Domiciliar. As demais visitas foram para observar como eram conduzidos os cuidados. **Resultados:** Os cuidadores não tinham formação para cuidados de doentes domiciliares, mas tinham experiências prévias e informações empíricas que auxiliavam nas ações de cuidados. Foi identificada a necessidade de assistência domiciliar sistematizada, com enfoque educativo em relação aos cuidados e adaptações domiciliares. Foram estabelecidas ações educativas e períodos de descanso para os cuidadores. Após quatro semanas, os cuidadores estavam mais bem adaptados, e os domicílios, propícios aos cuidados, com modificações adequadas dentro da realidade de cada residência. **Conclusão:** É fundamental reforçar a concepção da equipe multidisciplinar de assistência domiciliar como educadora com o objetivo de transformação social.

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

Estimulação precoce para pacientes internados em domicílio após acidente vascular cerebral em fase inicial

Autores: Sá EC, Lopes AS, Toniolli TR, Araujo FZ, Sa SLC, Oliveira AA.
Instituição: Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal.
E-mail: thatatoniolli@gmail.com

Introdução: O rompimento de um vaso sanguíneo ou a supressão de oxigenação cerebral resultam no acidente vascular cerebral hemorrágico ou isquêmico, respectivamente, gerando déficit neurológico vascular importante. A equipe do Núcleo Regional de Assistência Multidisciplinar de Samambaia/DF realizou este estudo de intervenção precoce para diminuir as consequências no tônus muscular, evitar deformidades, mantendo as articulações livres, melhorar o equilíbrio e promover a consciência corporal, com ações planejadas para que o doente incapacitado mantenha ou alcance o maior grau de independência funcional. **Objetivos:** Destacar a importância da reabilitação na fase aguda da doença e acompanhar a reaprendizagem motora. **Metodologia:** Relato de experiência da equipe multidisciplinar de assistência domiciliar de quatro pacientes internados em domicílio no início do evento. Foram acompanhados por quatro semanas, recebendo intervenção de reabilitação guiada, utilizando um cronograma e orientações de estímulos a serem executados em três períodos diferentes do dia pelos cuidadores, os quais receberam um vídeo para conduzir a estimulação de forma ordenada. Nas quatro semanas, os pacientes receberam 90 sessões de estimulação, distribuídas em três vezes diárias. **Resultados:** Houve prevenção de complicações, readaptação do paciente no contexto familiar e social e melhora da qualidade de vida. Foram consideradas as capacidades, motivações e necessidades dos pacientes. O sucesso da reabilitação depende das sessões de terapia e do que acontece ao paciente durante as horas do dia, entre as sessões. A reabilitação precoce define prognóstico melhor, quando realizado no início. **Conclusão:** Esta análise de resultados induz outros estudos sobre os efeitos da intervenção precoce, com métodos diferenciados de tratamento, no desenvolvimento neuropsicomotor como conduta fundamental para a solidificação do suporte não farmacológico, em fase inicial da doença, durante a internação domiciliar.

Palavras-chave: Estimulação precoce. Internação domiciliar. Acidente vascular cerebral.

Avaliação da percepção da sobrecarga funcional em cuidadores de doentes internados em domicílio

Autores: Sá EC, Toniolli TR, Lopes AS, Araujo FZ, Sa SLC, Ferreira AM.

Instituição: Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal.

E-mail: thatatoniolli@gmail.com

Introdução: A qualidade dos cuidados dos pacientes internados em domicílio está relacionada à percepção da qualidade de vida do cuidador. A sobrecarga impacta nos cuidados, como indicador psicológico, desestabilizando emocionalmente o cuidador. Alterações nas rotinas, demandas e expectativas de resultados aumentam a percepção de sobrecarga. Recursos para exercer o cuidado e condições de enfrentamento quanto às demandas aumentam ou diminuem a noção de sobrecarga. **Objetivos:** Avaliar a percepção de sobrecarga, demandas de cuidados, estratégias de enfrentamento e depressão, minimizando impactos negativos nos cuidados. **Métodos:** Estudo descritivo realizado pelo Núcleo Regional de Assistência Multidisciplinar de Samambaia/DF, com uma amostra de 21 cuidadores de pacientes em internação domiciliar, incluídos cuidadores de 50 anos ou mais, a maioria mulheres, com idade média de 56 anos, utilizando um protocolo de sobrecarga percebida de Zarit Burden Interview (ZBI), composta de 22 itens, com 5 pontos cada um (0 = nunca a 4 = sempre), variando de 0 a 88 pontos, descrevendo o nível de sobrecarga (quanto maior o escore, maior a sobrecarga percebida). Após a entrevista, o cuidador recebeu um informativo com orientações de cuidados com o paciente, elaborado pela equipe, em agradecimento à participação. **Resultados:** A sobrecarga percebida identificada pela ZBI apresentou uma média de 27,3 pontos, oscilando de 3 a 80 pontos. Pontuações entre 23 e 33 e pontuações maiores que 34 foram descritas, respectivamente, como sobrecarga moderada e alta. **Conclusão:** A anteposição das demandas do cuidador, as exigências e o estresse gerado pelo cuidar expõem o cuidador à condição de vulnerabilidade com relação à saúde no aspecto biopsicossocial. Políticas públicas deverão estar preparadas para o enfrentamento dessa condição ascendente.

Palavras-chave: Sobrecarga percebida. Cuidador. Atenção domiciliar. Estresse ocupacional. Zarit Burden Interview (ZBI).

Hipodermóclise: método seguro?

Autores: Tonolli DM, Marrochi LCR, Camargo SN, Azevedo CDAS.

Instituição: Saúde Care.

E-mail: dmttonolli@gmail.com

Introdução: Hipodermóclise é um método seguro e com risco diminuído de infecção para administração de medicamentos. Nos pacientes em assistência domiciliar, é uma ferramenta alternativa por causa do baixo custo e vantagens como: fácil inserção e manutenção do cateter, complicações locais raras e baixo risco de efeitos adversos. As complicações ocorrem caso não seja adotada a técnica correta de punção, diluição das medicações e velocidade de infusão. **Objetivo:** Avaliar a segurança e as complicações da hipodermóclise em um serviço de homecare. **Métodos:** Estudo observacional e retrospectivo de janeiro a julho 2019, por meio da análise de prontuários eletrônicos dos pacientes em uso de hipodermóclise. As variáveis avaliadas foram: indicações, tempo de permanência, causa, medicações aplicadas e complicações. **Resultado:** Total de 12 casos de hipodermóclise, com idade entre 48 a 95 anos. Causas: 6 casos (50%) com infecção do trato urinário, 1 com desidratação (8,33%) e 5 com pneumonia bacteriana (41,66%). **Motivos:** 3 casos de recusa IM/EV (25%), 1 de desnutrição grave com recusa oral (8,33%) e 8 de desnutrição grave sem possibilidade de acesso venoso periférico (66,66%). **Medicações:** antibióticos e cristaloides, sendo 1 caso (8,33%) de carbapenêmicos, 1 (8,33%) de cefalosporina de 4ª geração, 9 (75%) de cefalosporina de 3ª geração e 1 (8,33%) de cristalóide (0,9%). **Complicações:** 1 caso de edema com hiperemia (8,33%) e 1 de hematoma (8,33%). **Tempo médio de hipodermóclise foram 6,75 dias.** **Conclusões:** A hipodermóclise, neste estudo observacional, demonstrou segurança e efetividade na administração de drogas em pacientes domiciliar. Os cuidados paliativos preconizam o bem-estar, livre de medidas invasivas que não agreguem qualidade de vida ao paciente. Apesar de pouco difundida na atenção domiciliar, os casos utilizados mostraram baixa taxa complicação (16,66%), validando essa técnica nos diversos tratamentos.

Palavras-chave: Hipodermóclise. Homecare. Complicações.

A coleta de resíduos contaminados no Serviço de Atenção Domiciliar no Sul do Brasil

Autores: Ferreira SDSL, Dias MD, Caldas JD, Quadros MF, Iliadis MP.
Instituição: Hospital-Escola Universidade Federal de Pelotas.
E-mail: sara-deise@hotmail.com

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) estabelece regras sobre o gerenciamento do lixo hospitalar, incluindo acondicionamento, transporte e tratamento desse material. A partir daí, busca-se oferecer menores riscos a quem possa ter contato com esses resíduos. A atenção domiciliar do Hospital-Escola da Universidade Federal de Pelotas conta com o serviço de recolhimento de resíduos contaminados, já que, sem a dispensação correta, esse material oferece riscos à saúde humana e ao meio ambiente. O trabalho se dá de forma organizada e dinamizada e é realizado por uma equipe única com carro específico para transportar os resíduos. Para isso, o levantamento dos pacientes que necessitam da coleta é feito pelas equipes de assistência, que, durante os atendimentos, oferece a importante orientação quanto aos cuidados do manuseio e ao descarte correto dos resíduos, conscientizando os usuários da importância da ação e aproveitando o espaço para fazer educação em saúde. A coleta é responsabilidade de um profissional da enfermagem, o qual, com o motorista, planeja as melhores rotas possíveis, contemplando a totalidade de demandas e reduzindo o tempo/combustível gastos. Após, o material é acondicionado em local apropriado e aguarda a empresa coletora que o descarta da forma correta. As ações têm contribuído para reduzir o dano ambiental causado pelo descarte indevido do lixo contaminado, visto que, mesmo após a alta do programa, o paciente recebe a orientação de prosseguir com o descarte na atenção básica, e não no lixo comum. Diante disso, o serviço se mostra eficiente e cumpre com as normas e diretrizes propostas pela Anvisa e pelo Ministério do Meio Ambiente, alcançando, assim, um dos seus propósitos, o de produzir saúde.

Palavras-chave: Resíduos. Assistência domiciliar. Descarte.

Tratamento restaurador atraumático (ART) em paciente portadora de esclerose lateral amiotrófica assistida no Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) do município de Praia Grande/SP: experiência de serviço

Autores: Mendes JMR, Reis JK, Fonseca FTA, Oliveira RRB.
Instituição: Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Praia Grande.
E-mail: renanrbo@gmail.com

O Programa Melhor em Casa é um serviço indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do domicílio para ir até uma unidade de saúde. É caracterizado por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado com a Rede de Atenção à Saúde. A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa, acometendo normalmente o primeiro e o segundo neurônios motores. O predominante é a fraqueza progressiva, acometendo o sistema respiratório. A importância ética e o planejamento familiar nas condutas odontológicas em domicílio, consultas e procedimentos de intervenção, principalmente relacionadas às responsabilidades de atividades profissionais e concordância multiprofissional, visam ao sucesso proposto. Objetivo: Relatar um caso de paciente, crítica, admitida pelo SAD, em tratamento restaurador atraumático (ART). Metodologia: Após assinar o TCLE, em seu domicílio houve avaliação especializada e procedimentos odontológicos, inéditos no SAD da Estância Balneária de Praia Grande (EBPG). Resultado: No exame clínico, foi observada necessidade de restauração do dente 14 e raspagem sub/supragengival em sextante anterior inferior. Conclusão: Foi realizado o tratamento restaurador atraumático na lesão de cárie ativa na distal do dente 14, e o material de escolha foi o cimento de ionômero de vidro, por conta das suas propriedades físicas; posteriormente, será realizada a raspagem sub/supragengival. Procedimentos odontológicos curativos e preventivos, principalmente em pacientes acamados/domiciliados, trazem a melhoria e a prevenção de futuras afecções nas vias aéreas, proporcionando qualidade devida aos pacientes domiciliados/acamados. Para que isso ocorra com mais frequência, há a necessidade de um cirurgião-dentista na equipe do SAD/EBPG.

Palavras-chave: Atendimento domiciliar. Atendimento odontológico. Tratamento restaurador atraumático.

Roda de conversa com pacientes em oxigenoterapia do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) do município da Estância Balneária de Praia Grande: experiência de serviço

Autores: Dias JP, Santos LS, Estácio TC, Nóbrega TM, Melo TVC, Oliveira RRB.
Instituição: Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Praia Grande.
E-mail: renanrbo@gmail.com

Introdução: Em agosto de 2011, o Ministério da Saúde criou o Programa Melhor em Casa, caracterizado como um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação no âmbito domiciliar, com caráter contínuo e integrado às redes de atenção à saúde. Em intervenção coletiva, a roda de conversa é nova, sendo desenvolvida em diversos contextos, pois, nela, falas, expressões e modos de vida podem ser compreendidos. O atendimento em grupo não é apenas prescrever receitas e condutas, mas refletir sobre os desafios e as práticas sociais, bem como aproximar as pessoas a fim de compartilhar saberes e práticas, percebendo que não estão sozinhas diante de determinados problemas. **Objetivo:** Realizar uma ação de educação em saúde em pacientes do SAD da Estância Balneária de Praia Grande (EBPG). **Metodologia:** Roda de conversa, previamente pactuada com os envolvidos e seus cuidadores, após assinatura do TCLE. Os participantes ficaram sentados em círculo para compartilhar experiências de vida e superar “tabus” sobre oxigenoterapia. **Relato de experiência,** documental, planejado e executado pelo residente e preceptores de fisioterapia do PRMSFC de Praia Grande/SP. Durante a ação, foi feita uma dinâmica de perguntas e respostas referentes a seus diagnósticos, além de discussões sobre os benefícios/desafios/usufruto da oxigenoterapia e exercícios respiratórios. Ao final, foram convidados a responder a um questionário qualitativo e depoimento pessoal. **Resultados:** 50% dos presentes classificaram o momento como bom; 33%, excelente; e 17%, ótimo. Também foram positivos os relatos individuais. **Conclusão:** A ação colocou em prática o recurso da roda de conversa, valorizou o conhecimento transmitido por meio da educação em saúde e contribuiu para o autocuidado e aproximação dos usuários para troca de experiências/questionamentos e discussões construtivas.

Palavras-chave: Melhor em Casa. Roda de conversa. Oxigenoterapia. Fisioterapia domiciliar.

Perfil dos pacientes em pós-operatório de coluna atendidos em domicílio

Autores: Vasconcellos IRR, Araújo CM, Oliveira LAMD, Simões VP.
Instituição: Instituto Nacional de Traumatologia Jamil Haddad.
E-mail: ilmeiredevasconcellos@gmail.com

Introdução: Pacientes em pós-operatório de coluna podem apresentar alterações que demandam maior atenção e cuidado da equipe Adomi/Into. Muitos deles apresentam lesões permanentes, como paraplegia ou tetraplegia, necessitando de orientações para a adaptação à nova condição de vida. Além disso, a maioria desses pacientes necessita da articulação com a rede de saúde pós-alta para continuidade da assistência. **Objetivos:** Traçar perfil sociodemográfico dos pacientes em pós-operatório de coluna atendidos pela Adomi/Into para maior adequação da assistência prestada. **Metodologia:** Pesquisa descritiva-transversal, abordagem quantitativa, com dados referentes aos pacientes atendidos em 2018, coletados no sistema on-line de cadastro do Into. **Resultados:** Predominaram pacientes do sexo masculino (88,89%), de idade entre 15 e 54 anos (55,56%), cor/raça branca (44,44%), com grau de instrução fundamental incompleto (44,45%), solteiros (66,67%) e residentes na área programática 5.2 (33,33%). A maioria dos pacientes recebeu entre 4 a 10 atendimentos domiciliares (64,7%) e teve alta do serviço sem deambular (61,11%). Dos pacientes que receberam alta entre 4 e 10 atendimentos, a maioria era “deambular domiciliar” (54,54%), e a maioria dos “não deambuladores” necessitou de 10 ou mais atendimentos. **Conclusões:** Os homens, em geral, têm menor adesão aos tratamentos e acompanhamentos de saúde. Aliado à baixa escolaridade, um grupo de pacientes com esse perfil pode necessitar de maior tempo de atendimento domiciliar para atingir o autocuidado esperado. Além disso, residem em local com menor oferta de serviços de saúde, dificultando a continuidade do cuidado após alta da Adomi, necessitando, em muitos casos, postergar essa alta. Conhecer o perfil sociodemográfico desses pacientes contribui para o planejamento e a adequação da assistência à saúde prestada pela Adomi/Into.

Palavras-chave: Domicílio. Perfil. Ortopedia.

Perfil de saúde bucal de pacientes assistidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no município da Estância Balneária de Praia Grande/SP, odontólogo residente na equipe multidisciplinar em atuação: experiência de serviço

Autores: Chaves CF, Fonseca FTA, Oliveira RRB.

Instituição: Prefeitura Municipal da Estância Balneária de Praia Grande.

E-mail: renanrbo@gmail.com

Introdução: A saúde da família possui setores de apoio, entre os quais a AD, que assiste pacientes em situação de dependência funcional, o que exige respeito ético e condutas odontológicas domiciliares, consultas, atividades profissionais e concordâncias entre equipes. Apesar da importância da saúde oral, pouco se fala e estuda a respeito. **Objetivo:** Demonstrar a necessidade e o papel do cirurgião-dentista em programas de promoção ao cuidado de paciente críticos nas modalidades AD2 e AD3 do SAD, da Estância Balneária de Praia Grande (EBPG). **Metodologia:** Exames clínicos nos pacientes observando as condições de higiene oral, pontuando as seguintes alterações: gengivais; presença de placa dental/biofilme; saburra; cárie; halitose; secreção/crosta; dieta; alterações de tecido; fatores de retenção. Tais alterações foram pontuadas em “sim” ou “não”. **Resultados:** A amostra coletada demonstra o perfil da saúde bucal dos pacientes do SAD. Examinados 25% dos pacientes do serviço, a maioria tinha higiene oral prejudicada e não tinha boas condições de saúde bucal; 42% possuíam doença periodontal, e 21,4%, doença periodontal. A amostra foi composta de 11% de crianças, 42,9% de adultos e 47% de idosos. Também demonstra que a higienização realizada por pacientes (21%) e/ou cuidadores (79%) não estava sendo eficiente. **Considerações finais:** A intervenção odontológica contribui significativamente para melhora sistêmica dos pacientes, solidificando a necessidade de atenção à saúde bucal neles. Ao refletirmos sobre todos os fatos apresentados no decorrer desta pesquisa, percebemos o quão benéfico é a presença do cirurgião-dentista dentro das equipes multiprofissionais de saúde. Nas VDs, foi possível observarmos uma porcentagem grande de pacientes críticos que não tinham/não sabiam realizar a higiene oral corretamente.

Palavras-chave: Atenção básica. Saúde bucal. Atenção domiciliar. Odontólogo domiciliar.

Metas estabelecidas por profissionais da área da saúde para criação de indicadores da nutrição enteral no domicílio

Autores: Santos EF, Dziedzic DD, Pinheiro PARG, Bittencourt DCD, Kopruszynski CP, Schieferdecker MEM.

Instituição: Universidade Federal do Paraná (UFPR).

E-mail: emilainefsts@gmail.com

Na prática o processo de cuidado do paciente em domicílio exige uma sistematização com o auxílio de protocolos e indicadores que demonstrem a efetividade da assistência. Diante disso, quando há a presença da terapia nutrição enteral domiciliar (TNED), deve haver monitoramento sistemático por causa de sua complexidade. Portanto, o objetivo deste trabalho é elencar metas para criação de indicadores de manejo da TNED. O estudo caracterizou-se de corte transversal, com profissionais médicos, enfermeiros e nutricionistas do Programa Melhor em Casa da Prefeitura de Curitiba no ano de 2019, os quais foram questionados a respeito do percentual para estabelecer as metas dos indicadores do manejo da nutrição enteral (NE) na prática assistencial. A amostra foi constituída por seis profissionais, sendo dois nutricionistas, dois médicos e dois enfermeiros. Ao serem questionados sobre a orientação do manejo da NE para cuidador e paciente, todos os profissionais indicaram que a meta deveria ser de 100% dos atendimentos no serviço. Quando interrogados sobre o percentual de usuários que devem receber visitas periódicas no domicílio, quatro responderam que a meta para o protocolo da equipe deveria ser de 70 a 80% dos atendimentos, enquanto dois indicaram que deveria ser de 90 a 100% dos atendimentos. Dessa forma, foram estabelecidas as metas de manejo e periodicidade de visitas para os indicadores de atendimento ao cuidado do paciente em domicílio.

Palavras-chave: Assistência domiciliar. Nutrição enteral. Multiprofissional.

Desospitalização na Bahia: avaliação do Programa Desospitaliza no Hospital Geral Clériston Andrade

Autor: Oliveira CSC.

Instituição: Hospital Geral Clériston Andrade.

E-mail: carinauefs@gmail.com

Introdução: Na Bahia, a atenção domiciliar surge como proposta de atenção à saúde desde 2008 por meio da Portaria Estadual nº 1.669/2008. Em 2011, ocorreu a implantação do Serviço de Atenção Domiciliar no âmbito do SUS pelo Ministério da Saúde, por intermédio da Portaria MS/GM nº 2.527/2011, e, em 2013, o SAD Estadual se adequou às normas do Ministério da Saúde mediante a Portaria MS/GM nº 963/2013. Em abril de 2018, o estado passou a assumir o serviço com o Programa Desospitaliza, antes operacionalizado pela Fundação Estadual de Saúde da Família. **Objetivo:** Avaliar o Programa Desospitaliza no Hospital Geral Clériston Andrade. **Metodologia:** Trata-se de um relatório produzido por assistentes sociais com o objetivo de avaliar o programa de desospitalização proposto pelo Governo do Estado da Bahia no hospital. A princípio foram utilizados os dados do sistema de atenção domiciliar do estado e das informações fornecidas pela entrevista social. **Resultados:** Foram analisadas 320 solicitações de inclusão entre o mês de maio de 2018 e maio de 2019. A partir da análise dos dados oriundos do sistema SAD, pode-se observar os motivos pelos quais os pacientes não foram inseridos, quais sejam: pendência clínica (38,33%), fora do perfil (28,33%), óbitos (6,66%), paciente sem cuidador (6,66%), difícil acesso ao domicílio (5%), município sem cobertura SAD estadual (3,33%), recusa da família (3,33%), desinteresse da família (1,66%), periculosidade no bairro do paciente (1,66%), outros (5%). **Conclusão:** Levando-se em consideração os critérios de elegibilidade do programa, observa-se que 73,33% das negativas foram referentes à circunstância relacionadas diretamente ao paciente, 10% eram relacionadas a condições do domicílio e 11,66% eram ligadas a características familiares.

Palavras-chave: Atenção domiciliar. Desospitalização. HGCA. Programa Desospitaliza.

A minha gaveta agora guarda as fraldas do meu marido: as mudanças na vida da(o) cuidadora(or) na atenção domiciliar

Autor: Oliveira CSC.

Instituição: Hospital Geral Clériston Andrade.

E-mail: carinauefs@gmail.com

Introdução: A atenção domiciliar pressupõe ações de promoção à saúde, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças, desenvolvidas no domicílio para quem necessita de atendimento de maneira temporária ou definitiva. A assistência pode ser caracterizada por internação ou atendimento domiciliar. Para ser aceito, o paciente precisa indicar um cuidador, o qual poderá ser um familiar, um amigo ou até um profissional designado para o cuidado. Muitos pacientes têm aderido ao programa, e isso tem mudado tanto o modelo de atenção à saúde como também a rotina dos cuidadores. **Objetivo:** Destacar a mudança na rotina dos cuidadores diante da adesão ao Programa de Atenção Domiciliar. **Metodologia:** O estudo qualitativo fundamentou-se em um estudo de caso realizado pelo Núcleo de Atenção Domiciliar do hospital, a partir dos relatos dos cuidadores após a adesão ao Programa. Os dados foram coletados no mês de julho de 2019. **Resultados:** O estudo foi realizado a partir dos relatos dos cuidadores. No momento da entrevista social, estes relataram insegurança e preocupação para cuidar dos pacientes no domicílio, além de referirem um impacto na mudança da rotina. **Conclusão:** O Programa tem apresentado resultados exitosos para os pacientes, evitando hospitalizações desnecessárias, reduzindo o risco de infecções e ampliando a atenção à saúde. Além disso, melhora a gestão dos leitos no hospital e o uso dos recursos, bem como diminui a superlotação de serviços de urgência e emergência. Todavia, é necessário divulgar o Programa a fim de que todos conheçam suas condicionalidades, sobretudo para que pacientes/familiares/cuidadores se sintam seguros no momento da adesão, além de propiciar um olhar sensível para o cuidador.

Palavra-chave: Cuidadora(or). Atenção domiciliar. Rotina.

Perfil do paciente em uso de via alternativa de alimentação do Serviço de Atenção Domiciliar do município de Indaiatuba

Autores: Takase EM, Fernandes MKS, Maschietto MBM, Moller FR, Garcia LSS.
Instituição: Prefeitura Municipal de Indaiatuba.
E-mail: erikinha_may@yahoo.com.br

Introdução: O Sadin, implantado em 2014 no município de Indaiatuba, visa ao atendimento humanizado de pacientes em sua residência por meio de equipe multidisciplinar, caracterizada por ações de promoção à saúde, tratamento e reabilitação. A depender das condições clínicas, alguns pacientes podem apresentar limitações para ingestão oral de alimentos, necessitando fazer uso de via alternativa de alimentação que garanta seu aporte nutricional adequado. **Objetivo:** Caracterizar a população em uso de via alternativa de alimentação do Sadin. **Metodologia:** O estudo quantitativo fundamentou-se no levantamento de dados de 22 prontuários correspondentes aos pacientes em uso de via alternativa de alimentação no mês de agosto de 2019. **Resultados:** 50% dos pacientes eram do sexo feminino, 50% eram do sexo masculino, 18,18% possuíam idades entre 30 e 50 anos, 36,36%, entre 51 e 70 anos, e 45,46%, entre 71 e 95 anos; 63,6% utilizavam apenas sonda nasoenteral, 27,2% usavam apenas gastrostomia e 9,2% já utilizaram sonda nasoenteral, estando atualmente com a gastrostomia. Entre esses pacientes, 27,2% apresentaram quadro de desnutrição, e 36,3%, pneumonia broncoaspirativa anterior ao uso da via alternativa; 72,72% tiveram hipóteses diagnósticas de doenças neurológicas, 13,63% sofreram traumatismos cranioencefálicos e 13,65% apresentaram outros diagnósticos (oncológicos, respiratórios etc.). **Conclusão:** Os resultados apresentados sugerem que a utilização da via alternativa de alimentação dos pacientes do Sadin era maior em pacientes acima de 71 anos. Entre todos os estudados, a maioria fazia uso da sonda nasoenteral e possuíam o diagnóstico de doenças neurológicas, tais como Alzheimer, doença de Parkinson e AVC. Os quadros de desnutrição e pneumonia broncoaspirativa não ocorreram na maioria dos pacientes avaliados nesse período e não houve diferença com relação ao gênero, sendo idêntico o número de homens e mulheres que necessitavam da via alternativa de alimentação.

Palavras-chave: Alimentação. Domiciliar. Via alternativa. Indaiatuba. Sadin.

Tempo de terapia nutricional enteral e acompanhamento da nutrição em paciente onco geriátricos atendidos em domicílio

Autores: Santos EF, Dzedicz DD, Zago RCC, Pinheiro PARG, Kopruszynski CP, Schieferdecker MEM.
Instituição: Universidade Federal do Paraná (UFPR).
E-mail: emilainefsts@gmail.com

A terapia nutricional enteral domiciliar (TNED) é uma forma de continuidade do cuidado no conforto do lar, proporcionando melhora na qualidade de vida e na resposta ao tratamento, desde que o paciente esteja clinicamente estável e devidamente assistido. O objetivo foi identificar o tempo de terapia nutricional enteral e o número de visitas aos pacientes onco geriátricos. Estudo de caráter descritivo, transversal e retrospectivo. Os dados são de usuários onco geriátricos acompanhados pelo Programa de Atenção Nutricional às Pessoas com Necessidades Especiais de Alimentação (PAN), da Prefeitura de Curitiba, no período de 2006 a 2015. A amostra foi constituída por 219 pacientes, sendo em sua maioria do sexo masculino (64,8%, n = 142). A idade média foi de 71 ± 8,45 anos. Predominou-se o câncer de cabeça e de pescoço (36,6%, n = 81), seguido de câncer de esôfago (33,4%, n = 73). A mediana do tempo de TNED foi de 108 (1-2346) dias; já o acompanhamento nutricional foi de 2 (0-22) visitas. O tempo de TNED indica a cronicidade do quadro dos pacientes, recomendando menor periodicidade do número de visitas. Porém, não existe recomendação sólida sobre o número de visitas a esses pacientes, sendo necessários outros estudos para subsidiar a prática profissional e o acompanhamento sistemático a esses pacientes.

Palavras-chave: Nutrição enteral. Idosos. Oncologia. Assistência domiciliar.

O impacto das orientações prestadas aos cuidadores na assistência domiciliar

Autores: Ferreira SDSL, Schmitz R, Viegas AC, Farias CR, Martins SB, Sueiro WG.

Instituição: Hospital-Escola Universidade Federal de Pelotas.

E-mail: sara-deise@hotmail.com

Introdução: Na atenção domiciliar, faz-se necessária a presença de um cuidador para a continuidade da assistência ao paciente. Nesse contexto, identificam-se cuidadores com diferentes perfis e graus de instrução, exigindo da equipe multiprofissional capacidade para orientá-los adequadamente quanto aos cuidados que devem ser prestados. Incluem-se nessas orientações: cuidados com a higiene, manejo para a realização de curativos, administração adequada de medicamentos, posicionamento, entre outras. **Objetivo:** Descrever os resultados observados durante a atuação de uma equipe multiprofissional de atenção domiciliar do Programa Melhor em Casa de um hospital público de um município do Rio Grande do Sul perante as orientações prestadas aos cuidadores no período de internação dos pacientes. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência dos profissionais a respeito dos benefícios obtidos a partir das orientações e dos esclarecimentos oferecidos aos cuidadores, referentes ao processo de cuidado. **Resultados:** Observou-se que, conforme a equipe realiza o acompanhamento domiciliar, os cuidadores tornam-se mais aptos e corresponsáveis pelos cuidados, demonstram maior segurança, autonomia, capacidade crítica para avaliar situações clínicas e de tomada de decisões e, ainda, adquirem maior habilidade com gestos técnicos. **Conclusões:** Apesar de inicialmente muitos dos cuidadores não possuírem afinidade com as técnicas necessárias aos cuidados, percebeu-se que, a partir das orientações prestadas a eles, ocorreu uma melhora significativa do manejo com os pacientes, possibilitando uma maior eficácia para atingir os planos de cuidados.

Palavras-chave: Assistência domiciliar. Cuidadores. Orientação.

Gestão do cuidado na atenção domiciliar: ferramenta para avaliação da complexidade assistencial

Autores: Campos TA, Lazzarin TM, Rossetto V, Revers AFL.

Instituição: Programa de Atendimento Residencial (PAR).

E-mail: tcamposzto@hotmail.com

Introdução: O avanço da atenção domiciliar (AD) provoca o desenvolvimento de técnicas que instrumentalizem os serviços para o atendimento de saúde nessa conformação. Primeiramente, para organização da oferta de serviços pela AD, deve-se classificar os usuários entre AD1, AD2 e AD3. Assim, o Programa de Atendimento Residencial (PAR), que consiste em um elo entre os serviços da atenção primária à saúde (APS) e os serviços especializados, como o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), elaborou algumas ferramentas, entre as quais a Ficha para Avaliação da Complexidade Assistencial, para auxiliar os profissionais no processo de trabalho, categorizando a modalidade dos pacientes e, assim, definindo, entre outros, a periodicidade da visita. **Objetivo:** Classificar os pacientes de AD de acordo com a complexidade assistencial para organizar o processo de trabalho e do cuidado. **Metodologia:** A ficha contempla dados para identificação do paciente, patologias, medicamentos em uso, dispositivos, condição clínica, projeto terapêutico singular (PTS) e previsão de insumos. **Resultados:** A referida ficha foi padronizada e disponibilizada para a APS. Assim, o médico e o enfermeiro podem utilizá-la para estratificar todos os pacientes que demandam de AD, possibilitando a programação das visitas domiciliares (VD), a elaboração do PTS e a previsão de materiais, com base na complexidade assistencial. **Conclusão:** Infere-se que essa ferramenta tem contribuído para a organização do cuidado e do processo de trabalho dos profissionais envolvidos no AD, sendo útil e apropriada à rotina das equipes da APS envolvidas com a AD, possibilitando melhoria na organização do serviço e na qualidade do cuidado. Considera-se ainda que o monitoramento e a avaliação contínua dessa ferramenta sejam indispensáveis para seu aprimoramento na prática da AD.

Palavras-chave: Complexidade assistencial. Atenção domiciliar. Visita domiciliar. Projeto terapêutico singular.

Equipe e paciente: pactuando com o cuidado domiciliar na avaliação de elegibilidade

Autores: Campos TA, Rossetto V, Revers AFL.

Instituição: Programa de Assistência e Internação Domiciliar (Paid).

E-mail: tcamposzto@hotmail.com

Introdução: A conformação do cuidado ofertado pelos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) ainda é desconhecida por grande parcela da população brasileira, entretanto os atendimentos nessa modalidade aumentam progressivamente em decorrência dos avanços nas tecnologias de saúde e do conseqüente crescimento da demanda de cuidados profissionais continuados e qualificados no domicílio. **Objetivo:** Destacar informações relevantes, para o paciente/cuidador/família, sobre o atendimento do SAD, na avaliação de elegibilidade, que podem interferir no processo de cuidado. **Metodologia:** O informativo de elegibilidade é composto de informações que contemplam: termo de responsabilidade, visitas da equipe, prontuário domiciliar, fluxo para acionamento da equipe, ambiente domiciliar, transporte, renovação de receitas, serviços e materiais fornecidos e condições para alta. **Resultados:** Verificou-se que a utilização do instrumento facilita o consenso entre a equipe e o paciente/cuidador/família no que se refere ao cuidado que será compartilhado e, assim, evita divergências durante o acompanhamento. **Conclusão:** O desenvolvimento do cuidado domiciliar implica o envolvimento do paciente e seu cuidador, visto que este se insere como executor dos cuidados diários e como observador constante do estado de saúde. Considerando que o momento da avaliação da elegibilidade se configura como o primeiro contato da equipe com o paciente, é fundamental que seja utilizado como oportunidade para consensualizar as próximas etapas do atendimento domiciliar.

Palavras-chave: Serviços de Atenção Domiciliar. Protocolos. Cuidado transicional.

O apoio à desospitalização: estratégias para o fortalecimento do Programa Melhor em Casa em uma Emad hospitalar

Autores: Santos DA, Silveira LGC.

Instituição: Hospital Municipal Alípio Correa Neto.

E-mail: danisan007@ig.com.br

Introdução: O Brasil passa por rápidas mudanças no perfil populacional, e essas transições demográficas, epidemiológicas e sociais trazem impactos nos modelos atuais de assistência. Nesse contexto, a atenção domiciliar no SUS encontra-se em pleno processo de expansão como uma alternativa à assistência hospitalar e ao modelo hospitalocêntrico, oferecendo ações de prevenção, tratamento e cuidados paliativos, realizadas em domicílio como continuidade às ações oferecidas no hospital. **Objetivo:** Relatar experiência exitosa oferecida aos profissionais de saúde de um hospital terciário, visando à maior compreensão do processo de desospitalização por intermédio do Programa Melhor em Casa e adequação ao processo de trabalho nessa modalidade de assistência. As ações desenvolvidas foram: aplicação de questionários entre os profissionais de saúde do hospital para analisar o nível de compreensão deles em relação ao funcionamento do Programa Melhor em Casa; apresentação de palestras e treinamentos para os médicos residentes do hospital, utilizando como referencial os Cadernos de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde, voltados para os pressupostos da atenção domiciliar, perfil de elegibilidade e papel dos cuidadores; pactuações intersetoriais e criação de grupidades com os equipamentos do território, a fim de evitar internações desnecessárias de pacientes atendidos no pronto-socorro e contribuir para o atendimento humanizado. **Conclusão:** As ações mostraram-se relevantes, pois se notou que muitos profissionais da equipe de saúde hospitalar não possuíam familiaridade em relação aos modelos de atendimento domiciliar e suas especificidades. Demonstrou-se a importância de educação permanente, a fim de aumentar as desospitalizações. Ocorreu maior interação entre a equipe de saúde do hospital, Emad hospitalar e território, bem como aumento significativo dos encaminhamentos por causa de maior compreensão do funcionamento do PMC e melhoria da comunicação entre os profissionais médicos.

Palavras-chave: Assistência domiciliar. Treinamentos. Desospitalização. Educação permanente.

Uso de cobertura de poliuretano impregnada com prata e silicone para tratamento de queimaduras solares de membros inferiores de um paciente diabético e hipertenso em atendimento domiciliar

Autor: Paixão ARD.

Instituição: Vidas Home Care.

E-mail: angel.gells@yahoo.com.br

Introdução: A atenção domiciliar é uma forma de atenção à saúde, oferecida na residência do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde. Queimaduras são lesões traumáticas que agredem o tecido de revestimento do corpo humano, determinando destruição total ou parcial da pele, podendo atingir camadas profundas. Para que a cicatrização de feridas seja um sucesso, é fundamental que ocorra uma perfeita e coordenada cascata de eventos celulares, moleculares e bioquímicos que interagem para que ocorra reconstituição tecidual. O diabetes mellitus é considerado fator de risco para queimaduras. **Objetivo:** Analisar a utilização de cobertura impregnada com prata e a liberação de forma sustentada associada ao silicone, referenciando o tratamento adequado e os cuidados prestados a um paciente queimado, em um serviço de home care, por meio de um protocolo institucional. **Metodologia:** Realizado estudo de caso por meio de análise da conduta adotada em um paciente do programa de internação domiciliar atendido pela equipe multiprofissional da Vidas Home Care/SP. **Conclusão:** O caso mostrou resultados satisfatórios na conduta e aplicação da cobertura, não havendo intercorrências durante as trocas. Diante disso, ressalta-se a importância de um protocolo seguro e a utilização adequada nas trocas dos curativos, identificando-se os riscos ao paciente, objetivando a qualidade no atendimento ao paciente vítima de queimadura em atendimento domiciliar.

Palavras-chave: Home care. Protocolos. Lesão. Cobertura. Estomaterapia.

Doença de Huntington na Amazônia Ocidental: um relato de caso na atenção domiciliar

Autores: Melo MAL, Xavier JN, França AK, Cedaro JJ, Pereira EGB, Canizares VSA.

Instituição: Universidade Federal de Rondônia.

E-mail: al.marcos.andre@gmail.com

Introdução: A doença de Huntington (DH) é uma patologia neurodegenerativa rara de caráter autosômico dominante. Nesse sentido, pacientes acometidos por essa alteração genética apresentam importantes implicações neurológicas e psiquiátricas que afetam sua capacidade de autocuidado, bem como a realização de atividades diárias, fato que resulta na necessidade contínua de atenção diante do desenvolvimento sintomológico gradual e incapacitante da doença. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente portadora de DH, acompanhada pelo Laboratório de Genética Humana (LGH) da Universidade Federal de Rondônia, em cuidados domiciliares. **Metodologia:** Estudo prospectivo, descritivo, de abordagem qualitativa do tipo relato de caso. Os dados foram obtidos por meio de visitas domiciliares entre fevereiro e julho de 2019. **Resultados:** J.M.S., 38 anos, sexo feminino, divorciada, ensino fundamental incompleto, mãe de três filhos, aposentada por invalidez, diagnosticada com DH desde os 33 anos, completamente dependente para a realização das atividades diárias. Durante as visitas domiciliares, verificou-se a apresentação de disfagia, dislalia, disartria, coreia, desorientação quanto ao tempo e espaço, incontinência fecal e vesical, caquexia com sarcopenia severa e precária higienização corporal. Em aplicação da Unified Huntington's Disease Rating Scale (UHDRS) para avaliação funcional, observaram-se: incapacidade na execução de tarefas motoras finas, distonia acentuada, marcha prejudicada e instabilidade postural. Além disso, constatou-se acometimento da DH em mais quatro membros do seu núcleo familiar, todos em elevado risco e vulnerabilidade social, tendo somente um cuidador para todos pacientes. **Conclusão:** Percebe-se a inexistência de cuidados efetivos pelo cuidador eleito, o patriarca, sendo necessária, portanto, a adequação no manejo realizado ou a eleição de um outro, visando à realização de um projeto terapêutico singular (PTS) para coordenação de cuidados domiciliares.

Palavras-chave: Doença neurodegenerativa. Doença de Huntington. Cuidado domiciliar.

Alimentação por cateter e suas interfaces com a dependência de idosos em atenção domiciliar

Autores: Pereira JA, Souza ID, Bazílio J, Figueira MCS, Silva EM.

Instituição: Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

E-mail: jessica.aquino@gmail.com

Introdução: Os procedimentos especiais realizados em domicílio pelos cuidadores familiares, tais como administração de dieta enteral, além de apresentarem relação com a dependência do idoso, comprometem o orçamento familiar, sobrecarregam o cuidador e repercutem de modo negativo tanto fisicamente quanto psicologicamente nele. Mas a terapia nutricional enteral domiciliar contribui para a alimentação adequada e saudável, quando a alimentação por via oral não é mais possível. **Objetivo:** Comparar a variável alimentação por cateter nasoenteral e suas interfaces com a dependência dos idosos, bem como idade e tempo de dependência. **Metodologia:** Estudo transversal e quantitativo, realizado entre setembro de 2017 e janeiro de 2018, com 88 cuidadores familiares de idosos assistidos nos Serviços de Atenção Domiciliar públicos do município de Campinas/SP. Foram utilizados instrumentos acerca da dependência para as atividades instrumentais (Lawton-Brody) e as básicas (Barthel), além de fatores socioeconômicos, demográficos e clínicos. A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética. **Resultados:** Análises demonstraram que 77,3 e 76,1% dos idosos possuíam dependência total para as atividades instrumentais e básicas, respectivamente. Ao realizar os testes de comparações, foi constatado que há evidências estatísticas de que o idoso que faz uso de cateter nasoenteral possui menor média nos instrumentos de dependência, ou seja, é mais dependente, além de possuir uma média maior de idade e tempo de dependência. **Conclusão:** O resultado apresentado sugere que, quanto maiores a idade e o tempo de dependência, mais são as chances de o idoso apresentar a necessidade de uso de cateter para alimentação. O enfermeiro pode ser um profissional fundamental no cuidado e orientações dos familiares, visando a estratégias de promoção da alimentação via oral. Mas, caso o cateter seja imprescindível, deve garantir a sua manutenção e realizar um trabalho multiprofissional.

Palavras-chave: Idoso fragilizado. Nutrição enteral. Serviços de Assistência Domiciliar.

A visita pré-admissional como pressuposto da alta responsável e continuidade do cuidado

Autores: Guerci AMR, Neta FCCG.

Instituição: Secretaria de Saúde da Prefeitura de Betim - Programa Melhor em Casa.

E-mail: adrianarodvalho@gmail.com

Introdução: A equipe multiprofissional de atenção domiciliar (Emad) de Teresópolis foi a primeira equipe de internação domiciliar estruturada no município de Betim, em maio de 2009. Desde então, foi estabelecido o fluxo de admissão de usuários mediante a visita pré-admissional no ambiente de internação, buscando participar efetivamente do cuidado em saúde ao alinhar oferta, demanda e resolutividade. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma Emad a respeito do processo de admissão a partir da visita *in loco* como requisito básico para a desospitalização. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência vivenciado pela equipe multiprofissional, sediada na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do bairro Teresópolis, no município de Betim/MG, que realiza a abordagem admissional por meio de uma visita prévia ainda no ambiente de internação, utilizando uma ferramenta checklist que versa sobre as necessidades do usuário e cuidador. **Resultados:** A utilização dessa estratégia permitiu evidenciar a redução de intercorrências e reinternações precoces dos usuários. A Emad passou a desenvolver planos de ações específicas, interlocução com o serviço de saúde de origem e estratégias de adaptação do usuário no domicílio. O contato inicial com o cuidador e/ou familiar possibilitou esclarecer as responsabilidades dos atores envolvidos no processo de alta e assistência ainda no ambiente hospitalar. **Conclusão:** A responsabilização da Rede de Atenção à Saúde acionada para efetivação da assistência a partir da abordagem presencial impacta em uma alta responsável, crucial para transição segura do usuário para o domicílio e vinculação com a atenção básica, resultando na eficácia da desospitalização e no fortalecimento da identidade do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no âmbito da saúde pública.

Palavras-chave: Desospitalização. Visita pré-admissional. Transição.

Doenças crônicas e incapacitantes e dependência de idosos em atenção domiciliar

Autores: Pereira JA, Souza ID, Bazílio J, Figueira MCS, Silva EM.

Instituição: Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

E-mail: jessica.aquino@gmail.com

Introdução: Apesar de a velhice não ser sinônimo de doença, existe uma associação entre envelhecimento e grau de dependência, sendo as doenças crônicas umas das principais responsáveis pelo aumento do número de idosos dependentes que precisam de ajuda em domicílio. **Objetivo:** Comparar a variável doenças ou agravos à saúde e suas interfaces com a dependência dos idosos. **Metodologia:** Estudo transversal e quantitativo, realizado entre setembro de 2017 e janeiro de 2018, com 88 cuidadores familiares de idosos assistidos nos Serviços de Atenção Domiciliar públicos do município de Campinas/SP. Foram utilizados instrumentos acerca da dependência para as atividades instrumentais (Lawton-Brody) e as básicas (Barthel), além de fatores socioeconômicos, demográficos e clínicos. A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética. **Resultados:** 29,5% informaram que foi acidente vascular encefálico que deixou o idoso dependente, 23,9%, Alzheimer/demência, 22,7%, câncer, e 23,9%, outras doenças como causa principal para a dependência do idoso, tais como: 4 (4,5%) escleroses, 2 (2,3%) pneumonias, 2 (2,3%) doença pulmonar obstrutiva crônica, 2 (2,3%) encefalites, 2 (2,3%) fraturas/quedas, 2 (2,3%) infecções do trato urinário, 2 (2,3%) traumatismo cranioencefálico, 1 (1,1%) parada cardiorrespiratória, 1 (1,1%) cirrose hepática, 1 (1,1%) depressão, 1 (1,1%) HIV e 1 (1,1%) infarto agudo do miocárdio. Os resultados deste estudo corroboram outras pesquisas. **Conclusão:** Os idosos foram predominantemente do sexo feminino, com média de 77,72 anos, alto índice de dependência total para as atividades instrumentais e básicas/funcionais de vida diária, com diagnóstico de AVE e/ou Alzheimer e/ou câncer. Os dados do presente estudo apontam a importância de estratégias multiprofissionais de enfrentamento das doenças crônicas e incapacitantes para uma melhor qualidade de vida dos idosos.

Palavras-chave: Idoso fragilizado. Classificação Internacional de Funcionalidade. Incapacidade e saúde. Serviços de Assistência Domiciliar.

Terapia por pressão negativa no tratamento de feridas: uma experiência de baixo custo na atenção domiciliar

Autores: Ferreira HM, Oliveira AC.

Instituição: Hospital de Clínicas de Uberlândia.

E-mail: alecianecristine@yahoo.com.br

Introdução: Encontrar métodos terapêuticos eficazes e acessíveis à maioria da população tem sido um desafio aos gestores e profissionais de saúde. A terapia por pressão negativa (TPN) é um método eficaz no tratamento de feridas, porém os elevados custos são um obstáculo para sua ampla utilização. **Objetivo:** Apresentar um curativo alternativo à TPN tradicional, versátil e de baixo custo. **Método:** Este estudo partiu da experiência da indicação de TPN a uma paciente com lesão por pressão cavitária em região glútea, decorrente de complicações relacionadas à longa internação hospitalar. Foi desenvolvido pela enfermagem do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) um modelo de curativo, o qual consiste na utilização de um dreno de sucção (tipo portovac), plástico adesivo estéril, sonda uretral nº 12 e gazes, formando um curativo a vácuo. Além disso, foi utilizado hidrogel como cobertura primária para o desbridamento autolítico. **Resultado:** Em 60 dias de tratamento, a área de cavidade da lesão reduziu em 10 cm, chegando à sua completa cicatrização, e a paciente recebeu alta. **Conclusão:** Esse curativo alternativo, com base na TPN tradicional, obteve bom resultado no tratamento de uma lesão por pressão cavitária, com o uso de materiais simples, de fácil acesso e baixo custo.

Palavras-chave: Terapia por pressão negativa. Tratamento de feridas. Atenção domiciliar.

Visita pós-óbito aos cuidadores de pacientes em cuidados paliativos por um Serviço de Atenção Domiciliar

Autores: Baltazar GA, Rosa TM, Prado MA, Leite SM, Santos SD, Andrade CS.

Instituição: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto.

E-mail: gibaltazar@yahoo.com.br

Introdução: A visita pós-óbito é uma ação recomendada pelo Ministério da Saúde aos pacientes outrora acompanhados pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Com foco na interação entre equipe e cuidador, visa à escuta ativa, em que quem cuida se sinta acolhido e cuidado nesse momento de luto, fortalecendo o vínculo construído na assistência prestada pela equipe. **Objetivo:** Relatar vivências da equipe do SAD em atendimento a cuidadores de pacientes sob cuidados paliativos durante a visita pós-óbito. **Metodologia:** Discussões e registros reflexivos realizados em uma etapa da oficina ofertada pelo SAD do interior paulista com a universidade pública. **Resultados:** Nas visitas, a equipe se dispõe a compartilhar os anseios e as angústias do processo de luto vivenciado pelo cuidador, por este ser parte fundamental em todo o cuidado prestado, oferecendo apoio psicológico e social, direcionando-o aos serviços necessários disponíveis na rede, auxiliando-o a retomar planos e projetos antes deixados de lado. A percepção dos profissionais é singular, em que ouvir e falar não segue um roteiro, porém se faz necessário ofertar apoio, seja por meio de palavras, gestos ou escuta. Nem sempre os profissionais se sentem preparados e capacitados para lidar com o processo de morte e morrer, tornando o atendimento para cuidadores e pacientes em cuidados paliativos um desafio para a equipe de saúde. **Conclusão:** Acredita-se que seja necessária a criação de espaços no ambiente de trabalho, em especial no SAD, que promovam discussões e reflexões acerca do que acontece na rua e na casa, levando em consideração as especificidades da atenção domiciliar na visita pós-óbito.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Morte. Atendimento domiciliar.

Perfil dos pacientes assistidos pelo SAD-JF no período de julho de 2018 a julho de 2019

Autores: Franck DBP, Soares VA, Oliveira J, Coelho R, Silva EF, Fiuza FMA.

Instituição: Secretaria de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora - Departamento de Internação Domiciliar.

E-mail: danibpena@gmail.com

Introdução: A atenção domiciliar é uma estratégia de desospitalização efetiva e segura, que garante uma assistência integral e humanizada. Em Juiz de Fora, o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) teve início em 2002, com a criação do Departamento de Internação Domiciliar. Em 2013, houve a habilitação ao Programa Melhor em Casa, do Ministério da Saúde. A partir de então, o Departamento é composto de 5 Emads, 2 Emaps, equipe administrativa e 5 motoristas, totalizando 57 profissionais. As equipes estão instaladas nas UPAs e Hospital de Pronto-Socorro, e cada uma fica responsável por uma região da cidade. **Objetivo:** Traçar o perfil dos pacientes admitidos no SAD-JF em um período de 12 meses. **Metodologia:** Estudo transversal retrospectivo. Os dados foram extraídos das planilhas de monitoramento no período de julho de 2018 a julho de 2019, dos quais foi realizada análise descritiva e exploratória. **Resultados:** Foram admitidos 123 usuários, dos quais 79 (64,2%) eram do sexo feminino, 24 (20,1%) eram considerados paliativos e 5 (4,1%) necessitavam de ventilação mecânica. A faixa etária predominante foi de 70 a 89 anos, com 58 (47,2%) pacientes, e a região leste do município teve o maior número de admissões, 35 (28,5%). De acordo com a modalidade AD, 71 foram considerados como AD2 (57,7%). Quanto à origem, 50 (40,7%) foram encaminhados pela rede hospitalar, e 44 (35,8%), pela atenção primária. **Conclusão:** A atenção domiciliar mostra-se cada vez mais relevante, resolutiva e eficaz. O presente estudo possibilitou traçar o perfil dos pacientes admitidos no SAD-JF. A análise das planilhas de monitoramento evidenciou o predomínio de admissões de pacientes do gênero feminino, da faixa etária de 70 a 89 anos, classificados como AD2 e encaminhados em maior número pela rede hospitalar.

Palavras-chave: Atenção domiciliar. Cuidadores. Estudos transversais.

Compartilhando experiências: contribuições do grupo de apoio do SAD-JF

Autores: Franck DBP, Rezende LB, Cunha DD, Souza SASR.

Instituição: Secretaria de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora - Departamento de Internação Domiciliar.

E-mail: danibpena@gmail.com

O Caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde (2012) dedica uma seção ao cuidar do cuidador e enfatiza o quanto esse agente, essencial à assistência, necessita ser alvo de atenção e orientação das equipes. Ele também ressalta que, muitas vezes, o cuidador, por causa da sobrecarga física e emocional, pode tornar-se tão doente quanto o paciente. A experiência do SAD-JF não tem sido diferente do que indica o Caderno, pois temos visto que o cuidador familiar, muitas vezes, encontra-se sozinho para realizar todas as tarefas relativas ao paciente e acaba vendo seu amor e “missão” aos poucos se transformarem em cansaço, tanto físico quanto emocional, o que gera sentimentos de culpa e fracasso. A partir da necessidade que o cuidador enfrenta de colocar-se como alguém que merece tanta atenção quanto o paciente, o grupo de apoio aos cuidadores tem sido uma ferramenta importante. Como proposta, desde 2018, a assistente social e a psicóloga têm realizado grupos com essa ênfase, em que os cuidadores são convidados a participar de atividades que possibilitam um espaço no qual possam ser cuidados. A estrutura dos grupos tem sido composta de uma dinâmica de “quebra-gelo”, que possibilita um momento de descontração, seguida por uma troca de experiências e finalizada com reflexões práticas a serem implantadas no cotidiano do participante. Além disso, grupos ao ar livre e em formato “sessão de cinema” têm sido colocados em prática com boa aceitação. É possível perceber uma adesão cada vez maior, além dos feedbacks positivos ao final de cada encontro. Esses momentos com os cuidadores nos mostram o quanto eles estão sedentos por uma oportunidade em que possam olhar para si mesmos, sem se sentirem egoístas.

Palavras-chave: Serviços de Assistência Domiciliar. Cuidadores. Grupos de autoajuda.

A importância do Serviço de Atenção Domiciliar no tratamento de feridas: relato de caso

Autores: Pinho LLFC, Vieira AAR, Ferreira DJ, Arantes CD, Melo AW, Luz RGF.

Instituição: SAD Rio Verde.

E-mail: lilianlfc@hotmail.com

Introdução: A erisipela é uma infecção dermo-hipodérmica aguda, localizada e superficial, causada, principalmente, pelo *Streptococcus pyogenes*. Objetivo: Descrever a experiência do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de Rio Verde/GO no atendimento do paciente diagnosticado com erisipela e ressaltar a importância da equipe multiprofissional no tratamento de uma lesão em um estudo de caso. Metodologia: Trata-se de um estudo observacional e descritivo realizado com um paciente em internação domiciliar. Foi mensurada a ferida semanalmente com auxílio de uma régua e foi realizado registro fotográfico, além de avaliada a efetividade da intervenção multiprofissional. Resultado: A.F.C., 64 anos, sexo masculino, portador de DM. Foi encaminhado ao SAD por causa do risco de amputação do MIE, realização do curativo e capacitação dos cuidadores. Histórico inicial de erisipela na porção média do MIE, evoluiu para bolhas e tecido necrótico. Após o desbridamento, apresentou exposição de tendão, osso, tecido de esfacelo e granulado. Inicialmente, houve lesão de borda irregular, grande quantidade de exsudato, sem odor, dimensão de 26 cm de comprimento e 19 cm de largura. Após o cuidado da equipe multidisciplinar, em conjunto com a utilização de um suplemento específico para cicatrização contendo arginina, prolina, proteína e micronutrientes, sem sacarose (3x/dia), foi verificada uma melhora significativa da ferida. A troca de curativo anterior à intervenção, realizada 2x/dia, passou a ser 1x/dia, com redução de 68% dos insumos. Além disso, a lesão passou a apresentar dimensões de 23 cm de comprimento e 16,5 cm de largura, sem exsudato. Conclusão: A interação da equipe multidisciplinar, aliada com os cuidadores e a adesão do tratamento pelo paciente, possibilitou uma rápida recuperação, redução de custo e bem-estar do paciente.

Palavras-chave: Assistência domiciliar. Equipe de assistência ao paciente. Erisipela.

Elaboração de instrumento para implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)

Autores: Mori NLR, Gaya MS, Resende RTA, Pereira BM.

Instituição: Imperial Home Care.

E-mail: gestao@imperialhomecare.com.br

Introdução: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) permite operacionalizar o processo de enfermagem, organizando-o em cinco etapas, com o objetivo de garantir o acompanhamento dos pacientes de forma coesa e precisa, analisar as informações obtidas e definir resultados decorrentes das condutas prestadas. Apesar de sua obrigatoriedade pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), a maioria das instituições de saúde ainda não aderiram à implantação da SAE, sendo esse processo ainda menos observado nas instituições de assistência domiciliar. **Objetivo:** Elaborar um instrumento de coleta de dados e diagnóstico de enfermagem e implementar a SAE em ambiente domiciliar. **Resultados:** A implantação do instrumento iniciou-se com a elaboração de um impresso de evolução de enfermagem contendo as etapas de exame físico e evolução do paciente, o qual foi utilizado durante o período de cinco meses nas visitas domiciliares. Após esse período, foi discutida a reestruturação do instrumento durante reunião de equipe multidisciplinar e realizada uma sessão de brainstorming com a participação de toda a equipe de enfermagem atuante na sede da empresa, tendo como desfecho a proposição de um novo instrumento que abrangesse as etapas de coleta de dados e diagnóstico de enfermagem. As etapas de planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem foram mantidas em sistema de informação e meio digital, como já eram realizadas anteriormente à implantação do instrumento e disponibilizadas posteriormente em prontuário físico. **Conclusão:** Foram realizadas a elaboração e a implantação do instrumento de coleta de dados e diagnóstico de enfermagem, sendo este utilizado atualmente durante a realização das visitas domiciliares e como subsídio para as demais etapas da SAE.

Palavras-chave: Atendimento domiciliar. Processo de enfermagem. Enfermagem domiciliar.

Evolução de lesão traumática em tíbia e fíbula direita em paciente com atendimento domiciliar (AD)

Autores: Fujiyama VT, Dorneles MSV.

Instituição: Vidalar - Assistência Domiciliar em Saúde.

E-mail: laurapimentel@vidalar.med.br

Introdução: O atendimento domiciliar para tratamento de feridas é indicado para lesões complexas de difícil cicatrização, em que apenas o cuidado familiar pode não ser suficiente para recuperação do paciente. **Objetivo:** Apresentar a evolução de uma ferida assistida e tratada pela equipe de home care, bem como os principais benefícios alcançados com a conduta adotada. **Metodologia:** Estudo qualitativo fundamentado no acompanhamento da paciente e nos registros dos prontuários da Vidalar, no período de 30 de março a 28 de setembro de 2018. **Resultados:** Paciente M.E.A.C., sexo feminino, 15 anos, admitida na assistência domiciliar após sofrer acidente de trânsito, com diagnóstico de politrauma com fratura exposta de tíbia e fíbula à direita, com fixação externa e ferida aberta de grande proporção com perda de tecidos. **Primeira avaliação:** Paciente restrita ao leito, totalmente dependente da família para exercer suas atividades diárias. **Tratamento solicitado:** Técnico de enfermagem 2h/dia; enfermeira semanal; fisioterapia 1x/dia. Na admissão, foi encontrada uma ferida com fibrina, para qual foi adotada conduta de curativo estéril fechado, higienizado com soro fisiológico e uso de Saf-gel como cobertura. Após 45 dias, houve evolução da ferida, desaparecendo fibrina e surgindo tecido de granulação, sendo alterada conduta para uso de placa de alginato de cálcio e sódio. Após seis meses de tratamento, a ferida teve total cicatrização, e a paciente recebeu alta domiciliar estando: consciente, orientada em tempo e espaço, comunicativa, parcialmente dependente da família para exercer suas atividades diárias, sinais vitais estáveis e respirando ar ambiente. **Conclusão:** Paciente evoluiu mais rápido por estar em atendimento domiciliar com equipe capacitada para tratamento do tipo de ferida apresentada.

Palavras-chave: Ferida. Evolução. AD.

Evolução de uma lesão por pressão (LPP) em região sacral em paciente acamado em internação domiciliar (ID)

Autores: Giacian DF, Santos RCGT.

Instituição: Vidalar - Assistência Domiciliar em Saúde.

E-mail: laurapimentel@vidalar.med.br

Paciente C.A.R., 94 anos, encaminhada para internação domiciliar (ID) em 14/09/18 com PAD: enfermagem 24 horas, enfermeiro, fonoaudióloga, fisioterapia, médico e nutricionista. O diagnóstico era de trombose venosa cerebral, com sequela neurológica. Na admissão, apresentava-se acamada, comatosa, traqueostomizada em uso de oxigênio e gastrostomizada. Manteve mesmo quadro até cicatrização da lesão. Apresentava lesão sacral grau III, 10 cm de diâmetro, cavitária, bordas maceradas, tecido de necrose e de granulação, sem odor, com pouco exsudato; utilizando soro para limpeza, AGE e curativo ocluído. Após avaliação inicial da enfermagem, instituiu-se curativo oclusivo 1x/dia, utilizando soro para limpeza, e aplicado placa de alginato de cálcio e sódio visando à remoção do tecido de necrose. Em 15 dias, houve aproximação de bordas estando com 9 cm de diâmetro, regressão do tecido de necrose, controle do exsudato, melhora do tecido de granulação mantendo uso da placa e AGE nas bordas. Novembro de 2018: 7 cm de diâmetro, redução da maceração em bordas, mantendo frequência da troca da placa. Janeiro de 2019: 4 cm de diâmetro, bordas irregulares, aumento do tecido de granulação, mantendo uso de placa de alginato, sendo 1/4 do tamanho; lesão sem exsudato e sem odor. Fevereiro de 2019: 2 cm de diâmetro, bordas irregulares, tecido de granulação; com uso de menos de 1/4 da placa para finalização da cicatrização, AGE nas bordas. Abril de 2019: houve cicatrização final da lesão, permanecendo em uso de AGE por causa da epiderme fragilizada no local. Demonstra-se, neste estudo, a evolução de uma lesão sacral de grau III em paciente em ID, que resultou em cicatrização completa após sete meses de assistência. Nesse período, enfatizou-se a técnica estéril do curativo, mudança de decúbito de 2/2h, com a paciente estando assistida por equipe especializada 24h/dia.

Palavras-chave: Internação domiciliar. Evolução. Lesão por pressão.

Programa de Desospitalização

Autor: Tristão VAC.

Instituição: Unimed Juiz de Fora.

E-mail: vivian.tristao@unimedjf.coop.br

Introdução: O programa foi criado em 2013 com o intuito de se contrapor ao modelo hospitalocêntrico vigente e fragmentado. Para tanto, tornou-se necessário que uma equipe própria de uma operadora de saúde de grande porte realizasse visita diária e avaliação dos pacientes hospitalizados em dois hospitais de referência de uma cidade de Minas Gerais. Foram considerados elegíveis pacientes clínicos internados com permanência superior a cinco dias. Objetivo: Evitar desperdícios na gestão dos recursos aplicados, tornar os resultados assistenciais mais efetivos, aumentar o número de pacientes desospitalizados e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos nossos clientes. Metodologia: O programa foi reestruturado em 2014 com base na utilização do diagrama direcionador, seguido de desenvolvimento e testes das ações planejadas em ciclos e rampas de PDSA. As atividades são acompanhadas e avaliadas mensalmente por meio de indicadores de resultado, processos e balanceados. As ações são executadas por uma enfermeira e uma assistente social, as quais realizam visitas diariamente nos hospitais da rede ampla com intuito de sensibilizar paciente, familiares e equipe médica para desospitalização, uma vez que a operadora possui um ecossistema de saúde com diversos dispositivos capazes de auxiliar esse indivíduo em suas necessidades, proporcionando aos seus clientes, sobretudo, atenção domiciliar, seja para gerenciamento de casos crônicos, seja para intervenções específicas. Resultado: Aumento do número de pacientes desospitalizados em 100% em relação ao ano anterior (0,99% para 2%), sendo que o crescimento desse percentual atual é em 10% – crescimento de 1.200% em relação ao ano inicial (2013). Conclusão: O programa vem contribuindo para a redução dos custos de internação e tempo médio de permanência, bem como proporcionado aos seus clientes atendimento humanizado, personalizado e de qualidade, ao auxiliar equipe e família nos processos de alta e facilitar o trânsito dos pacientes pelos serviços da operadora.

Palavras-chave: Desospitalização. Cuidado. Atenção domiciliar.

Caracterização das ações do Serviço de Atendimento Domiciliar do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (Into): uma experiência na alta complexidade

Autores: Simões VP, Albino AVS, Macanti MP, Carvalho LSFD.

Instituição: Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia.

E-mail: veronicapsimoes@yahoo.com.br

O trabalho apresenta o funcionamento e o perfil do Serviço de Atendimento Domiciliar do Into, com base em pesquisa quantitativa como parte das ações da atuação em equipe multiprofissional. O objetivo é identificar como se efetiva a assistência domiciliar em um hospital de alta complexidade. A metodologia abrangeu revisão da rotina institucional e pesquisa quantitativa acerca do funcionamento e do perfil dos usuários atendidos em 2018. Os resultados da pesquisa quantitativa revelaram um total de 425 atendimentos, sendo a maioria residente no município do Rio de Janeiro (58%), idosos (69%) e do sexo feminino (58%). Conclusão: O Into se destaca pelo protagonismo na Rede de Atenção à Saúde, mantendo-se como principal executor de tratamento cirúrgico de alta complexidade para essa população e garantindo, por meio do atendimento domiciliar, a continuidade do cuidado e a disponibilidade de leitos hospitalares para procedimentos cirúrgicos, contribuindo para redução do tempo de espera das cirurgias ortopédicas eletivas. Considerando que os idosos são maioria dos usuários, a assistência domiciliar é de fundamental importância na promoção da saúde e da qualidade de vida para envelhecimento populacional.

Palavras-chave: Assistência domiciliar. Saúde. Alta complexidade.

Atenção domiciliar como ferramenta: do cuidado ao óbito em domicílio

Autores: Nunes RAL, Esteves JA, Sperandio B, Abrão NJ.

Instituição: Unimed Juiz de Fora.

E-mail: raquelopes737@gmail.com

A ampliação do acesso à saúde contribuiu para a mudança do comportamento das famílias em relação ao manejo das doenças crônicas, terminalidade e processo de morrer. Antigamente, os casos de adoecimento e morte eram tratados e conduzidos no ambiente domiciliar. Com a evolução das tecnologias e mais recursos na saúde, essa prática se perdeu, dando espaço às hospitalizações prolongadas, intervenções e procedimentos em demasia. Hoje, por meio dos programas de atenção domiciliar propostos pelo Ministério da Saúde, as redes pública e privada estão resgatando tal prática. A residência se tornou um importante espaço para disseminação e continuidade do cuidado em saúde promovido pelas operadoras de planos de saúde, por intermédio do Programa de Atenção Domiciliar. Por meio de orientações da equipe multidisciplinar, a família se sente segura para continuidade do cuidado no domicílio, resultando em aspectos econômicos para as operadoras, além de maior qualidade de vida dos pacientes assistidos. Acompanhando o trabalho de uma operadora de grande porte de plano de saúde suplementar no interior de Minas Gerais, observamos a mudança de comportamento dos beneficiários idosos inscritos no Programa de Atenção Domiciliar. Esse programa conta com visitas domiciliares de médico e enfermeiro de rotina e, caso necessário, possui retaguarda de uma equipe multidisciplinar para manejo de agravos e complicações. Percebemos uma crescente mudança no comportamento da família e/ou responsável para o cuidado domiciliar, proporcionando satisfação dos familiares e importante economia para a operadora.

Palavras-chave: Domicílio. Óbito. Saúde suplementar.

Principais cuidados domiciliares demandados ao SAD de Campo Grande/MS: relato de experiência

Autores: Silva JL, Teston EF, Biasi BR.

Instituição: Prefeitura Municipal de Campo Grande/MS - UFMS.

E-mail: joice.lourenco17@gmail.com

Introdução: Segundo a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, uma Emad é composta de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem, assistente social ou fisioterapeuta, além de ter composição mínima de três profissionais de nível superior, escolhidos entre assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional. **Objetivo:** Identificar os principais cuidados domiciliares demandados ao SAD. **Metodologia:** O relato de experiência teve como base a descrição das principais demandas vivenciadas pelo SAD, localizado dentro da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, no primeiro semestre do ano de 2019. **Resultado:** Estima-se que o SAD recebeu 142 solicitações, sendo elas: 122 pedidos com fisioterapeuta, 73 com enfermeiro, 69 com médico, 58 com fonoaudiólogo, 53 com técnico de enfermagem, 50 com nutricionista, 26 com psicólogo, 34 com terapeuta ocupacional, 21 com assistente social, 9 com odontólogo e 2 com farmacêutico. **Conclusão:** É importante destacar que nem todas as solicitações se enquadravam na modalidade (AD2 e AD3) de pacientes atendidos pelas equipes do SAD, por exemplo, 64 solicitações do cuidado fisioterápico estavam voltadas para atendimento exclusivo de fisioterapia motora, condição que deve ser conduzida pelas equipes de atenção básica com apoio dos centros de reabilitação e NASF-AB. Assim, percebe-se a importância do fortalecimento do fluxo de transporte eletivo dos pacientes AD1, com vulnerabilidade social, para o deslocamento até os centros especializados.

Palavras-chave: Assistência domiciliar. Cuidado multiprofissional. Fisioterapia.

Principais causas de encaminhamentos de pacientes ao SAD: relato de experiência

Autores: Silva JL, Teston EF, Mandu JBS, Biasi BR.

Instituição: Prefeitura Municipal de Campo Grande/MS - UFMS.

E-mail: joice.lourenco17@gmail.com

Introdução: Pessoas com condição crônica de saúde necessitam receber, ao longo do tempo, um atendimento integral e contínuo de forma humanizada, e a atenção domiciliar (AD) pode ser considerada uma estratégia de resposta a esse contexto. **Objetivo:** Identificar as principais causas de encaminhamentos de pacientes ao SAD. **Metodologia:** O relato de experiência teve como base a descrição das principais causas de encaminhamento de pacientes ao SAD, localizado dentro da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, no primeiro semestre do ano de 2019. **Resultado:** No período investigado, o SAD recebeu 49 demandas para atender pessoas que necessitavam de cuidado domiciliar por causa de afecções neurológicas decorrentes de parada cardiorrespiratória pós-hipóxia; 42 indicando necessidade de AD proveniente do uso de sonda nasointestinal ou gastrostomia; 32 pelo uso de traqueostomia; 30 com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica; 25 em razão de pneumopatias; 25 para realizar tratamento em feridas; 18 com disfunção traumatológicas; 14 por causa de transtornos psiquiátricos; 13 pessoas apresentando diabetes mellitus; 12 pedidos decorrentes de pacientes com necessidade de acompanhamento domiciliar em razão do uso de suporte ventilatório invasivo e não invasivo; 12 acometidos por câncer; 12 por sequelas de acidente vascular cerebral. Também foram encaminhados para o serviço 11 casos de demências, Alzheimer e Parkinson; as cardiopatias tiveram presentes em 10 situações; e outras disfunções neurológicas perfizeram 10 casos. **Conclusão:** O relato corrobora os demais registros encontrados, pois estudos apontam que a maioria das pessoas em AD requer cuidados especiais, utiliza traqueostomia, necessita de oxigenoterapia, aspiração de vias aéreas, ventilação mecânica e faz uso de sonda para alimentação decorrente de sua condição crônica de saúde.

Palavras-chave: Assistência domiciliar. Cuidado multiprofissional. Programa Melhor em Casa.

A saúde no XXI com ampliação da assistência domiciliar na população de massa

Autor: Souza AEN.

Instituição: Fundação Getúlio Vargas.

E-mail: aloisio@fisiovip.com.br

O referido artigo relata os desafios a serem enfrentados pela saúde pública e privada no Brasil nos próximos anos decorrentes do aumento da população idosa. Fundamentamos esses fatos a partir da vasta bibliografia e dados disponibilizados pelos órgãos de fiscalização, controle e implementação de ações de saúde, pública ou privada. Podemos identificar um aumento da população idosa, com projeção de alcançar 25% da população brasileira em 2060. Reconhecemos um decréscimo dos números absolutos de leitos disponíveis, passando de 427.707 em 2012 para 409.285 em 2017, uma diminuição de 4,31%, nas vagas de internação. Constatamos que as principais causas de internações são as DCNT (doenças crônicas não transmissíveis) como: hipertensão arterial, diabetes, neoplasias, doenças cerebrovasculares, doenças pulmonares e infarto agudo do miocárdio. Essas doenças podem custar cerca de US\$ 7 trilhões entre o período de 2011 a 2025 para os países de média e baixa renda. Esse valor equivale ao PIB do Brasil em 2018. Dados oficiais demonstram aumento do número de internações domiciliares entre os anos de 2014 a 2016, passando de 1,79% do número total de internações segundo ANS e chegando a 2,21%. Concluímos que existe um grande mercado em expansão de assistência domiciliar, por isso há necessidade da criação de um banco de dados unificados com informações das operadoras de saúde, prestadores de serviço, órgãos de fiscalização e controle, para criação de ações assertivas de prevenção e reabilitação, para redução dos gastos e dos desperdícios de recursos humanos, técnicos e financeiros, além da implementação pela ANS da assistência domiciliar e da integração dos programas públicos de saúde domiciliar. Também não podemos esquecer que profissionais devem ser altamente capacitados, engajados em interdisciplinaridade.

Palavras-chave: Assistência domiciliar. Home care. Custo em saúde. Atenção primária. Prevenção de doenças.

Contribuições da equipe multidisciplinar do Programa de Gerenciamento de Casos (PGC) da Unimed Pato Branco/PR para o desenvolvimento neuropsicomotor

Autores: Flores TOZ, Bonatto ACC.

Instituição: Unimed Pato Branco.

E-mail: tacielly@unimedpbco.coop.br

Objetivo: O Programa de Gerenciamento de Casos (PGC) tem como objetivo orientar e capacitar os pacientes portadores de doenças crônicas bem como seus familiares para que desenvolvam hábitos saudáveis. O programa conta com uma equipe multidisciplinar que realiza orientações conforme a necessidade de cada paciente. Metodologia: O presente trabalho fundamentou-se em um estudo de caso de uma criança de 7 meses, admitida em agosto de 2017, diagnóstico de comunicação interatrial e ventricular ampla, hipertensão pulmonar, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, malformação cerebelar, fenda palatina, ptose de olho esquerdo, trissomia do 20, artéria umbilical única e alergia à proteína do leite. Resultado: A equipe realizou a definição da conduta diante do quadro de saúde da paciente. Foram estabelecidas visitas de enfermagem e nutrição semanal, fisioterapia diariamente, fonoaudiologia 3x/semana, alimentação em sonda nasoenteral durante 3 meses, e, após, foi realizada gastrostomia. A paciente permaneceu em orientação domiciliar por 1 ano e 9 meses. A evolução foi gradativa, com muita dificuldade de aumento de peso e crescimento. Passou por duas cirurgias cardíacas de sucesso, e, com 1 ano de idade, foi realizado novo exame do cariótipo, em que o diagnóstico da trissomia do 20 foi descartado. Conclusão: Com as orientações da equipe em acompanhamento, a paciente retirou a gastrostomia, realizou cirurgia da ptose de olho e da fenda palatina, com boa recuperação. Atualmente, a criança está caminhando e apresenta desenvolvimento na fala, recebendo alta das visitas domiciliares e passando a ser gerenciada por telemonitoramento. Está estável e com boa evolução no desenvolvimento motor e cognitivo, tornando-se uma criança alegre e com um grande futuro pela frente.

Palavras-chave: Desospitalização. Equipe multidisciplinar. Orientações.

Gestão do trabalho no Serviço de Atenção Domiciliar de Pelotas: planejamento estratégico e instrumentos

Autores: Arrieira ICO, Rodrigues RL, Maas T.

Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar do HE-UFPel/EBSERH.

E-mail: isa_arrieira@hotmail.com

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de Pelotas é formado pelos Programas Pidi e Melhor em Casa e atua no município desde 2002. Apesar de ser considerado um serviço de referência para região, ao longo de mais de uma década alguns entraves eram relatados. Com intuito de conhecer e planejar as ações, foi realizado um diagnóstico situacional no ano de 2017, embasado no planejamento estratégico situacional, em que foram levantados nós críticos no processo de trabalho das equipes, acesso ao serviço e na alta do programa, sendo propostas ações para enfrentamento dos problemas, na tentativa de otimizar o processo de trabalho. Entre os principais instrumentos implementados destacam-se: (1) Construção de planilha virtual para monitoramento dos encaminhamentos, com dados de entrada, fluxo interno e saída, gerando indicadores, além da incorporação de um ator técnico para auxiliar na gestão, triagem e classificação de risco; (2) Criação de uma planilha virtual de produtividade diária das equipes para acompanhamento da capacidade operacional, auxiliando na gestão de novas avaliações e internações e possibilitando a geração de indicadores específicos; (3) Otimização do processo de gestão dos pacientes, com a criação de um modelo próprio de projeto terapêutico singular e desenvolvimento de planilha baseada no sistema Kanban, com gestão visual dos casos para monitoramento de tempos de internação, pendências e destino de cada usuário; (4) Criação da unidade de produção de atenção domiciliar, voltada para auxiliar na gestão do serviço, composta de representantes de todas as profissões e com objetivo de integrar as equipes, aprimorar processos e fluxos, melhorando a qualidade assistencial. Surgiu diante da necessidade de envolver os colaboradores no processo de gestão compartilhada; (5) Elaboração de um cronograma semestral de educação permanente, por meio de levantamento das necessidades pelos próprios funcionários.

Palavras-chave: Gestão. Planejamento estratégico. Instrumentos.

O sofrimento causado pela conspiração do silêncio

Autores: Arrieira ICO, Schmitz R, Ferreira SDSL, Sueiro WG, Rodrigues RL.

Instituição: Grupo de Pesquisa Multiprofissional em Atenção Domiciliar (GPMAD) do HE-UFPel/EBSERH.

E-mail: isa_arrieira@hotmail.com

Uma equipe do Melhor em Casa foi designada para avaliar uma paciente de 81 anos em cuidados paliativos por decorrência de uma neoplasia maligna de mama com metástases pulmonares, além de outras comorbidades, sem condições de intervenção curativa. Pouco tempo antes, a paciente havia acompanhado a luta de sua filha contra um câncer terminal. A paciente estava inicialmente acamada, com dor, depressiva e resistente a aderir aos cuidados. Iniciaram-se intervenções sintomatológicas que resultaram em pouca melhora. A paciente passou a indagar incisivamente familiares e cuidadores a respeito do seu diagnóstico. Parte das filhas era contra responder com sinceridade aos questionamentos da paciente, em razão do frágil estado de saúde da paciente. A equipe do Melhor em Casa respondeu aos questionamentos da paciente de forma clara, sincera e humanizada, tomando cuidado para diferenciar a situação da paciente com a de sua filha, respeitando seus momentos de silêncio e informando que, embora sua doença não tivesse cura, havia tratamento para alívio dos sintomas. A equipe também deixou claro que estaria com ela, zelando pelo seu bem-estar. A paciente chorou por um breve momento. A partir dessa conversa, a paciente apresentou melhora considerável, sem apresentar dor, saindo da cama, pegando sol, visitando os filhos, alimentando-se com o que gosta e mostrando-se mais alegre e disposta.

Palavras-chave: Assistência domiciliar. Humanização da assistência. Cuidados paliativos.

Atendimento humanizado é possível em doença degenerativa no Programa de Gerenciamentos de Casos (PGC) da Unimed Pato Branco/PR

Autores: Flores TOZ, Bortolini A, Bonatto ACC, Branco AT.

Instituição: Unimed Pato Branco.

E-mail: tacielly@unimedpbco.coop.br

Introdução: O presente estudo abordará as contribuições da equipe multidisciplinar, realizadas à paciente N.T.O., diagnosticada com esclerose lateral amiotrófica (ELA) em 2017, com 73 anos e em gerenciamento por meio do Programa de Gerenciamento de Casos (PGC) desde o início de 2018. O PGC tem como objetivo realizar orientações e desenvolver os beneficiários e cuidadores da Unimed Pato Branco que sejam portadores de doenças crônicas ou complexas. **Objetivo:** Descrever o cuidado da equipe multidisciplinar do PGC no atendimento de uma paciente. **Metodologia:** Estudo de caso. **Resultado:** Beneficiária N.T.O. permaneceu investigando durante um ano aproximadamente até que conseguiu obter o diagnóstico. O médico neurologista solicitou uma reunião com a equipe do PGC, que aconteceu em 02/03/18, para definição da conduta diante do prognóstico, com expectativa de vida de menos de um ano. Com foco e determinação, a equipe multidisciplinar do PGC foi inteira mobilizada, sendo fornecidas orientações nas áreas de nutrição, enfermagem, farmácia, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia, alinhadas às condutas estabelecidas pelo médico. Após um ano de diagnóstico em 16/08/18, paciente locomovia-se em cadeira de rodas, eupneica, em ar ambiente, comunicação prejudicada, alimentava-se por gastrostomia e via oral, contradizendo as expectativas descritas na literatura e prognóstico médico. Dois anos após o diagnóstico (15/08/19), encontra-se lúcida, com auxílio de ventilação mecânica, comunicativa por meio de quadro com alfabeto, alimenta-se via gastrostomia exclusivamente de dieta enteral. **Conclusão:** O olhar multidisciplinar, além de favorecer a diminuição do custo com internamentos, reforça a humanização do serviço prestado, reunindo conhecimentos das mais diversas áreas, objetivando a qualidade de vida do paciente, tornando o processo da doença menos doloroso e permitindo que paciente e familiares se sintam mais seguros.

Palavras-chave: Equipe multidisciplinar. Orientação. Humanização.

Projeto Música e Saúde: música e psicologia no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

Autores: Almeida AECG, Oliveira AC, Gontijo DR, Centurion NB, Morato CT.

Instituição: Hospital de Clínicas de Uberlândia.

E-mail: alecianecristine@yahoo.com.br

Introdução: A música é uma ponte entre a memória e os significados, permitindo o reencontro de afetos, sentimentos, saudade, carinho e alegrias. Assim, o Projeto Música e Saúde, extensão dos cursos de graduação em Música e Psicologia da UFU, propõe realizar visitas a pacientes assistidos pelo SAD/UFU, buscando evocar a dimensão artística e explorar diferentes formas de expressão do sujeito por meio da música. **Objetivo:** Apresentar a estrutura de um projeto de música e psicologia em parceria com o SAD/UFU. **Metodologia:** Este projeto conta com a participação de uma equipe de seis alunos (dos cursos mencionados), todos com habilidades musicais, além de duas professoras responsáveis e da equipe multiprofissional do SAD. São realizadas visitas musicais aos pacientes às sextas-feiras, priorizando os aniversariantes do mês. A escolha dos pacientes é realizada conjuntamente com as demandas terapêuticas do SAD. **Resultados:** Este projeto acontece a aproximadamente um ano, e, para sua organização, são realizadas reuniões semestrais entre a equipe do SAD, alunos e professores para pensar nas ações do semestre subsequente. A partir disso e das visitas realizadas, acontecem supervisões semanais destinadas ao cuidado das vivências da equipe (alunos e professores), assim como para o estudo de temáticas suscitadas, planejamento das atividades, ensaio e capacitação musical. **Conclusão:** O projeto se mostra como uma importante ferramenta no cuidado humanizado e multidisciplinar do paciente e sua família.

Palavras-chave: Atendimento domiciliar. Música. Psicologia.

A experiência de implantação do Serviço de Atenção Domiciliar: integração com a atenção primária à saúde

Autores: Oliveira DFM, Rodrigues KRO, Azevedo FABT, Souza AH, Lima MG.

Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar de Goianinha, Rio Grande do Norte (SAD Goianinha/RN).

E-mail: danielfernandesmo@gmail.com

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município de Goianinha/RN iniciou suas atividades no mês de maio de 2019, contando com a atuação de um médico, uma enfermeira, um fisioterapeuta, duas técnicas de enfermagem e um condutor. O processo de implantação do serviço contou com uma série de atividades realizadas sequencialmente pelos profissionais a fim de facilitar a seleção dos pacientes e a sensibilização dos profissionais que atuam na atenção primária à saúde (APS) para a relevância do serviço. Na etapa pré-admissional, foi realizada a indicação dos pacientes candidatos ao SAD pelas equipes das Estratégias Saúde da Família (ESFs). Na etapa seguinte, houve o encontro dos profissionais do SAD com as ESFs com o objetivo de refinar os pacientes indicados e selecionar somente aqueles mais apropriados à visita pré-admissional. Durante as visitas, os profissionais utilizavam um instrumento pré-elaborado para realizar triagem de acordo com itens como uso de dispositivos invasivos, comorbidades, necessidade de oxigenoterapia, entre outros. Após as visitas, reuniões internas entre os profissionais do SAD tornaram possível categorizar os pacientes em três grupos: definitivamente pertinentes, provavelmente pertinentes e não pertinentes, sendo que apenas os pacientes dos dois primeiros grupos foram admitidos no programa e os pacientes do terceiro grupo permaneceram acompanhados pela APS. Ao final, foi realizada uma capacitação integrativa voltada para os profissionais das ESFs a fim de conscientizá-los sobre como os pacientes seriam admitidos no programa, permitindo aos profissionais da APS vivenciarem na prática a experiência de triagem e seleção dos pacientes, com o intuito de aperfeiçoar a integração do serviço com as ESFs e consolidar o fluxo entre esses âmbitos da saúde.

Palavras-chave: Serviços hospitalares de atenção domiciliar. Atenção primária à saúde. Práticas interdisciplinares.

Atuação do nutricionista na atenção domiciliar: protocolos e benefícios

Autores: Marques MD, Mendonça MAS, Cândido ACO, Franck DBP, Henriques AS.

Instituição: Secretaria de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora - Departamento de Internação Domiciliar.

E-mail: maridmnutri@yahoo.com.br

O serviço de nutrição do SAD Juiz de Fora (MG) é responsável por traçar o perfil nutricional por meio das avaliações física, clínica, antropométrica e bioquímica dos pacientes admitidos. Atua no fornecimento de plano alimentar, orientações de preparo, de manutenção e via de administração da dieta caseira ou industrializada, além da prescrição de complementos nutricionais e dietas industrializadas enterais que são disponibilizados pela Secretaria de Saúde do município. Os pacientes são acompanhados seguindo o plano terapêutico singular. É sugerido um plano alimentar a fim de se atingir o máximo das necessidades nutricionais com macro e micronutrientes nas refeições. Periodicamente são verificadas as medidas antropométricas (circunferências do braço e da panturrilha) e a aderência do cuidador/família à conduta nutricional prescrita. De acordo com o quadro nutricional e social que nos é apresentado, são realizadas mudanças e/ou inclusões de condutas até que haja a maneira ideal de conduzir o tratamento com melhor resultado. Em setembro de 2018, foi criado o protocolo de requerimento de dieta industrializada e complemento alimentar oral à Secretaria de Saúde do município, contendo fluxos e descrições que visam facilitar o acesso dos pacientes assistidos pelo serviço. Conforme a vivência no SAD, o serviço mostrou-se indispensável para as principais vertentes: ganho de peso em pacientes desnutridos e emagrecidos, melhoras no aspecto e cicatrização de lesões por pressão, na anemia, no ânimo e no desempenho durante os exercícios de fisioterapia.

Palavras-chave: Dieta. Assistência domiciliar. Antropometria.

Assistência nutricional em um Serviço de Atenção Domiciliar do município de Juiz de Fora/MG

Autores: Marques MD, Silva MA, Franck DBP, Cândido ACO.

Instituição: Secretaria de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora - Departamento de Internação Domiciliar.

E-mail: maridmnutri@yahoo.com.br

Introdução: A assistência nutricional faz parte da atenção domiciliar com o objetivo de recuperar ou manter o estado nutricional, a funcionalidade e a qualidade de vida dos pacientes, já que estado nutricional se associa à terapêutica implementada. **Objetivo:** Descrever a assistência nutricional no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município de Juiz de Fora/MG. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, de caráter descritivo, realizado a partir dos protocolos de atendimento nutricional do SAD de Juiz de Fora, de maio a julho de 2019. Os dados foram analisados no software Microsoft Excel. **Resultados:** Durante os meses avaliados, observou-se um total de 194 atendimentos nutricionais (n = 194 pacientes), sendo a maioria do sexo feminino (68,04%). A maioria dos pacientes atendidos se alimentavam por via oral (54,1%), seguido da gastrostomia/jejunostomia (40,2%) e por via cateter nasoentérico (5,7%). Em relação ao estado nutricional, 75,2% dos pacientes estavam emagrecidos/desnutridos, 21,1% estavam eutróficos e 3,7% estavam acima do peso. **Conclusão:** Diante do exposto e sabendo-se que a desnutrição está associada a piores prognósticos clínicos, torna-se clara a importância da assistência nutricional domiciliar.

Palavras-chave: Atenção nutricional domiciliar. Estado nutricional. Desnutrição.

A percepção dos profissionais da Emap sobre a prática no Serviço de Atenção Domiciliar

Autores: Ferreira NO, Simões GOD.

Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar de Contagem/MG.

E-mail: nathan.oliveiraf@gmsil.com

Introdução/Objetivo: Trata-se de uma pesquisa com o objetivo de analisar a percepção dos profissionais da equipe multiprofissional de apoio (Emap), inserida no Serviço de Atenção Domiciliar de Contagem/MG, sobre as especificidades da atenção à saúde prestada em domicílio, a saber: a função da equipe; as principais habilidades; as principais diferenças entre o atendimento hospitalar e domiciliar; a saúde integral; as diferenças entre desinstitucionalização e desospitalização. **Metodologia:** Estudo qualitativo fundamentado em uma coleta de dados em dois encontros conduzidos como “grupos focais”, dos quais participaram 12 trabalhadores. O tratamento e a análise dos dados foram feitos pela “hermenêutica de profundidade” de Thompson. **Resultado:** Pelas falas dos sujeitos, foi possível categorizar que: (I) a reabilitação surge como um foco característico do trabalho; (II) a comunicação é uma habilidade fundamental; (III) a principal diferença entre os modelos hospitalar e domiciliar é recurso material ofertado pelo hospital e ausente no domicílio. **Conclusão:** É possível afirmar a consonância da percepção com a normativa exigida, mas de modo insuficiente. A formação acadêmica e as experiências de trabalhos anteriores foram decisivas para a perspectiva da equipe. Há uma insuficiência entre a oferta de discussão sobre os temas e as respostas. Sobressaíram concepções hegemônicas de saúde centradas mais no adoecimento e menos na promoção da saúde. Elementos como saúde integral, desinstitucionalização do cuidado e caráter de substitutibilidade do trabalho em relação ao regime hospitalar não foram substanciais. Apesar disso, diversos outros elementos da política surgem nas falas, mas por uma compreensão empírica. Eixos fundamentais de acolhimento, como a escuta, a criatividade e a empatia, possibilitam a equipe lidar de forma positiva com algumas dificuldades no trabalho prático.

Palavras-chave: Serviço de Atenção Domiciliar. Equipe multiprofissional de apoio. Percepção do trabalhador.

A ventilação mecânica invasiva domiciliar e a organização em rede como estratégia do cuidado

Autores: Santos JP, Caires AM.

Instituição: Emad Novo Horizonte.

E-mail: pires.juhsantos@gmail.com

A ventilação mecânica invasiva domiciliar (VMID) tem se apresentado como solução para desospitalização de pacientes, os quais, evoluindo para insuficiência respiratória crônica, têm nesse recurso uma alternativa para serem acolhidos em sua casa. O relato trata do usuário B.N.A.C., 11 anos, internado no Instituto da Criança (HC) desde 22 de janeiro de 2018 por quadro de insuficiência respiratória aguda, evoluindo para dependência de Bipap. Ao recebermos solicitação de desospitalização, deparamo-nos com as dificuldades no manejo desse tipo de atendimento, pois a equipe que se apresentava não possuía experiência em VMID. Nossa posição inicial foi a de expor que o nosso serviço não dispunha de estrutura para o atendimento. A partir daí foram inúmeras reuniões entre os serviços envolvidos (ESF, Instituto da Criança e Emad) e suas respectivas supervisões. Por conta do tempo de organização dos serviços, a família entrou com processo judicial. Nosso foco foi olhar para o que a rede e o território tinham para oferecer, e não para as “deficiências” ou o que nos “faltava”. Organizamo-nos em escalas entre os serviços para que o usuário recebesse o que era necessário para sua ida para casa, e, no dia 18 de junho de 2019, a alta foi concretizada, após 512 dias de internação. Estávamos no domicílio à espera do usuário quando o pai nos relatou que a filha menor passou a noite acordada aguardando do irmão. Para além da técnica, essa experiência nos coloca em um outro lugar, um espaço de acolhimento, humanização e empatia, pois a assistência domiciliar toca o que é de mais essencial no ser humano: a casa.

Palavras-chave: Ventilação mecânica invasiva domiciliar. Humanização. Rede.

Desafios da desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais

Autor: Castro WS.

Instituição: Faculdade de Pará de Minas (Fapam).

E-mail: wesleyenf@yahoo.com.br

Introdução: Um dos eixos centrais da atenção domiciliar (AD) é a desospitalização, que proporciona celeridade no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio por meio das equipes de AD. A AD é definida na Portaria nº 825/2016 e apresenta nesse instrumento normativo um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação da saúde prestada no domicílio, com garantia de continuidade de cuidados integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS). Objetivo: Analisar o processo de desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais na perspectiva dos diretores, dos profissionais de saúde, do usuário e dos familiares. Método: Estudo descritivo e exploratório utilizando a abordagem qualitativa, com orientação teórico-metodológica da dialética. Participaram do estudo 24 profissionais de saúde vinculados à assistência na clínica médica do hospital, além de 15 acompanhantes de usuários em processo de desospitalização. A coleta de dados ocorreu em 2015, com entrevistas semiestruturadas, sendo os dados analisados por meio da análise de conteúdo do tema. Resultados: Da análise dos dados emergiram três categorias: desospitalização - perspectiva da instituição; orientação para a família no processo de desospitalização; e organização da família do usuário em processo de desospitalização. Conclusão: O processo de desospitalização é importante, e todos os profissionais envolvidos têm a responsabilidade de oferecer a RAS e, no domicílio, condições para a continuidade e integralidade do cuidado fora do hospital. A análise dos dados revela que as estratégias utilizadas para melhor aceitação da família para a desospitalização têm sido insuficientes para favorecer a integralidade e a continuidade do cuidado no domicílio.

Palavras-chave: Desinstitucionalização. Serviços de Assistência Domiciliar. Continuidade da assistência ao paciente.

Abordagem domiciliar multidisciplinar e reabilitação em paciente pós-sequelas de intoxicação exógena

Autores: Lamardo JR, Lopes MB.

Instituição: Equipe multiprofissional de atenção domiciliar (Emad) e equipe multiprofissional de apoio (Emap) da UBS Vila Granada.

E-mail: julialamardo@gmail.com

Introdução: O paciente E.A.A., 45 anos, foi admitido no Serviço de Atenção Domiciliar da UBS Vila Granada após articulação entre UBS de referência de território de residência e respectiva Emad, em novembro de 2018. Esteve internado em hospital geral, de complexidade secundária, de julho a novembro de 2018, por causa de intoxicação exógena, com evolução para encefalopatia anóxica pós-parada cardiorrespiratória. Foram realizados traqueostomia, sondagem nasoentérica e tratamento de inúmeros processos infecciosos, obtendo alta pós-decanulação da traqueostomia, com melhora relativa clínica e laboratorial. Na admissão ao atendimento domiciliar, apresentava-se acamado, totalmente dependente para as atividades de vida diária, alimentando-se por sonda nasoenteral exclusivamente, emagrecido, em uso de sonda vesical de demora, com humor deprimido, comunicação prejudicada, com disartria importante e lesão por pressão estágio 4 em região sacral. **Objetivo:** Apresentar caso de atendimento domiciliar multiprofissional, o qual proporcionou êxito na reabilitação, funcionalidade, autonomia e melhora de qualidade de vida de paciente pós-alta hospitalar. **Metodologia:** Trata-se de um relato de caso no qual é exposto o trabalho desenvolvido pela equipe desde a admissão até a alta do SAD. **Resultados:** Paciente obteve alta do SAD após nove meses de acompanhamento multiprofissional, com importante articulação e empenho em conjunto com cuidadora (esposa de paciente), com melhora clínica, pós-reabilitação motora, melhora de padrão de marcha e de comunicação, alimentando-se via oral sem disfagia, humor eufórico, eutrófico, sem lesões de pele, com autonomia para atividades de vida diária e com frequência de ida à academia para realização de musculação e exercícios aeróbicos 5x/semana e sociabilidade. **Conclusão:** Ao identificar o resultado exitoso da reabilitação desse paciente, é possível ressaltar a importância da atuação da equipe multidisciplinar e multiprofissional de atendimento domiciliar, restabelecendo autonomia e qualidade de vida dele.

Palavras-chave: Multidisciplinar. Multiprofissional. Assistência. Domiciliar. Reabilitação. Cuidador.

Assistência ao paciente com diagnóstico clínico de porfiria aguda intermitente (PAI)

Autores: Barreto VN, Dorneles MSV.

Instituição: Vidalar - Assistência Domiciliar em Saúde.

E-mail: laurapimentel@vidalar.med.br

Introdução: A porfiria aguda intermitente (PAI) é uma doença genética rara, autossômica dominante, decorrente de um distúrbio na via hepática, causada pela redução dos níveis da enzima porfobilinogênio desaminase (PBG-D). Caracteriza-se por sinais e sintomas, geralmente intermitentes, que incluem dor abdominal, náuseas, vômitos, constipação ou diarreia, distensão abdominal, íleo adinâmico, retenção ou incontinência urinária, taquicardia, sudorese, tremores, febre, neuropatia periférica, distúrbios hidroeletrólíticos e psiquiátricos. Dieta hipocalórica e pobre em carboidratos pode precipitar uma crise de PAI. **Objetivo:** Destacar o benefício da assistência fisioterapêutica na assistência domiciliar em paciente de alta complexidade. **Caso:** O paciente G.C.A., sexo masculino, 37 anos, foi internado em 22/07/16 com história de obstrução intestinal, náuseas, vômitos e confusão mental. Após resultado na excreção urinária de ácido delta-aminolevulínico (ALA), foi confirmado o diagnóstico de PAI, sendo iniciado o atendimento pelo home care em dezembro de 2016. Inicialmente, o paciente encontrava-se restrito ao leito, traqueostomizado e dependente de ventilação mecânica contínua com O₂ a 2 l/min (Trilogy), apresentando dificuldade para mudança de decúbito. Em abril de 2017, após avaliação estática e dinâmica da musculatura respiratória, foi adicionado ao tratamento o uso do Power Breathe, associando o CPAP na terapia, em que foi alcançado o desmame total da VM. Na parte motora, houve melhora significativa no ganho de força muscular global, sendo que o paciente adquiriu independência funcional, tendo recebido alta do tratamento domiciliar em junho de 2018 e encaminhado para acompanhamento em clínica especializada. **Conclusão:** O presente estudo demonstra a importância e a necessidade da assistência fisioterapêutica em nível domiciliar em pacientes acamados e com prognóstico de restabelecimento de suas capacidades funcionais.

Palavras-chave: Porfiria aguda intermitente. Domicílio. Assistência fisioterapêutica.

Complicações gastrointestinais em pacientes idosos em terapia nutricional enteral domiciliar

Autores: Santos EF, Cordeiro PM, Castilho PHWC, Kopruszynski CP, Rezende IBD, Schieferdecker MEM.
Instituição: Universidade Federal do Paraná (UFPR) e Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR).
E-mail: emilainefsts@gmail.com

Introdução: O uso da terapia nutricional enteral domiciliar (TNED) tem se mostrado mais evidente, permitindo que o paciente passe mais tempo no ambiente familiar, contribuindo para a qualidade de vida, além de proporcionar redução dos custos envolvidos no ambiente hospitalar. Entretanto, indivíduos idosos podem apresentar maior incidência de complicações gastrointestinais por causa de funções fisiológicas e metabólicas reduzidas. **Objetivo:** Avaliar a incidência de complicações gastrointestinais em pacientes idosos em uso de TNED. **Metodologia:** Estudo quantitativo, de caráter transversal, realizado em 2017. Foram elencadas as complicações gastrointestinais em 95 idosos, com 60 anos ou mais, em uso de TNED, usuários do Programa de Atenção Nutricional às Pessoas com Necessidades Especiais de Alimentação do município de Curitiba. **Resultados:** Os pacientes, em sua maioria, eram mulheres 57% (n = 55), com média de idade de 77 anos (60-100). Os sintomas gastrointestinais foram relatados em 62% (n = 59) dos pacientes, sendo 35% (n = 34) por obstipação, 33% (n = 31) por diarreia, 24% (n = 23) por vômito, 15% distensão abdominal (n = 15) e 11% por náuseas (n = 10). **Discussão:** As complicações gastrointestinais foram frequentes nessa população. A obstipação pode estar relacionada com a baixa administração alimentar de fibras e líquidos, bem como a restrição ao leito, enquanto a diarreia pode estar relacionada à rápida administração da dieta, composição da fórmula, contaminação e até mesmo as enfermidades de base. **Conclusão:** A maioria dos pacientes apresentou complicações gastrointestinais. Existe a necessidade do acompanhamento por equipe multidisciplinar no domicílio, estabelecendo e monitorando os indicadores de qualidade da terapia, que pode vir a diminuir as complicações gastrointestinais acometidas nessa população. Sugere-se ainda a realização de treinamento para os cuidadores para garantir uma melhor qualidade de vida para esses pacientes.

Palavras-chave: Terapia nutricional enteral domiciliar. Idoso. Complicações gastrointestinais.

Riscos jurídicos e judicialização dos serviços de home care pediátrico

Autores: Kahale FR, Nascimento FQ, Melo BG, Santos JACB, Silva RR, Souza JQS.
Instituição: Homebaby - Atenção Domiciliar.
E-mail: diretoriahomocare@prontobaby.com.br

Nos últimos anos, o aumento das demandas judiciais contra empresas de prestação de serviços de assistência de saúde domiciliar tem sido exponencial. Assim, percebemos, em nossos serviços, a importância e a necessidade de investir na prevenção dos riscos jurídicos. Com base na experiência jurídica dos serviços prestados para o Homebaby, implementamos um trabalho de mapeamento de risco, visando expor a aplicação prática da responsabilidade civil, reduzindo os impactos das possíveis incidências de danos, indenizações, em especial em relação às particularidades que envolvem à assistência às crianças e adolescentes em serviços de pediatria. Podemos conceituar risco jurídico como a probabilidade da ocorrência de um evento previsível, incerto ou certo, de dimensões incalculáveis, capaz de afetar a esfera da empresa, tal como a probabilidade de sofrer uma ação judicial e uma consequente e inesperada condenação. Mais que necessário e imprescindível, é a perfeita parceria e atuação em sintonia do setor jurídico com a equipe operacional e multiprofissional, gerando para o binômio paciente-família uma maior segurança quanto aos serviços prestados. O presente trabalho apresenta a legislação-base aplicável ao serviço de assistência de saúde domiciliar pediátrico na relação empresa-paciente, tal como o Código de Defesa do Consumidor (CDC) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Palavras-chave: Riscos jurídicos. Serviços de pediatria.

Acompanhamento multidisciplinar em rede primária e terciária

Autores: Fiori LO, Garcia PR, Antonio TV.

Instituição: Superintendência de Atenção à Saúde (SAS-Seconci).

E-mail: emad.ubsjardimsaonicolau@sas-seconci.org.br

Paciente E.M.G., nascida em 11/12/1964, é acompanhada pela equipe Melhor em Casa desde 24/01/2018, com diagnóstico de obesidade mórbida, linfedema crônico de membros inferiores, úlcera varicosa em membros inferiores, hipertensão arterial e depressão; em acompanhamento multidisciplinar para cicatrização das úlceras com intervenção psicológica, nutricional e fisioterapêutica, em conjunto com tratamento semanal da equipe de enfermagem na realização dos curativos e estabilidade clínica. Durante conduta e acompanhamento da equipe de enfermagem, realizou tratamento vascular em outro serviço particular, gerando conflitos de conduta e ansiedade da paciente. Na visita domiciliar das auxiliares de enfermagem para o curativo, foi solicitada urgência para visita da médica e enfermeira da equipe por causa da alteração do quadro clínico. Paciente hipotensa, confusa, com queda de saturação (84%), hiperemia de membros inferiores, hipertermia, sem controle locomotor, úlcera varicosa com odor fétido, edema ++++|4+, obesidade mórbida, descorada e evoluindo com dispnéia e torpor, respiração abdominal, saturando 69%, além de bulhas hipofonéticas. Solicitado pela médica o serviço de emergência, foi encaminhada para o Hospital Santa Marcelina com quadro de hipóxia cerebral, obesidade mórbida e sepse cutânea, iniciando, assim, acompanhamento em rede por meio de visitas hospitalares e contato telefônico para acompanhamento do caso. Após alta hospitalar, foi realizado novo planejamento terapêutico, com acompanhamento intensivo de fisioterapia e enfermagem para evitar recidiva das úlceras varicosas e acompanhamento clínico. Durante visitas da fisioterapia, paciente iniciou com quadro de ausência da marcha, diminuição de força muscular de MMII, dispnéia a pequenos esforços. Atualmente, está deambulando com andador, ganho de força muscular, melhora da dispnéia aos esforços com desmame da oxigenoterapia e retorno às atividades de vida diária. Chegamos à conclusão de que, com acompanhamento multidisciplinar e em rede de atenção à saúde, é alcançado o prognóstico de melhora clínica e física, possibilitando retorno às suas atividades de vida.

Palavras-chave: Fisioterapia. Força muscular. Desmame. Ganho de força.

Características e diferenças no atendimento domiciliar na pediatria

Autores: Kahale FR, Silva ER.

Instituição: Homebaby - Atenção Domiciliar.

E-mail: diretoriahomecare@prontobaby.com.br

No Homebaby, os enfermeiros assistenciais assumem, cada vez mais, o papel de liderança com foco no gerenciamento da cadeia de cuidados, facilitando a adequação do ambiente domiciliar, visando à estabilidade clínica necessária e mantendo sempre o paciente como centro do cuidado. Uma das características do atendimento domiciliar pediátrico é a importante parceria com o cuidador, geralmente a mãe do paciente. Além de envolvida emocionalmente, é participante efetiva nos cuidados e gerenciamento do domicílio, o que, muitas vezes, impacta no atendimento. Se olharmos de forma positiva essa parceria, o acolhimento do familiar pelas equipes é crucial para o bom gerenciamento e desenvolvimento do programa. Por outro lado, esse excesso de envolvimento do cuidador traz, muitas vezes, impasses em relação às operadoras, pois carregam em seu bojo várias demandas sociais. No gerenciamento desse conflito, no Homebaby essa abordagem é realizada pela equipe do Centro de Apoio Familiar (CAF), composto de psicólogos e assistentes sociais, capacitados para o acolhimento das demandas passivas e/ou ativas, por parte dos responsáveis. Atualmente, em processo de certificação, implantamos rotinas e processos que auxiliam no gerenciamento e liderança das equipes no ambiente domiciliar pediátrico. O Grupo Prontobaby, do qual o Homebaby faz parte, conta com toda a cadeia de cuidados e informações que perpassam pela rede de serviços próprios interligados. Essa retaguarda de serviços de apoio o diferencia no mercado pediátrico, disponibilizando hospitais especializados em pediatria de alta complexidade, ambulatórios de especialidades pediátricas, UTI móveis para atendimentos de emergências, remoções eletivas e plantões 24h de equipes assistenciais especializadas em pediatria.

Palavras-chave: Pediatria. Acolhimento. Centro do cuidado.

Relação entre nutrição e fisioterapia na melhora respiratória no idoso com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC): relato de caso

Autores: Ponce GR, Gonçalves JK.
Instituição: Unimed Bauru.
E-mail: giedre@unimedbauru.com.br

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é caracterizada pela limitação progressiva do fluxo aéreo associada a uma resposta pulmonar inflamatória. Existe associação entre má nutrição, diminuição de força e resistência dos músculos respiratórios. **Objetivo:** Avaliar a relação entre a fisioterapia e a nutrição na melhora respiratória do idoso com DPOC. **Metodologia:** Paciente J.L.R., 88 anos, gênero masculino, com DPOC atendido pelo Serviço de Assistência Unimed Domiciliar (Saude) de Bauru. Foram realizadas quatro avaliações de 11/2018 a 09/2019. Foram analisados dados de saturação de oxigênio, uso do concentrador de oxigênio e antibioticoterapia (ATB). Para avaliação nutricional, foram realizadas medidas de circunferência do braço (CB), de circunferência da panturrilha (CP), de prega cutânea tricipital (PCT) e de prega cutânea subescapular (PCSE), cálculo de índice de massa corpórea (IMC) e área muscular do braço (AMB), análise de cardápio e suplementação. **Resultados:** A ingestão de cardápio na consistência geral e suplemento hiperproteico contribuiu para ganho de peso segundo IMC e tecido muscular conforme AMB e CP. Entretanto, a melhora da nutrição sem fisioterapia respiratória não colaborou para melhor saturação e menor uso de concentrador. Após apresentar melhor composição corporal, paciente suspendeu cardápio e suplementação, contribuindo para perda de peso segundo IMC, tecido muscular de acordo com AMB e CP, maior utilização de concentrador, infecção pulmonar e uso de ATB. Com o início da fisioterapia respiratória, houve ganho de peso conforme IMC e de tecido muscular segundo AMB e CP, além de menor uso de concentrador e melhor estabilidade respiratória. **Conclusão:** A nutrição contribuiu para melhor composição corporal, porém, sem a presença da fisioterapia respiratória, não houve melhora respiratória, o que exige que o paciente idoso com DPOC seja incentivado a dar seguimento às duas modalidades de tratamento.

Palavras-chave: Doença pulmonar obstrutiva crônica. Fisioterapia respiratória. Nutrição. Idoso.

Experiência da educação permanente do Homebaby voltada aos cuidadores

Autores: Rangel AS, Simão RF, Ribeiro KASS.
Instituição: Homebaby - Atenção Domiciliar.
E-mail: fisiohomecare@prontobaby.com.br

O treinamento de cuidadores realizado pelo Homebaby, por sua característica singular, é o resultado de um projeto multidisciplinar que tem como intuito capacitar responsáveis, geralmente parentes diretos (pai, mãe, avós etc.), quanto aos cuidados e procedimentos com as crianças em atendimento domiciliar. Os responsáveis e cuidadores, além de se sentirem inseguros, desconhecem seus direitos e responsabilidades e seu papel fundamental como partícipe do Programa de Atenção Domiciliar. Visando suprir essa demanda, convocamos fisioterapeutas, enfermeiros, médicos, nutricionistas e o Centro de Apoio ao familiar (CAF), formado por assistentes sociais e psicólogos, para a realização de treinamentos sistêmicos. Estes são realizados no nosso centro de treinamento de forma teórica e prática por meio de bonecos, materiais e equipamentos normalmente utilizados na internação domiciliar. Abordamos com mais ênfase a forma de agir diante das possíveis intercorrências. A cada evento, constatamos a necessidade de inserção de novos temas a serem abordados, conforme a complexidade exigida na internação domiciliar pediátrica. Por causa da dificuldade de os cuidadores comparecerem ao nosso auditório, pois, na maior parte das vezes, são cuidadores exclusivos da criança, realizamos o treinamento no próprio domicílio, porém o ideal é que seja realizado em conjunto, pois a troca de experiência é extremamente rica, motivo pelo qual insistimos no planejamento de oferecer rotineiramente treinamentos globais para todos os responsáveis, independentemente do tempo de internação domiciliar.

Palavras-chave: Treinamento do cuidador. Educação permanente.

Acurácia na investigação de pneumonia associada à ventilação mecânica na internação domiciliar

Autores: Rangel AS, Leal IA, Teixeira CH, Silva ARA.

Instituição: Homebaby - Atenção Domiciliar.

E-mail: fisiohomecare@prontobaby.com.br

Na área de saúde, os sistemas de informação podem ser entendidos como um instrumento para adquirir, organizar e analisar dados necessários à definição de problemas e riscos à saúde. Nesse cenário, torna-se cada vez mais imprescindível um banco de dados preciso para construção de indicadores que demonstrem a realidade do serviço. O Serviço de Atenção Domiciliar tem como uma das assessorias a Comissão de Controle de Infecção Domiciliar (CCID), cuja missão é realizar a prevenção e o controle de infecções relacionadas ao atendimento em domicílio. Preocupados com essa inquietação, a CCID buscou a parceria do serviço de fisioterapia com intuito de depurar os dados para confecção de evidências com vistas à redução máxima possível de incidência e da gravidade das pneumonias associadas à ventilação mecânica, haja vista que esta é uma das mais prevalentes infecções domiciliares. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária, por meio da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 11 de 2006, determina que a elaboração e a implementação de um Programa de Prevenção e Controle de Infecções e Eventos Adversos (PCPIEA) visam à redução da incidência e da gravidade desses eventos e avaliação do desempenho e padrão de funcionamento global do serviço, mediante o cálculo da taxa de infecção para a modalidade internação domiciliar e outros indicadores. O envolvimento do serviço de fisioterapia na coleta de dados e análise crítica da densidade de incidência de PAV traz subsídios para a melhoria na segurança do paciente. Dessa maneira, essa parceria contribui para o êxito da terapêutica clínica proposta e a redução das infecções e, conseqüentemente, da hospitalização desses pacientes acometidos por PAV.

Palavras-chave: Pneumonia. Ventilação mecânica. Infecção domiciliar.

Ação do monitoramento de um protocolo clínico na diminuição da taxa de internação hospitalar

Autores: Rangel AS, Santoro AI, Souza MS.

Instituição: Homebaby - Atenção Domiciliar.

E-mail: fisiohomecare@prontobaby.com.br

O Serviço de Atenção Domiciliar pediátrico do Homebaby hoje atende 150 pacientes em todo o estado do Rio de Janeiro, dos quais 54% correspondem à alta complexidade, e 25%, à média complexidade (tabela Abemid). De acordo com o perfil epidemiológico do Homebaby, 84% dos nossos diagnósticos são de doenças neurológicas (encefalopatias), e a maior causa de infecção é de origem respiratória. Dessa forma, escolhemos o protocolo de pneumonia para monitoramento contínuo, com a preocupação da instituição na frequência dessa patologia nos pacientes em internação domiciliar e também pelo fato de serem pacientes de risco de internação hospitalar. A pneumonia é um processo inflamatório do parênquima pulmonar, acompanhado ou não de comprometimento pleural, geralmente por bactérias, vírus e bactérias atípicas, por via inalatória, disseminação hematogênica, por aspiração ou contigüidade. Por causa da complexidade dos pacientes, iniciamos o gerenciamento do protocolo de pneumonia, que se dá por meio do monitoramento da taxa de adesão ao protocolo, o uso do antibiótico de acordo com a padronização estabelecida pela instituição e a taxa de internação hospitalar dos acometidos. O monitoramento é realizado diariamente, e a análise crítica é trimestral, iniciada em janeiro de 2018, em que a ferramenta utilizada é um sistema eletrônico que unifica as informações gerando um banco de dados que propicia a construção desse indicador. Concluímos que a implantação do protocolo foi efetiva, possibilitando a atualização da gestão de antimicrobianos, o acompanhamento do tratamento de pneumonia e, conseqüentemente, a redução da taxa de internação hospitalar dos pacientes atendidos no Homebaby.

Palavras-chave: Pneumonia. Monitoramento. Internação hospitalar. Protocolo.

O desafio da acreditação em domicílio

Autores: Alvarenga ALRS, Simão RF, Ribeiro KASS.

Instituição: Homebaby - Atenção Domiciliar.

E-mail: analucia.alvarenga@gmail.com

O Homebaby é uma empresa especializada em atenção e internação domiciliar, exclusivamente pediátrica, sendo a única no estado do Rio de Janeiro, tendo sob a nossa responsabilidade aproximadamente 150 pacientes. Mediante esse cenário, vimos a necessidade de oferecer uma assistência de qualidade e segura aos pacientes e aos profissionais, promovendo qualificação da equipe multiprofissional por meio de treinamentos periódicos. Com o panorama descrito, sentimos a necessidade de nos adequar aos padrões de qualidade assistenciais, percebendo, assim, que, para ocorrer essa mudança, é necessário um direcionamento que pode ser alcançado por meio da acreditação, processo que determina uma mudança de atitude, proveniente de um sistema de construção fundamentado no compartilhamento de informações, definições claras de objetivos e metas. Vale destacarmos que as pessoas são elementos fundamentais para que haja mudança de cultura voltada à prevenção e melhoramento contínuo da assistência. Como parte da acreditação, foi realizada uma adequação para que todos aplicassem na prática diária os processos de qualidade, tanto por parte dos colaboradores que trabalham diretamente no domicílio quanto os familiares dos pacientes. A partir do processo implementado, foi observada a importância da família, por meio da capacitação do responsável/cuidador com reuniões trimestrais, em que há orientação sobre os cuidados prestados, visando sempre à melhoria da qualidade da assistência domiciliar e adesão aos protocolos assistenciais. Foi percebido que, a partir dos indicadores levantados, houve a adesão dos profissionais da empresa, terceirizados e familiares ao processo de acreditação. Esse fato refletiu na melhoria da assistência prestada nos cuidados domiciliares e na segurança do paciente.

Palavras-chave: Acreditação. Qualidade. Segurança do paciente.

Acolhimento e humanização na atenção domiciliar do Homebaby: um olhar psicossocial

Autores: Alvarenga ALRS, Gil TNRA, Carmo CR, Freitas CAA.

Instituição: Homebaby - Atenção Domiciliar.

E-mail: analucia.alvarenga@gmail.com

Consiste no relato das psicólogas e assistentes sociais que compõem o Centro de Apoio ao Familiar (CAF) acerca da experiência vivida com pacientes, cuidadores e equipe multiprofissional de assistência domiciliar, com uma proposta de mediação da relação estabelecida nesse tripé. Objetivou-se refletir sobre a prática de atendimento a partir de uma escuta acolhedora às famílias, apontando os desafios e as potencialidades de uma internação domiciliar de pacientes pediátricos e a humanização no atendimento prestado pela equipe multidisciplinar. O termo “humanização” é um conceito difícil, porque apresenta características complexas e subjetivas. Apesar de qualitativamente positivo, esse conceito pode manifestar diferentes significados por causa de diferenças culturais, valores individuais e demandas singulares dos pacientes e famílias. Dentro desse contexto, torna-se necessário considerar as particularidades de cada uma das famílias e poder ouvi-las para além dos contornos patológicos, permitindo ao cuidador a expressão da sua subjetividade e melhor compreensão do cenário vivido por essa família, que tem um de seus membros dependente de cuidado multidisciplinar. Conclui-se que a escuta e o acolhimento podem promover importantes ganhos para cuidador e paciente, além de proporcionar uma transformação na dinâmica de interface entre os profissionais e no âmbito dos serviços prestados pelo Homebaby. Assim, por se tratar de uma proposta de mediação, o CAF enfrenta alguns obstáculos, como a impossibilidade de o paciente sair do ambiente residencial, o adoecimento da família com o paciente, além de toda a logística de funcionamento de uma atenção domiciliar e demais fatores limitantes que podem ser minimizados a partir de uma equipe que se corresponsabiliza, sempre com foco em um atendimento humanizado e funcional.

Palavras-chave: Acolhimento. Humanização. Psicossocial. Escuta. Mediação.

Ações de qualidade para o consumo e controle dos insumos na pediatria no domicílio

Autores: Alvarenga ALRS, Lacerda DS, Simão RF, Ferreira CP, Mattos AM.

Instituição: Homebaby - Atenção Domiciliar.

E-mail: analucia.alvarenga@gmail.com

No intuito de melhorar a qualidade na assistência ao paciente pediátrico internado sob o regime de atenção domiciliar no que se refere à terapia medicamentosa, o Homebaby tem como foco também o gerenciamento eficaz do controle dos produtos fornecidos para os pacientes. Na pediatria, os medicamentos rotineiramente são multidose e recebem etiquetas sinalizadoras de validade; sendo assim, os produtos, quando abertos, recebem uma nova e menor validade (seguindo orientações dos fabricantes), permitindo à equipe de enfermagem controlar a substituição deles em tempo hábil, se necessário, e também o acompanhamento dessa rotina por parte dos cuidadores. Em relação às nossas prescrições, apresentamos um formato inovador, em que os medicamentos são separados por terapias, ou seja, organizados por grupos e vias de administração específicos. Esse método facilita a avaliação multidisciplinar, sobretudo do médico assistente, pois possibilita mais agilidade e precisão na análise de reações e de resultados nas terapias prescritas. Esse modelo de prescrição adotado permite colocar as terapias em ordem de importância, permanecendo na parte superior os medicamentos utilizados de acordo com os achados clínicos mais relevantes dos pacientes. As prescrições do Homebaby seguem regras e legislações pertinentes referentes às prescrições médicas, porém ressaltamos que nesse modelo conseguimos melhor entendimento das equipes e familiares, reduzindo o risco de administrações incorretas, considerado pelo Serviço de Atenção Domiciliar, como o maior impacto e relevância quando se trata de mecanismos de segurança do paciente.

Palavras-chave: Controle. Prescrição. Atenção domiciliar.

Telemonitoramento: uma ferramenta indispensável ao atendimento domiciliar

Autor: Guimenes GFLO.

Instituição: Unimed Bauru.

E-mail: glauciaflog@gmail.com

Introdução: O Serviço de Atendimento Unimed Domiciliar (Saud) de Bauru possui aproximadamente 280 pacientes cadastrados, que são divididos em duas modalidades de atendimento: gerenciamento de casos, que são os pacientes de menor complexidade, e internação domiciliar, que são os pacientes de maior complexidade. Os pacientes, na maior parte, são idosos portadores de doenças crônicas e, por causa de suas limitações físicas e/ou cognitivas, necessitam constantemente de apoio profissional, seja presencial, seja via contato telefônico. Objetivo: Identificar agravos à saúde, prevenir internações, monitorar o estado geral dos pacientes e identificar as dúvidas frequentes e necessidades do cuidador/familiar. Metodologia: Foi realizado contato telefônico mensal com os pacientes de baixa complexidade e quinzenal com os pacientes de internação domiciliar. Resultados: Foi possível verificar que o cuidador/familiar se sentiu acolhido pela equipe que se fez presente via contato telefônico. Houve maior adesão às orientações repassadas em razão do vínculo que se estabeleceu. A detecção das complicações possibilitou tomada de decisões, prevenindo, assim, os agravos e evitando idas ao pronto atendimento, o que fortaleceu a confiança na equipe. Conclusão: Possibilitou um melhor relacionamento com a equipe e consequente melhora no cuidado e na qualidade de vida com soluções mais rápidas após identificação da problemática. Foi um suporte para questões clínicas e emocionais que fortaleceu a confiança do cuidador/familiar/paciente na equipe.

Palavras-chave: Monitoramento. Contato telefônico. Confiança.

Atuação da fonoaudiologia no desmame da gastrostomia na síndrome de Arnold-Chiari tipo 2

Autores: Santoro AI, Sampaio MAF, Uzeda MP.
Instituição: Homebaby - Atenção Domiciliar.
E-mail: qualidade@prontobaby.com.br

A síndrome de Arnold-Chiari é uma rara malformação de origem congênita do sistema nervoso central (SNC). Seus principais sinais e sintomas são relacionados ao comprometimento do bulbo e dos nervos cranianos baixos. Dificuldades de sucção, apneia, cianose e pescoço retrovertido são frequentemente observados, assim como disfagia neurogênica com refluxo gastroesofágico. O objetivo do nosso relato é verificar a evolução da introdução de dieta, por via oral, em paciente gastrostomizado com diagnóstico de síndrome de Arnold-Chiari tipo 2, evitando o agravamento e a necessidade de reinternação hospitalar por complicações inerentes ao dispositivo de gastrostomia. Essa descrição diz respeito a um paciente do sexo masculino, com idade de 3 anos e 3 meses. Em outubro de 2016, na avaliação inicial em ambiente hospitalar, paciente se enquadrou na Escala de Fois nível 1, em que não apresentou condições seguras para início de dieta via oral. Após um ano de internação domiciliar com o Homebaby, paciente apresentou leve alteração dos órgãos fonoarticulatórios, deglutições fisiológicas completas e ausência de sialorreia. Em reavaliação, em dezembro de 2018, observou-se crescente evolução de aceitação plena da dieta por via oral em todas as consistências. Após 2 anos e 2 meses de terapia fonoaudiológica, 3x/semana, concluiu-se que o paciente se encontrava apto para retirada da gastrostomia, já que havia aceitação plena da dieta.

Palavras-chave: Fonoaudiologia. Disfagia. Arnold-Chiari.

Diferencial de uma empresa acreditada plena ONA 2 em internações domiciliares de 12h e 24h

Autores: Martins PA, Duarte MF.
Instituição: KZT Serviços Médicos de Atenção Domiciliar.
E-mail: patricia@kzt.com.br

Introdução: A KZT é uma empresa sul-mato-grossense iniciada em 2007 e certificada desde 2016. Objetivo: Demonstrar o que está implícito nas internações domiciliares de 12h e 24h em uma empresa ONA 2. Metodologia: Aplicação da metodologia do Sistema Brasileiro de Acreditação e do Manual Brasileiro de Acreditação por parte das entidades credenciadas pela ONA. Resultados: Empresa diferenciada por apresentar equipe de desospitalização; conferência familiar; gerenciamento por farmacêutica clínica; programa de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde nos domicílios; engenharia clínica para manutenção preventiva, corretiva e calibração dos equipamentos; plantão 24h para atendimento de urgência e emergência utilizando o protocolo de Mews; plano individualizado de ambulância; gestão de pessoas; educação permanente com avaliação de desempenho individual e em equipe; segurança e saúde do trabalhador; serviço de logística, gestão de compras, equipamentos, esterilização de materiais com qualificação e avaliação de desempenho dos fornecedores; gerenciamento de trocas de dispositivos; análise crítica dos indicadores para tomadas de decisões; treinamento dos cuidadores formais e informais; comunicação informatizada entre operadoras, KZT e familiares; quadro de comunicação no domicílio; reunião da equipe interdisciplinar, revendo metas do plano terapêutico; auditoria clínica e de controle de infecção domiciliar; comissões para revisão de prontuário, óbito e padronização de materiais e medicações; gestão da qualidade; gestão de risco; apresentação da performance às operadoras para negociações; planejamento estratégico revisitado periodicamente; gestão com foco no paciente e profissionalização da alta administração. Conclusão: Desta maneira, não somos um serviço isolado de internação domiciliar, e sim a gestão de todos os processos que levam a garantia da segurança e qualidade no atendimento ao paciente, colaboradores, fornecedores e operadoras de saúde.

Palavras-chave: Internação domiciliar. Gestão da qualidade. Gestão de riscos. Acreditado pleno.

O papel do Homebaby na doença de Tay-Sachs

Autores: Santoro AI, Duarte FRMH.
Instituição: Homebaby - Atenção Domiciliar.
E-mail: qualidade@prontobaby.com.br

A doença de Tay Sachs (DTS) é uma patologia neurodegenerativa autossômica recessiva, em que ocorre um acúmulo dos gangliosídeos GM2, especialmente nos neurônios, por causa de um defeito na “enzima hexoaminidase A”, que não faz a digestão desses gangliosídeos. Esse acúmulo causa um dano progressivo e irreversível desses neurônios, atingindo principalmente a capacidade psicomotora. Um dos sinais característicos é uma mácula cereja no olho, ocasionada por oclusão da artéria central da retina, seguida de cegueira, surdez, incapacidade de engolir, atrofia dos músculos e paralisia. O diagnóstico é realizado por meio da dosagem dos níveis de hexoaminidase A no sangue e pode ser feita também durante a gestação, quando se tem certeza de que os pais são portadores. A doença pode se manifestar de três formas: infantil, juvenil e adulta. Na forma infantil, a sobrevida é até cinco anos. O objetivo é relatar a atuação relevante da atenção domiciliar em uma doença progressiva, aumentando a sobrevida e melhorando a qualidade de vida no conforto do lar e da família. Apresentamos três casos que tiveram resultados diferenciados: P.H.L.S., 9 anos, em atenção domiciliar, acamado, gastrostomizado e traqueostomizado, em Bipap contínuo, mas estável; A.S.P.R., 5 anos, em atenção domiciliar, gastrostomizada e traqueostomizada, acamada, ainda em ar ambiente, sem suporte ventilatório; e E.S.P.R., falecida aos 6 anos, por diagnóstico tardio e sem suporte adequado. O tratamento com transplante de medula ou genético para a DTS ainda está em estudo; portanto, atualmente, o que se tem de mais adequado é a atenção domiciliar, em que a criança é acompanhada por uma equipe multiprofissional com suporte de equipamentos para a manutenção da vida com qualidade.

Palavras-chave: Tay Sachs. Neurodegenerativa. Sobrevida.

Educação permanente implantada em atenção domiciliar com simulação realística

Autores: Leite Junior EJC, Martins PA.
Instituição: KZT Serviços Médicos de Atenção Domiciliar.
E-mail: patricia@kzt.com.br

Introdução: A KZT é uma empresa sul-mato-grossense iniciada em 2007 e certificada desde 2016, obtendo Acreditação Plena. Objetivo: Demonstrar a eficácia da educação permanente com a implementação da simulação realística. Metodologia: Realizada pela gestão de pessoas e profissionais interdisciplinares qualificados que participam desde o processo de admissão de colaboradores por seleção com a prova teórica e avaliação psicológica. Após aprovação, seguem para a integração e montagem do dossiê com documentação e assinatura dos termos. Introduzidos no programa de capacitação técnica e prática pela simulação realística mensal, todos passam por avaliação de desempenho para monitoramento. São realizados treinamentos *in loco* a todos profissionais nos domicílios, cursos extracurriculares, orientações semanais em vídeo, implantação de aplicativo e cursos para os familiares, sendo ainda incluídos no programa de qualidade de vida do trabalhador. Resultados: Em comparação entre os anos de 2017 e 2018, obtivemos: taxa de turnover de 8,7% para 5,5%; taxa de absenteísmo de 5,5% para 5,8%; taxa de adesão à capacitação de 72% para 80%; taxa de acidente de trabalho de 1,1% para 0,37%. Verificaram-se ainda taxa de adesão à qualidade de vida de 52% para 60% e taxa de satisfação de 77% para 85%, com índice de desempenho individual de 85,5%. Conclusão: Após análise crítica de indicadores como diminuição na taxa de turnover, acidente de trabalho, aumento da taxa de capacitação, qualidade de vida e satisfação do cliente interno e externo, demonstra-se que a educação permanente, além de contribuir para melhoria contínua e qualidade de vida dos colaboradores, proporciona melhoria da eficiência operacional e empresarial. A implementação do centro de simulações realísticas integra profissional, paciente e família, evidenciando situações rotineiras domiciliares e contribuindo para o gerenciamento de conflito.

Palavras-chave: Educação permanente. Simulação realística. Gestão de pessoas.

Terapia nutricional e cuidados de enfermagem no processo de cicatrização de lesão por pressão

Autores: Pereira RA, Araújo AH, Santoro AI, Rosa CA.

Instituição: Homebaby - Atenção Domiciliar.

E-mail: roberta.deaquino@yahoo.com

As lesões por pressão são definidas como danos localizados na pele ou tecido subjacente, geralmente sobre um osso proeminente ou região do corpo com menor quantidade de massa muscular. O presente estudo descreve a terapia conjunta entre enfermagem e nutrição no processo de cuidado domiciliar de um paciente em homecare pediátrico, proveniente de uma internação hospitalar prolongada, com múltiplas lesões por pressão. Adolescente, A.G.T., sexo masculino, com diagnóstico de encefalopatia pós-parada cardiorrespiratória, hipertonia muscular, desnutrição, com múltiplas lesões por pressão grau 3 com tecido de granulação, esfacelo e exposição de tecido ósseo. No tratamento e cicatrização das lesões foram utilizados cuidados de enfermagem, tais como: mudança de decúbito, diminuição de umidade, prevenção de cisalhamento e utilização de coberturas especiais para a pele em conjunto com a assistência nutricional. Como cuidados das lesões foram utilizados os seguintes itens: gel hidratante, creme de barreira e cobertura à base de alginato. A terapia nutricional proposta foi hipercalórica e hiperproteica, predominantemente industrializada. Alcançou-se a cicatrização das lesões, com ganho de peso adequado para o paciente, e, conseqüentemente, houve melhora da qualidade de vida e redução do custo do atendimento domiciliar. Ressaltamos a educação permanente dos profissionais para a prevenção do surgimento de nova lesão por pressão.

Palavras-chave: Lesão por pressão. Terapia nutricional.

Terapia nutricional domiciliar

Autores: Pereira RA, Simão RF, Araújo AH.

Instituição: Homebaby - Atenção Domiciliar.

E-mail: roberta.deaquino@yahoo.com

O Serviço de Atenção Domiciliar pediátrica do Homebaby, localizado na cidade do Rio de Janeiro, composta de equipe multidisciplinar, atende, em sua maioria, pacientes pediátricos com encefalopatias e/ou síndromes genéticas. A terapia nutricional domiciliar (TND) é parte das ações de promoção à saúde e possui alta recomendação na recuperação ou manutenção do estado clínico-nutricional do paciente no ambiente domiciliar. Cada etapa para a prática da TND deve ser individualizada de acordo com as suas condições (clínica e nutricional), adaptado à realidade de cada local, fonte pagadora e dinâmica familiar. A equipe responsável pela alta hospitalar deve informar à família as possibilidades de administração da TND (via e forma de administração, além da dieta propriamente dita). No Homebaby, quanto à via de administração, 84,4% se alimentam por gastrostomia, 3,1%, via sonda transgástrica jejunal, 0,8%, via sonda nasoenteral, e 11,7%, via oral. Em relação ao método de infusão, 31,25% utilizam exclusivamente bomba de infusão, e 7,81%, bomba de infusão e gavagem simples (bolus) concomitantemente. A gavagem simples é praticada por 47,66% dos pacientes, enquanto 1,56% administra a dieta por gotejamento gravitacional, além de 11,72% dos pacientes alimentarem-se por via oral (com ou sem auxílio). A TND pode ser dividida em quatro grupos: 30,5% com dieta industrializada exclusiva, 20,3% com dieta industrializada complementando a dieta artesanal, 21,9% com dieta artesanal exclusiva e 27,3% com dieta artesanal e suplementação alimentar. Cada paciente é criteriosamente avaliado para a determinação do método de infusão e dieta prescrita. Alguns dos critérios considerados são: estabilidade hemodinâmica e metabólica, tolerabilidade à TND indicada, condições das residências, comprometimento do cuidador e humanização. A TND bem planejada reduz complicações nutricionais e clínicas, ajudando a prevenir intercorrências e possíveis internações hospitalares.

Palavras-chave: Terapia nutricional domiciliar. Atenção domiciliar.

Cuidando de quem cuida: KZT, a arte do cuidar

Autores: Leguizamon MAR, Martins PA.

Instituição: KZT Serviços Médicos de Atenção Domiciliar.

E-mail: patricia@kzt.com.br

Introdução: A KZT, criada em 2007, tem por finalidade, por meio de equipe interdisciplinar, prestar assistência aos pacientes de alta complexidade no âmbito domiciliar e oferecer assistência ao cuidador, visto como quem cuida também merece cuidado. Os cuidadores podem passar por um verdadeiro processo de luto desde o momento do diagnóstico, por isso tão importante quanto cuidar do paciente é a atenção oferecida àqueles que estão envolvidos no seu cuidado, sejam eles familiares, sejam eles profissionais de ajuda. **Objetivo:** Destacar a importância do cuidador e disponibilizar um espaço de roda de conversa, favorecendo o compartilhar de vivências relacionadas à nova rotina no domicílio e a expressão de sentimentos dessas vivências, melhorando a comunicação, o enfrentamento e a percepção de necessidades individuais de cada cuidador para melhor atendimento ao paciente. **Metodologia:** Com o processo de Certificação ONA, a Comissão de Segurança e Qualidade reformulou o protocolo de admissão dos novos pacientes, criou o protocolo e manual do cuidador, implementando o diário do cuidador, oficinas de lazer, dinâmicas de grupo e cursos para o cuidado, instituiu os indicadores de monitorização e analisou os casos de não conformidades, bem como realizou conferência familiar para detecção das ações de melhoria contínua, além da implementação dos Enfermeiros da Alegria como ação social da empresa. O presente relato fundamentou-se em levantamento de dados, de janeiro de 2017 a setembro de 2018, dos registros de pesquisa de satisfação do cliente/paciente, com respectivos resultados de 77% para 86%. **Conclusão:** Os resultados apresentados sugerem inúmeros benefícios com a gestão do autocuidado, principalmente para a segurança do paciente e a sustentabilidade da instituição.

Palavras-chave: Cuidador. Diário do cuidador. Manual do cuidador. Segurança do paciente.

Perfil nutricional de pacientes pediátricos em atenção domiciliar

Autores: Pereira RA, Simão RF, Araújo AH.

Instituição: Homebaby - Atenção Domiciliar.

E-mail: roberta.deaquino@yahoo.com

O Serviço de Atenção Domiciliar pediátrico do Homebaby, localizado na cidade do Rio de Janeiro, dispõe de equipe de nutricionistas que acompanham, atualmente, cerca de 150 pacientes pediátricos com encefalopatias e/ou síndromes genéticas. Nas consultas domiciliares são realizados antropometria (peso, altura/comprimento, circunferência do braço, perímetro cefálico), avaliação clínica e laboratorial (quando necessário) e diagnóstico nutricional por meio dos índices antropométricos de acordo com idade e sexo do paciente. A conduta nutricional é traçada conforme as necessidades nutricionais individuais de cada paciente, segundo recomendações internacionais. Nesse indicador, a periodicidade do levantamento dos dados é mensal, e a periodicidade da análise é semestral. Por intermédio do monitoramento do estado nutricional, são propostas intervenções para a manutenção do estado nutricional adequado, a eutrofia. Em análise realizada em janeiro de 2019, do total de 125 pacientes, 54% eram eutróficos, 24%, de baixo peso, 4%, de muito baixo peso, 14%, de sobrepeso, e 4%, de obesidade. Feitas as intervenções necessárias, em julho de 2019 foram analisados 143 pacientes, sendo encontrados os seguintes dados: 61% de pacientes eutróficos, 17% diagnosticados com baixo peso, 4% com muito baixo peso, 14% com sobrepeso e 4% com diagnóstico de obesidade. Houve melhora do perfil nutricional, com aumento de pacientes eutróficos, reduzindo o percentual de pacientes com baixo peso. Pacientes com muito baixo peso, sobrepeso e obesidade mantiveram-se com o mesmo percentual. Cabe observar que a população estudada pode ser modificada a cada semestre por causa das novas implantações, óbitos e internações hospitalares. As principais intervenções realizadas são o planejamento nutricional (cálculo e adequação do tipo de dieta), orientação para manejo nas intercorrências gastrointestinais (diarreia, náuseas, constipação intestinal, distensão abdominal, vômito), orientação dos cuidadores e adesão da família e técnicos de enfermagem em relação às orientações realizadas.

Palavras-chave: Antropometria. Perfil nutricional. Consultas domiciliares.

Controle de infecção domiciliar do Serviço de Atenção Domiciliar pediátrica do Homebaby

Autores: Simão RF, Ribeiro KASS, Teixeira CH.

Instituição: Homebaby - Atenção Domiciliar.

E-mail: homecare@prontobaby.com.br

O Serviço de Atenção Domiciliar do Homebaby tem como objetivo principal a promoção, manutenção e/ou reabilitação da saúde das crianças portadoras de doenças crônicas e que necessitam de cuidados especiais, e estar em casa e na companhia da família é fundamental para a recuperação delas. Porém, para que as crianças possam ser desospitalizadas com segurança, é necessário que elas atendam aos critérios de elegibilidade. Um deles é a avaliação residencial, em que o ambiente como um todo é observado, para que o Programa de Atenção Domiciliar possa ser instalado sem qualquer tipo de riscos ao paciente. Após o início do programa, o acompanhamento das condições do ambiente domiciliar e as práticas adotadas pelos cuidadores e profissionais no cuidado dos pacientes são de extrema importância para evitar a reinternação das crianças e minimizar os riscos de infecção. Preocupado com essa problemática, o Homebaby conta com o apoio/consultoria da enfermeira responsável pela Comissão de Controle de Infecção Domiciliar (CCID), que traça diretrizes e ações sistemáticas e contínuas destinadas a prevenir, controlar, mitigar ou eliminar riscos, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções, visando à proteção dos pacientes/clientes, dos profissionais de saúde e da população, haja vista nossa proximidade por conta do cuidado domiciliar. Para fins de execução, institucionaliza as práticas de precaução nas ações do cuidado, propiciando comportamentos de segurança. Com essa parceria, visamos minimizar os riscos de infecção dos pacientes, evitando, assim, reinternações hospitalares, além da segurança passada aos familiares que se tornam parceiros desse processo de prevenção e controle na linha do cuidado.

Palavras-chave: Infecção domiciliar. Atenção domiciliar pediátrica.

Auditoria clínica em atenção domiciliar para garantia de melhoria contínua por meio do plano terapêutico

Autores: Leguizamon MAR, Santana PAS, Souza DB.

Instituição: KZT Serviços Médicos de Atenção Domiciliar.

E-mail: maely@kzt.com.br

Introdução: A KZT, criada em 2007, tem por finalidade, por meio de uma equipe interdisciplinar, prestar assistência aos pacientes de alta complexidade no âmbito domiciliar, atendendo e avaliando a qualidade da prática assistencial prestada aos pacientes por meio da análise dos registros clínicos e observação direta do paciente. Objetivo: Destacar a importância da auditoria clínica e garantir melhorias contínuas por intermédio do plano terapêutico, tendo como principal finalidade unificar o plano de cuidado e promover a comunicação entre os profissionais; gerenciar questões relacionadas à segurança do paciente e identificação de eventos, criando ou planejando a gestão de risco e como ele é executado; verificar a prática dos protocolos gerenciados e protocolos de cuidados. Metodologia: O presente relato fundamentou-se em levantamento de dados do perfil epidemiológico, prevalência e complexidade de cada paciente com o processo de Certificação ONA. A Comissão de Segurança e Qualidade reformulou o protocolo de auditoria clínica, implementando o plano terapêutico, capacitou a equipe, instituiu os indicadores de monitorização e analisou os casos de não conformidades, bem como realizou revisões de prontuários e reuniu a visão multiprofissional sobre a gestão de casos, para detecção das ações de melhoria contínua. Com isso, o crescimento e a avaliação do cliente obtiveram melhora na avaliação de satisfação de 4,2 para 9,9 pontos durante a implementação. Conclusão: Os resultados apresentados sugerem inúmeros benefícios com a gestão do cuidado, sendo iniciada na admissão do paciente em domicílio, momento ideal para discussão entre a equipe interdisciplinar, avaliando a qualidade da prática assistencial prestada aos pacientes por meio da auditoria clínica, gerenciando todo o plano terapêutico e os riscos ao longo da sua permanência.

Palavras-chave: Auditoria. Segurança. Plano terapêutico. Melhoria contínua.

Ventilação mecânica domiciliar e cirurgia bariátrica: relato de caso

Autores: Almeida AECG, Vidigal DNC.
Instituição: Universidade Federal de Uberlândia.
E-mail: anaecga@gmail.com

Paciente A.A.V., sexo masculino, 44 anos, índice de massa corporal (IMC 55,01 kg/m²), classificação de obesidade grau III. Após internação prolongada no Hospital de Clínicas de Uberlândia, foi admitido no SAD-UFU com quadro de hipoventilação alveolar associada à obesidade, hipercapnia importante (PCO₂ 63,8 mmHg), dispnéia aos pequenos esforços e dessaturação de até 50%. No domicílio, o paciente permaneceu em oxigenoterapia e em ventilação não invasiva (VNI) com máscara nasal, monitorado de forma remota pelo sistema AirView TM. O telemonitoramento permitiu manter o paciente de forma segura no domicílio, promovendo maior adesão à terapia ventilatória e redução dos custos da assistência. Paralelamente aos cuidados domiciliares, o paciente foi encaminhado para a cirurgia bariátrica. Durante acompanhamento e preparação para a cirurgia, por meio de mudanças comportamentais, evoluiu com perda ponderal de 12,5% (20 kg), melhora da dispnéia e do desconforto respiratório. No período pós-operatório, atingiu os critérios para alta do oxigênio suplementar. Após seis meses da cirurgia, com perda ponderal de 31,4% (50 kg) e parâmetros ventilatórios e gasométricos normais (Ph 7,39; PO₂ 66,6 mmHg; PCO₂ 40,6 mmHg; HCO₃ 24,1 mmol/L; Sat O₂ 92,6%), recebeu alta clínica do SAD e foi transferido para a rede de atenção primária. Observamos que os tratamentos oferecidos proporcionaram ao paciente melhora na qualidade de vida e reinserção no mercado de trabalho, comprovando que a integração entre as equipes de saúde leva ao sucesso na condução dos casos.

Palavras-chave: Ventilação não invasiva. Obesidade mórbida. Cirurgia bariátrica.

Cuidados realizados a idosos em domicílio por cuidadores familiares

Autores: Pereira JA, Bazílio J, Figueira MCS, Souza ID, Silva EM.
Instituição: Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).
E-mail: jessica.aquino@gmail.com

Introdução: Cuidados a idosos dependentes em domicílio exigem não apenas destreza manual e técnica, mas também conhecimentos específicos. Nesse sentido, iniciativas de educação em saúde e inclusão das cuidadoras familiares no plano assistencial dos profissionais devem transcender o repasse de informações técnicas. Objetivo: Comparar os cuidados aos idosos e suas interfaces com a atenção domiciliar. Metodologia: Estudo transversal e quantitativo, realizado entre 2017 e 2018, com 88 cuidadores familiares de idosos assistidos nos Serviços de Atenção Domiciliar públicos do município de Campinas/SP. A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética. Resultado: Em média, 21 horas diárias eram dedicadas ao cuidado, muitas vezes atividades complexas, que incorporavam equipamentos e/ou insumos médico-hospitalares. Entre os cuidados destacam-se higiene íntima (92%), higiene oral (89,8%), troca de fraldas (87,5%), mudança de decúbito (81,8%), movimentação ativa/passiva (72,7%), realização e/ou auxílio no banho de aspersão (59,1%), alimentação via cateter (55,7%), troca de curativos (52,3%), alimentação oral (48,9%) e realização de banho no leito (46,6%). Discussão: O enfermeiro detém importante papel na preparação para a alta hospitalar e nas práticas assistenciais domiciliares, devendo norteá-las no sentido de identificar as necessidades dos pacientes e de seus familiares cuidadores. Todas essas práticas realizadas podem estabelecer uma assistência de forma mais correta e minimizadora de ansiedades, dúvidas e possíveis complicações geradoras de novas hospitalizações. Corroborando outra pesquisa, nosso estudo indaga: como os cuidadores familiares exercerão cuidados que demandam conhecimentos específicos de saúde? A Resolução Cofen nº 582/2018 veda ao enfermeiro o ensino de práticas que exijam aplicação de conhecimentos técnico-científicos, na formação de cuidador de idosos. No entanto, não abrange os cuidadores informais. Conclusão: Novos estudos sobre cuidados e/ou procedimentos aos idosos e suas interfaces com a atenção domiciliar são indispensáveis para refletir sobre políticas públicas voltadas para o processo de trabalho das equipes de atenção domiciliar.

Palavras-chave: Idoso fragilizado. Cuidadores. Cuidados de enfermagem. Serviços de Assistência Domiciliar.

Desafios da ampliação do campo de captação de órgão/tecido para o ambiente domiciliar: o que aconteceu em um ano

Autores: Rossi PRG, Mansano AP.

Instituição: SPDM - Hospital Municipal Vereador José Storopoli.

E-mail: drapaularossi@gmail.com

Há um ano trazíamos a experiência da primeira captação de órgão/tecido realizada em domicílio no Brasil. Após esse período, observamos pouco impacto numérico a despeito das possibilidades e expectativas. Nossa reflexão cita Henry de Holanda Campos, quando diz: “O momento requer que cada um de nós, protagonistas desse drama, reveja posições, uma vez que de nós depende, em grande parte, que se atinjam condições aceitáveis para aqueles que necessitam de um transplante”. A partir da reflexão e conscientização dos nossos usuários durante acompanhamento, estamos fortalecendo nossos processos de fidelização do óbito no domicílio e a possibilidade de captação de órgão/tecido fora do ambiente hospitalar. Porém, sendo esse processo uma construção coletiva, traz-se a cada esfera a necessidade de um compromisso dentro desse cenário para a ampliação dessa fidelização do domicílio como local ideal para o óbito e a captação de córneas. Entendemos a necessidade cada vez maior de buscar a construção da relação de empatia, da resignificação do processo de morte por meio da solidariedade e das pactuações com outros equipamentos para cada vez mais desfechos positivos. A experiência de um ano após a primeira captação realizada em domicílio trouxe uma série de casos, sendo alguns efetivados no domicílio, alguns desencadeados no domicílio e efetivados no ambiente hospitalar e alguns não efetivados por falhas no processo de engajamento/sensibilização das organizações envolvidas. A ampliação do título só será possível a partir da cultura de mobilização e engajamento das diversas esferas dos processos em conjunto com a assistência domiciliar.

Palavras-chave: Captação de órgão. Óbito. Transplante. Domicílio.

Perfil epidemiológico e clínico dos usuários do Programa de Atenção Domiciliar (PAD) de Barueri

Autores: Sakamoto CM, Coria VR, Almeida KCA, Silva MF, Cabeça VA.

Instituição: Programa de Atenção Domiciliar (PAD) da Prefeitura Municipal de Barueri/SP.

E-mail: cassiasakamoto@yahoo.com.br

Introdução: O Programa de Atenção Domiciliar (PAD) foi implantado em Barueri no ano de 2006 e desde então tem sido constantemente reavaliado para proporcionar aos usuários uma assistência à saúde mais humanizada, de qualidade, resolutiva e que corresponda às necessidades da população acamada e/ou domiciliada, que requeiram cuidados constantes das equipes de saúde. Atualmente, Barueri conta com quatro equipes que se dividem em diferentes áreas para abranger todo o município. Objetivos: Identificar o perfil epidemiológico e clínico do usuário do PAD do município de Barueri/SP. Metodologia: Estudo transversal, de caráter quantitativo, fundamentado na análise documental e levantamento de dados dos 258 pacientes em atendimento pelo programa em julho de 2019. Resultados: Verificou-se que 56,2% eram do sexo feminino, 65,5% eram idosos, dos quais 41,42% tinham idades acima de 80 anos, e 13,18% correspondiam a crianças com idades de 0 a 15 anos. Do total, 51,55% foram classificados como AD2, e 13,57%, como AD3. Ainda, 33,72% dos pacientes fizeram uso de algum dispositivo, como gastrostomia, traqueostomia, sonda nasoenteral, sonda vesical e/ou ventilação mecânica; esses valores representam 81,81% de crianças e 26,66% do restante. Com relação às patologias, a maior prevalência foi de doença neurológica crônica (61,24%) e demência (20,93%). Conclusão: A prevalência de idosos com doenças crônicas encontrada é predominante. Conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos pelo PAD auxilia no planejamento de ações para prevenção de agravos e na construção de políticas públicas de saúde do município. Ademais, a comparação de dados de pacientes atendidos por diferentes equipes permite o melhor ajuste da padronização das condutas e fluxos internos, de modo que toda a população do município receba atendimentos de forma equânime e integral.

Palavras-chave: Perfil epidemiológico. Atenção domiciliar. Equipe multidisciplinar.

Reabilitação de paciente acometido por acidente vascular encefálico (AVE): atuação da equipe multidisciplinar na atenção domiciliar

Autores: Gonçalves MJ, Rocha LF, Lisboa FF.
Instituição: Nutrivida Ltda.
E-mail: coordemad@nutrivida-homecare.com.br

Anualmente, 15 milhões de pessoas em todo o mundo são vítimas de acidente vascular encefálico (AVE). Em países desenvolvidos, a incidência tende a diminuir com o melhor controle da pressão arterial e a redução do efeito do tabaco, entretanto o número absoluto continua a aumentar por causa do envelhecimento da população, representando a terceira causa de morte mais comum (depois de doença arterial coronária e neoplasias). Conforme a National Stroke Association, 10% dos sobreviventes recuperam quase integralmente, 40% apresentam incapacidade moderada a grave que necessitam de acompanhamento específico e 10% precisam de tratamento a longo prazo em uma unidade especializada. Em síntese, nosso relato de experiência destaca um adulto (56 anos), acometido por AVE em abril/2018 e admitido em home care em junho/2018, restrito ao leito com hemiplegia flácida à direita e hemiparesia (força muscular grau II/III) à esquerda, em uso de via aérea artificial, dependente de suporte ventilatório e oxigenoterapia contínua, úlcera em região sacral (grau II/III) e alimentando-se por sonda orogástrica. Após admissão em home care e decorridos cerca de cinco meses em acompanhamento da equipe multidisciplinar, evoluiu com o desmame do suporte ventilatório, da oxigenoterapia e da decanulação da traqueostomia. Houve cicatrização da úlcera e mudança da sonda orogástrica para gastrostomia, além do redimensionamento da assistência de enfermagem com participação mais efetiva da família nos cuidados. Atualmente, o paciente mantém o acompanhamento pelo home care com ênfase na reabilitação motora e retorno às atividades sociais e laborais. Evidenciamos a importância da equipe multidisciplinar por meio de estratégias significativas com visão ampliada do cuidado associada ao engajamento da família durante todo o processo de reabilitação de pacientes em atenção domiciliar.

Palavras-chave: Acidente vascular encefálico. Reabilitação. Atenção domiciliar.

Cuidados paliativos na atenção domiciliar: importância da participação da família e equipe multidisciplinar na qualidade de vida do paciente

Autores: Gonçalves MJ, Rocha LF, Lisboa FF, Bezerra JBS.
Instituição: Nutrivida Ltda.
E-mail: coordemad@nutrivida-homecare.com.br

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), um dos princípios dos cuidados paliativos decorre em oferecer um sistema de apoio para auxiliar a família a lidar com o processo de adoecimento do paciente em seu próprio ambiente, compreendendo a família e o domicílio como unidade de tratamento. O envelhecimento populacional e o aumento de doenças crônicas têm fomentado discussões relacionadas à aplicação dos cuidados paliativos em domicílio por meio da implantação da atenção domiciliar. Evidenciamos em nossa experiência atual que a sistematização da assistência domiciliar com organização, planejamento e avaliação do cuidado prestado ao paciente promove o envolvimento da equipe multidisciplinar e resgata a subjetividade para estabelecer uma relação empática, associada à participação da família, propiciando a construção de novas possibilidades para aplicabilidade dos cuidados paliativos na atenção domiciliar. O acolhimento e a escuta se apresentaram como estratégia significativa na abordagem dos cuidados paliativos em domicílio, compreendendo o sujeito em toda sua extensão humana, em que se emergem valores como respeito, solidariedade e carinho, propiciando um processo terapêutico que abrange a qualidade funcional e de vida do paciente, indo além do estado mórbido biológico. Também se ressalta a importância da aplicação de alternativas tecnológicas, como o uso de suporte ventilatório invasivo/não invasivo, de procedimentos técnicos adequados e da administração de fluidos por hipodermóclise, priorizando a segurança, a autonomia e o conforto aos pacientes. Assim, concretizamos experiências bem-sucedidas de implantação do SAD e engajamento da família de pacientes acometidos por variadas patologias, em cuidados paliativos e tempo significativo de permanência em atenção domiciliar, sem rehospitalizações e seguindo o ciclo natural com qualidade de vida ao lado da família.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Atenção domiciliar. Qualidade de vida.

Desfechos clínicos de pacientes oncogeriátricos em terapia nutricional enteral domiciliar

Autores: Kopruszynski CP, Rezende IBD, Santos EF, Cordeiro PM, Castilho PHWC, Schieferdecker MEM.
Instituição: Universidade Federal do Paraná (UFPR).
E-mail: grupo.bhen@gmail.com

Introdução: A terapia nutricional enteral domiciliar (TNE) é um modelo de assistência que visa, além de outros benefícios, reduzir o estresse provocado no meio hospitalar, promover o vínculo familiar e diminuir o risco de infecção. Ainda que não garanta mudanças no curso natural de algumas doenças, a TNE possibilita a prevenção de complicações e de desfechos indesejáveis. **Objetivo:** Identificar os desfechos clínicos de pacientes oncogeriátricos em TNE. **Metodologia:** Estudo retrospectivo, descritivo e transversal, a partir de dados de pacientes oncológicos acompanhados pelo Programa de Atenção Nutricional às Pessoas com Necessidades Especiais de Alimentação (PAN) da Prefeitura de Curitiba, entre 2006 e 2015. **Resultados:** A amostra foi constituída de 196 pacientes oncogeriátricos, dos quais 63,7% (n = 125) eram do sexo masculino. Os principais diagnósticos foram: 36,2% (n = 71) com câncer de cabeça e pescoço, 32,6% (n = 64) com câncer de esôfago e 13,7% (n = 27) com outros tumores do trato gastrointestinal. A idade média foi 71 ± 9 anos. Os desfechos clínicos foram agrupados em: 75% (n = 148) foram a óbito, 17,7% (n = 35) evoluíram para terapia nutricional oral ou alta e 6,6% (n = 13) continuaram em TNE. **Conclusão:** O óbito foi o maior desfecho nos pacientes oncológicos em TNE. Sugere-se que o processo de intervenção na TNE seja voltado para atenção em cuidados paliativos e qualidade de vida e que a ótica da alimentação seja veículo para a garantia da nutrição adequada, conforto e autonomia.

Palavras-chave: Nutrição enteral. Idosos. Assistência domiciliar. Desfechos clínicos.

Como lidar com a labilidade emocional na esclerose lateral amiotrófica (ELA)

Autor: Guimenes GFLO.
Instituição: Unimed Bauru.
E-mail: glauciaflog@gmail.com

Introdução: A labilidade emocional é uma oscilação constante do humor que acomete cerca de 60% dos pacientes com esclerose lateral amiotrófica (ELA). Esse tipo de esclerose é uma doença degenerativa do neurônio motor que causa paralisia motora irreversível, afetando, assim, funções vitais, como a fala, a deglutição, a marcha e até a respiração. Essas incapacidades geram uma situação de dependência, o que resulta em transtornos do humor. **Objetivo:** Incentivar o paciente a assumir a doença e a estabelecer metas alcançáveis, bem como apoiar e incentivar intervenção psicológica e farmacológica a fim de diminuir a manifestação dos sintomas. **Metodologia:** Foi realizado um estudo observacional no Serviço de Atendimento Unimed Domiciliar (Saude) de Bauru/SP com duas pacientes portadoras de ELA do sexo feminino. **Resultados:** A paciente que possuía conhecimento da doença teve uma aceitação mais fácil em relação ao tratamento, adaptou-se às frequentes visitas da equipe, praticava terapias e buscava recursos para prorrogar a evolução da doença com uso de medicamentos. No segundo caso, a paciente negava a doença, não discutia o prognóstico, recusava assistência psicológica e fisioterápica. Os sintomas vinham se acentuando, e os vínculos familiares ficaram estremecidos por causa do afastamento que a própria paciente causou com suas crises de raiva, insatisfação e queixas constantes sobre os cuidados prestados pela família, além do choro desproporcional aos acontecimentos. **Conclusão:** O suporte multiprofissional, quando aceito, minimiza conflitos, insegurança e oferece controle dos sintomas, além de um alívio do sofrimento físico e psicossocial. A psicoterapia é necessária para identificar as dificuldades do paciente diante de seus problemas e, quando compartilhada no âmbito multiprofissional, torna-se um suporte para questões emocionais que fortalece a confiança do paciente na equipe.

Palavras-chave: Labilidade. Doença degenerativa. Conflitos.

Contribuição das redes sociais para a assistência domiciliar: relato de experiência de um Serviço de Atendimento Domiciliar privado de Palmas/TO

Autores: Lima VLS, Rocha GD, Hiramatsu EF, Silva ADR, Silva DE.
Instituição: Franco Atendimento Domiciliar Eireli.
E-mail: veralima.enf@gmail.com

Objetivo: Expor a relevância e os empecilhos do uso das redes sociais de mensagem on-line no atendimento ao paciente em assistência domiciliar. **Métodos:** Relato de experiência das coordenações de um Serviço de Atendimento Domiciliar privado, em Palmas/TO, do ano de 2018 a 2019, cujo principal meio de comunicação é o telefone móvel. **Resultados:** A comunicação é uma competência que deve estar presente no profissional da assistência domiciliar, a fim de prestar um cuidado integral ao paciente e, nesse caso, à família também. As relações entre empresa/profissional, empresa/família e profissional/família exigem uma comunicação eficiente e eficaz, pois a troca de informação é inerente ao cuidado. O uso do telefone móvel e da internet auxilia nesse movimento pela facilidade de acesso à informação de forma instantânea, devendo aniquilar ou diminuir os possíveis erros, além de aproximar as coordenações de seus coordenados, principalmente, durante os plantões. Porém, o paciente e/ou os familiares interpretam esse ato como descuido com o paciente ou até de antiprofissionalismo, necessitando, assim, que a equipe deixe claro que o uso do celular durante o plantão, muitas vezes, é para benefício do paciente. Nesse sentido ainda, nas emergências deve-se fazer uso de ligações, e não de mensagens de texto. **Conclusão:** Diante do exposto, conclui-se que a comunicação on-line é benéfica para a promoção da saúde e é um instrumento para disseminar informações instantâneas sobre saúde-doença, além de ser uma forma barata e rápida. A comunicação, quanto mais clara e objetiva, mais gera retorno positivo à assistência e aos sentimentos da família. Então, as redes sociais, de fato, contribuem para uma melhor assistência e para a promoção da saúde, porém se deve saber fazer uso dessa ferramenta.

Palavras-chave: Assistência domiciliar. Meios de comunicação. Cuidados de enfermagem.

Monitoramento: instrumento de avaliação e melhoria na qualidade dos Serviços de Atenção/Internação Domiciliar

Autores: Andrade SBM, Dias SS, Silva SC.
Instituição: Rio Home Care.
E-mail: sarah_bignon@hotmail.com

No âmbito da internação e da atenção domiciliar, a qualidade dos serviços perpassa, necessariamente, pelo contínuo acompanhamento das demandas dos pacientes e familiares. Para tal, o monitoramento constitui uma ferramenta importante de auxílio no gerenciamento da qualidade dos serviços. Ele promove subsídio para o mapeamento do perfil dos pacientes, suas principais demandas e possíveis fragilidades no serviço. A experiência relatada no trabalho é desenvolvida pelo núcleo de Serviço Social da empresa Rio Home Care e tem objetivado o fortalecimento do vínculo do prestador com os pacientes e familiares, visto que antevê possíveis reclamações, inclusive na ouvidoria, pois intervém antes mesmo de gerar uma ocorrência. Há, assim, o monitoramento de demandas e acompanhamento delas, até o momento do retorno a esses pacientes. Percebe-se que a relação de captação de demandas em um monitoramento não promove nas famílias a sensação de insatisfação que a formalização de uma reclamação gera. Mas, contrariamente, melhora o relacionamento entre empresa e usuários, ao também nos colocarmos como referência no auxílio da resolução de insatisfações. O Serviço Social, por meio do monitoramento contínuo, tem levantado dados mensais, como níveis de satisfação e insatisfação, que permitem encontrar lacunas e acompanhar a melhoria do serviço. A partir dessas informações, o monitoramento geral dos pacientes desdobrou-se também em monitoramento específico para aqueles recém-admitidos e aqueles declarados como insatisfeitos no mês anterior. O monitoramento, portanto, tem se mostrado relevante para avaliação dos serviços, com vistas a garantir a contínua melhoria da qualidade. Além disso, para o Serviço Social, especificamente, é um instrumento de aproximação com as famílias, que são os principais parceiros nos Serviços de Atenção Domiciliar.

Palavras-chave: Monitoramento. Qualidade. Atenção domiciliar.

A atuação da fisioterapia na criança com atrofia muscular espinhal: relato de caso

Autores: Silva MSS, Aguiar CMS, Mont'alverne RB, Maia MJC, Lima QIV, Mont'alverne RRA.
Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar da Unimed Sobral.
E-mail: maryhelp_phb1801@hotmail.com

Introdução: A atrofia muscular espinhal (AME) é doença neuromuscular de herança autossômica recessiva caracterizada por fraqueza e perda de massa muscular secundária à degeneração dos neurônios motores da medula espinhal e do tronco cerebral. Este relato descreve a abordagem da fisioterapia a uma criança com AME. **Descrição:** A fisioterapia desenvolve um trabalho com a criança desde os 4 meses. Com 1 ano e 6 meses, ela entrou para o Serviço de Atenção Domiciliar em sonda nasal, fraqueza muscular severa, sem nenhum controle de tronco e cervical, secretiva, em VNI intermitente, uso da medicação spinraza. Vale ressaltar que a criança só foi internada uma vez por causa de complicação respiratória; as outras vezes foram apenas para realização da medicação. Diante desse fato, é perceptível a importância dos atendimentos, evitando, assim, longos períodos de internação ou mesmo evolução para traqueostomia. Os atendimentos com a fisioterapia motora consistem em evitar atrofias e deformidades e aumentar força muscular e controle de tronco e cervical, com a utilização da bola suíça, cintas e extensores. A respiratória atua na higiene brônquica, além da expansão pulmonar. Por causa da doença, ela tem a facilidade de acúmulo de secreção, atelectasias e proliferação de bactérias, provocando infecções, mas faz uso do cough assist, que colabora para retirada de secreção, já que ela possui tosse ineficaz. **Discussão:** Apesar da severidade e do prognóstico da doença, ela vem apresentando melhora do quadro, aumento de força muscular, fortalecimento de tronco, expansão pulmonar, além de o atendimento domiciliar possibilitar à criança o conforto do lar, pois, no convívio familiar, fortalece os vínculos e melhora a qualidade de vida, mesmo diante das dificuldades impostas pela doença.

Palavras-chave: Domicílio. Cuidador. Família.

Atenção domiciliar: uma estratégia para evitar internação e melhorar a qualidade de vida

Autores: Silva MSS, Aguiar CMS, Maia MJC, Mont'alverne RB, Lima QIV, Mont'alverne RRA.
Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar da Unimed Sobral.
E-mail: maryhelp_phb1801@hotmail.com

Introdução: O Serviço de Atenção Domiciliar da Unimed Sobral vem desenvolvendo um trabalho com uma equipe multidisciplinar desde 2006, a qual vem sendo ampliada, e o serviço está ganhando uma intensa visibilidade diante das inúmeras vantagens que a atenção domiciliar apresenta. O perfil dos nossos pacientes é de usuários restritos ao leito, que apresentam necessidades especiais, portadores de doenças neurológicas, sequelados de AVC, parada cardíaca, idosos com demência, distrofias, entre outros. A equipe é composta de uma enfermeira, duas fisioterapeutas, duas técnicas em enfermagem, uma fonoaudióloga, uma nutricionista, uma terapeuta ocupacional, educadora física, psicóloga e médico. Sempre que necessário, são realizadas medicações endovenosas no próprio domicílio, intervindo precocemente diante de infecções, evitando internações, elaborando um plano terapêutico para cada paciente de acordo com cada diagnóstico e envolvendo os cuidadores e familiares nos cuidados com o paciente com o objetivo de dar conforto, segurança e humanização no domicílio. **Objetivo:** Mostrar como funciona o atendimento domiciliar da Unimed Sobral. **Metodologia:** Este trabalho é um estudo qualitativo em caráter descritivo que relata a importância da técnica para pacientes domiciliares. **Conclusão:** Diante dos inúmeros benefícios relacionados ao serviço de atenção domiciliar e o impacto socioeconômico que ele gera, além de proporcionar um serviço especializado e humanizado ao paciente que necessita de um olhar amplo, diferenciado, a equipe multidisciplinar tem demonstrado fundamental importância para manutenção e qualidade de vida desses usuários, além de firmar vínculos que despertam conforto, segurança e humanização aos pacientes e familiares. Apesar de todas as dificuldades enfrentadas diariamente, a atenção domiciliar sem dúvida será a maior perspectiva para saúde.

Palavras-chave: Domicílio. Cuidador. Familiar.

Laserterapia: potencializa a cicatrização e proporciona qualidade de vida

Autor: Pinheiro MSPR.

Intuição: Curae - Instituto de Cuidados a Saúde Humana Ltda.

E-mail: selma@institutocurae.com.br

Introdução: O Instituto Curae, criado em janeiro de 2019, oferece cuidado e atenção à saúde de idosos e de pessoas portadoras de necessidades especiais. Por meio de sua equipe de profissionais qualificados e treinados, garante a segurança do paciente em âmbito domiciliar ou hospitalar e trata de forma holística a reintegração do paciente ao ambiente social e familiar. Com a vivência anterior em home care, verificou-se a oportunidade de levar a esses clientes a tecnologia a laser para reduzir o tempo de cicatrização de lesões por pressão (LPP), sendo essa prática adotada em nossos atendimentos. Objetivo: Atendimento individualizado com profissionalismo e amor à saúde humana, objetivando a descrição de efeitos e do mecanismo de ação no uso da laserterapia de baixa potência para analgesia e aceleração do processo de cicatrização. Metodologia: Paciente J.L.S.S., acamado, 54 anos, vítima de acidente automobilístico, desenvolveu hipertensão após TCE, deambula com auxílio, desnutrido, desidratado, após longo período de internação admitido em domicílio com LPP grau III em região sacral em tratamento convencional a quatro meses. A equipe de enfermagem com base em literatura associou a tecnologia do laser de baixa potência utilizando protocolo de atendimento a cada 48h. Resultado/Conclusão: Os resultados imediatos foram redução da dor, proporcionando qualidade do sono, melhor interação com equipe interdisciplinar, aceitabilidade e interação nas sessões de fisioterapia. Observou-se ainda uma considerável redução do estresse familiar por causa de o efeito de analgesia propiciar condições de permanecer sentado, reintegrando ao convívio familiar e social. Em relação ao processo de cicatrização, obteve êxito em nove sessões de laserterapia.

Palavras-chave: Lesão por pressão. Laserterapia. Laser de baixa potência. Cicatrização tecidual.

Atenção domiciliar: estratégias do cuidado e novas descobertas

Autor: Alves EGS.

Instituição: Emad Reunidas I e Teotônio Vilela da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM).

E-mail: lane.guima@hotmail.com

A atenção domiciliar (AD), no decorrer dos anos, vem se modificando e sofrendo reestruturações necessárias em sua composição para qualificação e fortalecimento. O Programa Melhor em Casa atua no território de Vila Prudente/Sapopemba desde 2013 e conta com duas equipes multiprofissional de atenção domiciliar (Emads), administradas pela Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) e uma pela Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP). O objetivo deste trabalho é fortalecer a AD e promover estímulos a outros serviços que gerem satisfação, renovação e dedicação profissional, além de contribuir para ampliar novos olhares para o cuidado da pessoa doente, da família e dos profissionais, que também adoecem. Propõe como tema um breve relato experiência da atuação do SAD no território de Vila Prudente/Sapopemba, o fortalecimento de sua importância, o diálogo entre os serviços de saúde, a participação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) na promoção do cuidado com a Emad. O envolvimento compartilhado dos serviços na assistência à saúde tem sido eficaz no atendimento das necessidades da pessoa doente e sua família, viabilizando a acessibilidade e contribuindo para a qualificação da gestão do cuidado. Estratégias do cuidado compartilhado se tornaram um facilitador que vêm norteando os serviços para momentos de trocas constantes de experiências, saberes e mais entrosamento entre os profissionais de todo o território. A conclusão é o resultado de grande satisfação da qualidade do serviço oferecido, trazidos por meio de relatos de experiências empolgantes e positivos, que são compartilhados entre as equipes e pessoas beneficiadas pelos serviços da Emad.

Palavras-chave: Cuidado. Estratégia. Domiciliar.

Desmame da ventilação mecânica invasiva e decanulação em criança portadora de síndrome de Holt-Oram: relato de caso

Autores: Borges EF, Oliveira AC, Santos TP, Silva TF, Ferreira HM, Almeida AECG.

Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia.

E-mail: eliza.borges@hotmail.com

Introdução: A síndrome de Holt-Oram consiste em uma condição autossômica dominante caracterizada por cardiopatia congênita com ou sem distúrbios de ritmo associada a defeitos radiais. O objetivo deste estudo foi relatar o caso de um paciente portador de Holt-Oram, enfatizando o processo de desmame da ventilação mecânica invasiva (VMI) e decanulação. **Relato de caso:** G.C.S., sexo masculino, 11 anos, portador de síndrome de Holt-Oram, com achado de cardiopatia complexa e agenesia de rádio. Permaneceu hospitalizado por 1 ano e 2 meses, sendo desospitalizado em 2009 por meio do Programa de Atenção Domiciliar, em uso de traqueostomia, VMI e suporte de oxigênio. No domicílio, a criança permaneceu com cuidados diários realizados por familiares e assistida por equipe de atenção domiciliar com visitas semanais. Durante o processo de atenção domiciliar, a criança evoluiu gradativamente com independência da VMI, permanecendo com o uso intermitente de oxigênio e, posteriormente, somente em quadros agudos. Após revisão do histórico do paciente e avaliação das equipes de cardiologia e cirurgia pediátrica, a equipe de atenção domiciliar, em conjunto com a família, considerou a possibilidade de decanulação. Para viabilizar tal processo, foi realizado protocolo de desmame e decanulação de traqueostomia, além de adaptação em ventilação mecânica não invasiva para o caso de eventual descompensação. A criança apresentou-se apta para o procedimento de decanulação, realizado em janeiro de 2019 em ambiente hospitalar pela equipe de atenção domiciliar, sem intercorrências. **Discussão:** Na literatura existem poucas recomendações relacionadas aos critérios para decanulação. Na prática, observamos que esse procedimento proporcionou maior independência para a realização de atividades comuns a outras crianças. **Conclusão:** O desmame e a decanulação de pacientes em atenção domiciliar podem ser possíveis em pacientes com condições adequadas.

Palavras-chave: Desmame do respirador. Traqueostomia. Pediatria.

Experiência da implantação da comissão de cuidados paliativos no Padi/RJ

Autores: Nogueira LF, Silva ACC, Coelho LP, Lira LA, Jesus SR, Silva MA.

Instituição: Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (Padi).

E-mail: acfisio@gmail.com

Em outubro de 2018, foi criada a comissão de cuidados paliativos (CCP) no Padi com caráter consultivo e matriciador, objetivando implementar a abordagem dos cuidados paliativos dos pacientes e familiares acompanhados pelo programa, além de capacitar os profissionais, fomentar a discussão em torno do tema, promover o alívio da dor e do sofrimento, apoiar a qualidade de vida e oferecer um cuidado integral ao fim da vida. A necessidade da criação da CCP partiu da observação da grande incidência de usuários de problemas associados às doenças ameaçadoras da vida. Em novembro, o Ministério da Saúde publicou uma Resolução nº 41 sobre as diretrizes dos cuidados paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e, então, nesse mesmo mês, a CCP, composta de médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social, foi apresentada a todas as equipes no 2º Workshop de Cuidados Paliativos do Padi, e todos então foram informados e orientados das atividades e responsabilidade da comissão. Após a apresentação da CCP para as equipes, deu início a uma mudança de paradigmas e na forma de abordar os pacientes. Vale ressaltarmos que, ao longo dos 10 anos de atuação do Padi, a abordagem em cuidados paliativos já acontecia de forma isolada, porém, com a formação da comissão e capacitação da equipe, foi possível observar uma melhora na qualidade das ações. Concluímos que as principais dificuldades são uma rede de apoio que ainda não está capacitada para atuar nessa abordagem, a violência urbana, a falta de estrutura operacional e a ausência de um cronograma efetivo para capacitação e matriciamento das equipes.

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

Implementação de políticas públicas: a emergência de proteção social aos cuidadores informais de idosos

Autores: Feitosa GHM, Leal MLS, Lisboa DS, Castro ROM.

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

E-mail: gugamiranda2013@uninove.edu.br

Introdução: O Nadi-HCFMUSP oferece atendimento multiprofissional com a finalidade de proporcionar integralidade no cuidado. Encontra-se localizado no Distrito da Consolação. **Objetivo:** Traçar perfil socioeconômico (faixa etária, gênero e renda) dos pacientes e dos cuidadores. **Metodologia:** Levantamento em prontuário de dados da avaliação social por ocasião da inclusão no programa. **Resultados:** Constata-se que, em relação aos 79 pacientes ativos no Nadi, os dados principais são: idade - 27% estão na faixa etária de 60 a 80 anos, e 58%, entre 81 e 100 anos; gênero - 67% são mulheres; renda - 15% recebem até 1 SM, 16%, de 1 a 2 SM, 22%, de 2 a 5, 14%, 5 ou mais, e 3% não possuem renda. Em relação aos cuidadores informais, aponta-se: gênero - 87% são mulheres; idade - 44% possuem entre 60 e 80 anos, e 7%, entre 81 e 99 anos; renda - 35% recebem 1 SM, 5%, 2 SM, e 21% não possuem renda própria. Quanto à forma de cuidados: 88% são cuidadores informais (familiares ou não), e 12%, formais (cuidadores contratados). **Conclusão:** Os dados levantados são compatíveis com o Mapa de Total de Idosos do Município de São Paulo (2018), que define a região com alto índice de envelhecimento. As informações apontam para cuidadores informais idosos que cuidam de outros idosos, sendo alguns dependentes exclusivamente dos rendimentos desses pacientes familiares. Podemos inferir a difícil inclusão destes no mercado de trabalho pós-falecimento da pessoa cuidada, o que poderá gerar desproteção. Segundos dados da Fundação Seade, cerca de 30% da população em 2050 será composta de idosos. Portanto, endossamos a necessidade emergente de elaboração e efetividade de políticas públicas e sociais, a fim de proteger o recorte de idosos cuidadores.

Palavras-chave: Domicílio. Cuidador idoso. Política pública.

Fatores associados ao estado nutricional e condições clínicas de idosos em assistência domiciliar: coorte retrospectiva

Autores: Arantes VB, Carvalho BM, Leonel FC, Yamaguchi AM, Ramos PT.

Instituição: Faculdade de Medicina na Universidade de São Paulo.

E-mail: brunadecarvalho@hotmail.com

Introdução: Os fatores associados ao estado nutricional de idosos em assistência domiciliar não são avaliados de forma rotineira. Dessa forma, é mandatório considerar as peculiaridades associadas ao envelhecimento, a fim de realizar avaliações multidimensionais da condição de saúde do idoso para possibilitar uma intervenção mais efetiva e integral nessa população específica. **Objetivo:** Avaliar fatores associados ao estado nutricional e perfil de idosos atendidos pelo Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (Nadi) do HC-FMUSP, entre 2016-2018. **Métodos:** Por meio da revisão de prontuários do Nadi, foi realizada coleta de dados quando da admissão (T0) e seis meses após início de seguimento multiprofissional (T1), sendo comparados valores das medidas antropométricas (índice de massa corpórea – IMC; circunferência de panturrilhas - CP), bem como outras condições clínicas e socioeconômicas. Foi utilizado modelo de regressão linear ordenada e logística múltipla para avaliar a diminuição da variável CP em T1. **Resultados:** Após seis meses do início do seguimento com Nadi (T1), o diagnóstico de desnutrição por IMC e por CP foi de, respectivamente, 63,1% e 60,5%. Após ajustes para o desfecho diminuir o CP em T1 (n = 59), idoso que não apresentava DRC teve 91% menos chances de diminuir CP (OR 0,09; IC95%: 0,01-0,55); e idoso em cuidados paliativos possuía chance 5,18 vezes maior para tal desfecho (OR 5,18; IC95%: 1,50-17,91). Taxa de óbito entre os idosos com CP diminuída em T1 (n = 40) foi de 38% (n = 27). **Conclusão:** Índice de desnutrição em idosos em assistência domiciliar foi maior do que o encontrado na literatura em pacientes hospitalizados (60% x 20-40%). A CP reduzida correlaciona-se a piores desfechos clínicos e a altas taxas de mortalidade em três anos.

Palavras-chave: Desnutrição. Assistência domiciliar.

Relação família e cuidado em um Serviço de Atenção Domiciliar em um município de pequeno porte

Autores: Sodre RODC, Seixas CT, Andrade CND, Ferreira LPS, Santo TBE.
Instituição: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
E-mail: rayza.castro@hotmail.com

Introdução: A atenção domiciliar dispõe de um cuidado ofertado no domicílio, tornando o indivíduo e sua família atuantes no processo de recuperação. Este estudo buscou compreender a relação família e cuidado na AD em um município de pequeno porte. **Objetivo:** Conhecer a relação família e cuidado domiciliar de um município de pequeno porte no estado do Rio de Janeiro. **Metodologia:** Os dados foram coletados por meio de observação direta com registro em diário de campo, entrevista com roteiro semiestruturado com informante-chave e análise de conteúdo pelo método de Bardin. **Resultados:** Identificou-se que nesse serviço é necessário escolher um membro da família para ser referência da equipe por causa da falta de compreensão dos usuários. Notou-se que a fixação do dia de visita facilitou a presença de um cuidador. Observou-se que algumas famílias ainda possuem forte resistência ao fato de o cuidado ocorrer no domicílio e, por isso, acabam dificultando a saída do usuário da internação hospitalar. Alguns fatores, como infraestrutura domiciliar e dinâmica familiar, acabam influenciando esse processo. Em alguns casos, um familiar acaba assumindo a responsabilidade. Esse fator de resistência, por vezes, gera grandes impactos no usuário, podendo trazer sentimento de rejeição. A equipe desse programa passa orientações para todos presentes no momento da visita, independentemente de ser o membro-referência. Caso haja necessidade, marcam-se reuniões com todos os familiares para aprofundar o caso, resolver intercorrências e esclarecer dúvidas. Algumas famílias atendidas nesse programa possuem dificuldade de adesão, influenciando o serviço. **Conclusão:** É muito importante que as famílias atendidas em um serviço de AD sejam envolvidas no cuidado. Quando isso não ocorre, gera grandes impactos no desempenho do cuidado.

Palavras-chave: Serviços de Assistência Domiciliar. Cuidadores. Características de residência.

As dificuldades encontradas no contexto de atuação da assistência domiciliar em um serviço no Rio de Janeiro

Autores: Sodre RODC, Seixas CT, Andrade CND, Ferreira LPS, Santo TBE.
Instituição: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
E-mail: rayza.castro@hotmail.com

Introdução: Os serviços de AD, em sua maioria, estão localizados nos grandes centros urbanos, porém pouco se conhece da dinâmica dos serviços em município de pequeno porte. **Objetivo:** Conhecer um programa de AD público em um município de pequeno porte do estado do Rio de Janeiro. **Método:** Os dados foram coletados *in loco* por meio de observação direta com registro em diário de campo e entrevista com roteiro semiestruturado com informante-chave. Utilizou-se do método de análise de conteúdo de Bardin. **Resultados e Discussão:** Identificou-se que o serviço de AD enfrenta algumas dificuldades referentes à adesão de familiares cuidadores a um serviço diferente do domiciliar e que, por vezes, a equipe precisa se reunir com o cuidador fora do domicílio, em um ambiente neutro, mas ele não se disponibiliza para reuniões e conversas fora de casa. Outra barreira foi a limitação encontrada pela equipe no que diz respeito aos atendimentos da equipe multiprofissional, contando com apenas um carro para transporte. Percebeu-se que o psicólogo do serviço atendia sempre vinculado ao médico por causa da falta de um carro próprio e horário alternativo, tornando um atendimento dependente do outro. Notou-se que alguns procedimentos não eram realizados pela falta de material e de responsabilização do médico. **Conclusão:** O atendimento domiciliar apresenta algumas barreiras no contexto de atuação, sendo necessário que algumas mudanças sejam realizadas a fim de otimizar o trabalho.

Palavras-chave: Serviços de Assistência Domiciliar. Visita domiciliar. Assistência domiciliar.

Um caso de assistência domiciliar em um município do estado do Rio de Janeiro

Autores: Sodre RODC, Seixas CT, Andrade CND, Ferreira LPS, Santo TBE.

Instituição: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

E-mail: rayza.castro@hotmail.com

Introdução: O cuidado no domicílio tem grande importância no processo de recuperação do indivíduo. O estudo buscou relatar um caso de assistência domiciliar. **Objetivo:** Conhecer o programa de AD de um município de pequeno porte no estado do Rio de Janeiro. **Metodologia:** Os dados foram coletados por meio de observação direta com registro em diário de campo. **Resultados:** Por causa da grande demanda do município, o programa percebeu a necessidade de criar equipe de curativos composta de profissionais de enfermagem. Muitas feridas abertas durante anos e a grande rotatividade de condutas não tornavam possíveis o cuidado efetivo dessas feridas. O atendimento em questão era de usuária de meia-idade que morava com o marido e a filha adolescente. Recebia atendimento desse programa há oito meses. A residência ficava localizada na parte rural do município com acesso difícil e estradas de terra. Percebeu-se que o nível socioeconômico dessa família era baixo. A casa era simples e não possuía televisão, por exemplo. A usuária possuía ferida decorrente de diabetes em membro inferior e há muitos anos aberta. Desde que foi inserida nesse programa, houve melhora no processo de cicatrização. A profissional fez o curativo e tentou colher informações sobre a rotina da paciente quanto à alimentação, higiene, hábitos, rede de apoio. O vínculo entre as duas era bastante fortalecido. Ao sair do atendimento, a profissional relatou as baixas condições econômicas dessa família e, por isso, sente dificuldades de passar orientações. **Conclusão:** A AD vai além de atendimentos fundamentados em procedimentos. O ambiente é influenciador no processo de recuperação.

Palavras-chave: Serviços de Assistência Domiciliar. Visita domiciliar. Assistência domiciliar.

Grupo de cuidadores informais de idosos portadores de doenças crônicas: atuação da psicologia

Autores: Colletti TF, Laham CF.

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

E-mail: tamyresfuncia@gmail.com

Introdução: A população brasileira está em processo contínuo de envelhecimento. Em geral, idosos apresentam doenças crônicas em diversos graus de dependência, necessitando de cuidados de familiares. Esses cuidadores informais frequentemente estão sobrecarregados, com sinais de estresse, negligenciando o autocuidado e necessitando de atenção da equipe de saúde. **Objetivo:** Descrever o funcionamento de um grupo de assistência a cuidadores informais de idosos, destacando a atuação da psicologia. **Método:** O presente trabalho é um relato de experiência. **Resultado/Discussão:** As atividades em grupo são realizadas semanalmente pelo período de três meses, abrangendo cuidadores de pacientes de um serviço de geriatria e do Programa de Assistência Domiciliar de um hospital terciário da cidade de São Paulo. Envolvem palestras de diversos profissionais de saúde, contendo treino de habilidades. Ocorrem também atividades lúdicas, de reflexão e relaxamento com incentivo ao autocuidado. Abordam-se assuntos como explicações sobre demência, progressão das doenças, benefícios assistenciais para a família, relação paciente-cuidador, alimentação saudável, estratégias para diminuição das dores musculares dos cuidadores, entre outros. Realiza-se avaliação psicológica inicial e final de cada cuidador e, caso seja identificada demanda, oferece-se acompanhamento psicológico individual. Abrange, portanto, como formas de intervenções psicológicas, acolher o sofrimento relacionado aos aspectos de vida do sujeito em decorrência do cuidado do outro. **Considerações finais:** Durante a realização dos grupos, percebe-se a emergência de conteúdos relacionados a dificuldades com os cuidados, troca de vivências entre os participantes, auxílio a partir da mediação entre experiências deles e orientações da equipe de saúde, além da melhoria na qualidade de vida dos cuidadores.

Palavras-chave: Cuidadores informais. Grupo. Idosos. Assistência domiciliar.

Referencial teórico do cuidado centrado na família aplicado à assistência domiciliar

Autores: Junqueira SLSS, Duarte HHS.

Instituição: Hospital Regional do Mato Grosso do Sul.

E-mail: slsjunqueira@gmail.com

Introdução: O cuidado centrado na família (CCF) é uma abordagem que reconhece a importância da família como cliente do cuidado, assegurando sua participação no planejamento das ações. O cuidado tem sido amplamente difundido, tendo como elementos-chave: o respeito pelas preferências familiares, a flexibilidade e a personalização de cuidados, o compartilhamento de informações de forma honesta, com o intuito de promover a tomada de decisões participativas, a colaboração em todos os níveis de oferta de cuidado e uma abordagem com base nos pontos fortes do trabalho com pacientes e famílias. Atenção domiciliar proporciona ao paciente um cuidado ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência. **Metodologia:** Estudo descritivo sobre a aplicação do referencial teórico para planejamento assistencial a pacientes do SAD-HRMS. Foram descritos os processos assistenciais de dois pacientes, sendo um do Distrito Sanitário Lagoa e um do Anhanduizinho, no município de Campo Grande/MS. **Resultados:** Os pacientes foram admitidos no serviço, e, para planejamento assistencial, foram levados em consideração os pilares que norteiam o CCF, que são respeito, dignidade, partilha de informações, participação e colaboração. Foi percebida adesão da família aos cuidados, tendo como resultado qualidade assistencial. **Conclusão:** O CCF vem ao encontro do que se propõe a realizar dentro da AD, pois reconhece a importância da família no processo de cuidar. É uma nova abordagem na forma de cuidar, com a própria família se tornando agente no planejamento das ações e dando a oportunidade de ela definir os problemas e as possíveis soluções.

Palavras-chave: Cuidado centrado na família. Atenção domiciliar. Assistência.

Cuidado domiciliar na percepção cuidadores do Serviço de Atenção Domiciliar

Autor: Junqueira SLSS.

Instituição: Hospital Regional do Mato Grosso do Sul.

E-mail: slsjunqueira@gmail.com

Introdução: A atenção domiciliar é uma modalidade relativamente nova no Brasil e vem crescendo por causa de diversos fatores, como a transição epidemiológica e o avanço da tecnologia, que trouxeram aumento da expectativa de vida, porém não contribuíram para sua qualidade. Isso exigiu um rearranjo do serviço público de saúde com o investimento de recursos em um novo modelo assistencial que conta com a família como corresponsável pelos cuidados ao paciente. **Objetivo:** Levantar, por meio de revisão bibliográfica, os fatores que influenciam o cuidado domiciliar na percepção dos cuidadores. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão integrativa para obtenção de informações acerca do tema abordado. **Resultados:** Cuidadores percebem o cuidado domiciliar como solitário, por falta de apoio social e familiar, e que traz mudanças na vida pessoal e social, além de ser estressante e desgastante. Cuidadores apresentam sobrecarga biopsicoemocional, sendo os principais sintomas problemas de coluna, ansiedade e depressão. A presença da equipe de atenção domiciliar é vista como suporte à família de maneira integral, porém ainda há uma falta de preparo por parte dos profissionais de saúde em lidar com a família. **Conclusão:** É importante conhecer as principais dificuldades vivenciadas pelos cuidadores, a fim de definir estratégias eficazes de cuidado à família, já que toda a assistência domiciliar é centralizada nela. Além disso, é preciso investir em capacitações para os profissionais que atuam nessa modalidade assistencial, para que definam ações que sejam integrativas e respeitem a família como eixo assistencial central.

Palavras-chave: Percepção. Cuidador. Atenção domiciliar.

Cuidando de quem cuida: assistência ao cuidador do paciente em cuidados paliativos no Padi/RJ

Autores: Lira LA, Jacobs LAB, Nogueira LF, Silva ACC, Uchino MS, Silva EO.

Instituição: Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (Padi).

E-mail: lucilo_lucena@hotmail.com

Cuidar em casa de um familiar em fase terminal põe em risco a saúde e harmonia do cuidador pelas responsabilidades que acarreta esse cuidado, pois o desempenho desse papel interfere na vida pessoal, familiar, laboral e social do cuidador, predispondo-os a conflitos. Essa sobrecarga pode ocasionar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, impactando diretamente na qualidade de vida do cuidador e, conseqüentemente, no desempenho de suas atividades de cuidados ao paciente. Destaca-se a importância da compreensão e acompanhamento do enfermeiro com uma equipe interdisciplinar no planejamento de ações e intervenções, como a promoção do descanso e a elaboração de planos de contingência para situações de crises inesperadas. No Padi da cidade do Rio de Janeiro, as necessidades dos cuidadores são múltiplas e complexas. Por meio da avaliação da sobrecarga desse cuidador com a Escala de Zarit, realizamos o planejamento de intervenções de orientações e suporte às necessidades individuais expressas pelo cuidador, enfatizando sempre que essas intervenções devem ser iniciadas precocemente, tendo em vista que a promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de crises por parte dos profissionais da equipe do Padi merecem uma atenção especial, pois os doentes dependem deles.

Palavras-chave: Cuidadores. Cuidados paliativos. Sobrecarga.

APRESENTAÇÕES ORAIS

Rua como espaço para o cuidado às pessoas em situação de rua

Autores: Campos TA, Guiacomeli ET, Rossetto V, Revers AFL, Rechia TM.
Instituição: Consultório na Rua, Cascavel/PR.
E-mail: tcamposzto@hotmail.com

Introdução: Ao vaguear pelos centros urbanos, é possível perceber pessoas que vivem nas ruas. Recorrer a logradouros para estabelecer local de moradia não é um fenômeno novo e isolado, contudo, para essas pessoas, esses locais tornam-se residências fixas. Viver na rua perpassa pela violência, estresse, hostilidade, vulnerabilidade e disseminação de doenças. Considerando o espaço da rua como local de moradia e o aumento dessa população, recentemente foram instituídas equipes de Consultório na Rua (eCR), que integram a rede de atenção primária à saúde (APS) para atender essa população. **Objetivo:** Refletir sobre o cuidado realizado pela eCR às pessoas que fazem da rua seu domicílio, no município de Cascavel/PR. **Metodologia:** Essa eCR foi criada em 2016 na composição da modalidade III, para atender pessoas em situação de rua, com abordagem multiprofissional. **Resultados:** Diferente dos espaços convencionais, os profissionais da eCR produzem o cuidado nos mais diferentes ambientes, como a rua e alguns ambientes fixos, vinculados aos Serviços da Assistência Social, Unidade de Acolhimento para População em Situação de Rua, Centro de Referência Especializado para População de Rua e Albergue, atendendo às demandas sociais e de saúde, de forma equânime e individualizada. **Conclusão:** Pensar em atenção domiciliar ultrapassa o sentido convencional de domicílio como espaço organizado, delimitado e controlado. Para essa população, a rua é o seu “domicílio”, e é nesse ambiente que as eCR realizam o cuidado. Portanto, os profissionais envolvidos com o cuidado domiciliar devem estar sensíveis e dispostos a reconhecer que as peculiaridades da vida em sociedade permeiam pelo mundo das pessoas em situação de rua e que, no espaço da rua, o cuidado “domiciliar” também acontece.

Palavras-chave: Pessoas em situação de rua. Domicílio. Assistência domiciliar. Atenção à saúde.

Intervenção domiciliar humanizada a pacientes economicamente desfavorecidos: papel da Clínica Girassol em Luanda

Autor: Samuel AS.
Instituição: Clínica Girassol.
E-mail: sandrarosaoli@hotmail.com

Introdução: As doenças crônicas não transmissíveis representam no mundo ocidental a maior causa de óbitos, somando as enfermidades cerebrovasculares (ECV), que compreendem um conjunto de transtornos da vasculatura cerebral que contribuem para uma diminuição do fluxo sanguíneo cerebral e afetam diretamente, de maneira transitória ou permanente, a função de uma região, levando a limitações a pessoa afetada e seus familiares. **Objetivo geral:** Avaliar os resultados preliminares da intervenção domiciliar com o apoio multidisciplinar a pacientes economicamente desfavorecidos na comunidade de Luanda. **Metodologia:** Realizou-se um estudo analítico e retrospectivo, em um período de tempo de 9 anos (2010 até 2019), em uma população de 574 doentes que possuíam o critério de inclusão. **Resultados:** Do total de pacientes, 60% eram do sexo masculino; 40% pertenciam às idades de 71 a 80 anos; 96,3% das residências não tinham condições mínimas de saneamento básico; 96% dos pacientes viviam em extrema pobreza. Entre as patologias de base mais frequentes desses doentes estão o acidente vascular cerebral (97,2%) como causa principal de internamento. Pacientes com nível de complexidade alto representaram 86,3%. Entre a assistência dada no domicílio pela equipe multidisciplinar se encontram serviços de fisioterapia e cuidados de enfermagem (100%). Além disso, alguns doentes possuíam mais de três doenças crônicas não transmissíveis. **Conclusão:** Os resultados alcançados sugerem a criação de políticas para a atenção primária e programas de saúde da família em âmbito nacional.

Palavras-chave: Atenção domiciliar humanizada. Pacientes desfavorecidos.

Amparo social e jurídico na atenção domiciliar: experiências do direito cuidativo

Autores: Rodrigues RL, Santos MIX, Sanghi SF, Dias MD, Fripp JC, Santos KEG.
Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar de Pelotas - Unidade Cuidativa.
E-mail: renato.lins@ebserh.gov.br

A tarefa de cuidar é complexa, permeada por sentimentos diversos e contraditórios tanto da família quanto das equipes de saúde, e, nesse sentido, as questões burocráticas do cuidado costumam trazer uma série de preocupações que compõem o quadro da dor social. Assim, foi criado o Projeto Direito Cuidativo, que integra o Programa Cuidativa, uma extensão do Serviço de Atenção Domiciliar, que, com o Ambulatório de Cuidados Paliativos, compõe a Rede de Cuidados Paliativos no município de Pelotas/RS. Perpassam por essa rede várias questões que carecem de judicialização, e o objetivo desse Projeto é aproximar os direitos humanos e o direito à saúde, proporcionando apoio jurídico às demandas inerentes aos cuidados paliativos. O Projeto conta com avaliação social realizada pelas assistentes sociais do Serviço de Atenção Domiciliar, em que demandas são encaminhadas ao atendimento jurídico, uma ação executada pelo serviço de assistência jurídica da Faculdade de Direito, com equipe de alunos e advogados voluntários. Os resultados mostram que, em um ano de execução, foram atendidos cerca de 40 casos, incluindo ações de concessão de medicamentos, transporte, internação compulsória, majoração da aposentadoria por invalidez, realização de cirurgia, denúncia de violência doméstica, entre outros. Como reflexão, entende-se que a busca da qualidade de vida dos pacientes e famílias diante dos problemas associados a doenças com alto risco de vida requer não só o tratamento da dor física, mas também seus problemas psicossociais. E, diante das vulnerabilidades sociais e da dificuldade do Estado em promover a saúde de forma plena, buscamos, por meio do acesso à justiça, a única garantia na efetivação do direito fundamental à saúde.

Palavras-chave: Direito. Cuidado. Atenção domiciliar. Serviço social.

Segurança de pacientes portadores de doenças neurodegenerativas raras no tratamento em domicílio

Autores: Melo MAL, Xavier JN, Cedaro JJ, Pereira EGB, França AK, Canizares VSA.
Instituição: Universidade Federal de Rondônia.
E-mail: al.marcos.andre@gmail.com

Introdução: A doença de Huntington (HD) e as ataxias espinocerebelares (SCA) causam degeneração progressiva do sistema nervoso central. Apresentam distúrbios mentais, cognitivos, físicos e motores. Objetivo: Caracterizar a segurança de portadores de HD e SCA, observada em cuidados domiciliares. Metodologia: Estudo prospectivo, descritivo, qualitativo, realizado em Rondônia e no sul do Amazonas, a partir de uma amostra de 22 indivíduos, 12 com HD e 10 com SCA. Para coleta de dados, utilizou-se de formulário fundamentado no Manual de Segurança do Paciente no Domicílio, categorizado em: precauções básicas e prevenção de infecções, prevenção de lesões por pressão (LP) e caracterização do ambiente domiciliar, em 12 meses. Resultados: Dos 19 pacientes que tinham cuidadores, 12 não realizavam higienização das mãos corretamente e em todos se observou higiene oral insatisfatória. Avaliou-se risco de desenvolvimento de LP pela Escala de Braden: 10 com risco, 2 com risco moderado e 8 severo. Na ambiência, 15 não tinham o domicílio apropriado para cuidados: umidade, limpeza precária, pouca iluminação e ventilação. Sobre prevenção de quedas: 13 possuíam piso irregular no domicílio, e apenas 1 apresentou dispositivos de segurança na residência. Como as doenças neurodegenerativas afetam a coordenação motora, avaliou-se risco de queda pela Escala de Morse em 13 indivíduos, resultando 3 sem risco, 5 com baixo risco e 5 com alto risco. Ainda, 10 possuíam em sua residência animais de estimação, dos quais 8 apresentavam o animal com sinais de adoecimento. Conclusão: A segurança do paciente no domicílio é fundamental para estabelecer o cuidado adequadamente. Portanto, ressalta-se a importância da capacitação do cuidador quanto à segurança da saúde do paciente no domicílio, por estar presente na vida diária do acometido.

Palavras-chave: Doenças raras. Doenças neurodegenerativas. Domicílio. Segurança do paciente.

Implantação de aparelho de suporte à vida em pacientes assistidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar de Juiz de Fora

Autores: Franck DBP, Santiago RA, Santos LT, Peza PT, Simões AAS, Paula CX.

Instituição: Secretaria de Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora - Departamento de Internação Domiciliar.

E-mail: danibpena@gmail.com

Visando à resolubilidade na atenção aos pacientes dependentes de aparelho de suporte à vida (ASV) no domicílio, o SAD de Juiz de Fora/MG criou recentemente um protocolo de implantação desse equipamento. O paciente deverá estar internado em leito do SUS e ser morador do município. A indicação do ASV é feita pelo médico assistente, e o hospital deverá solicitar ao SAD a visita de desospitalização. Após a avaliação da equipe e comprovada a necessidade de assistência, é realizada uma visita no domicílio do paciente para verificar as condições de recebimento do equipamento, atendendo a critérios de segurança. O ASV é instalado no hospital em que o paciente se encontra internado pela empresa responsável. É recomendável que a instalação ocorra no início da semana para facilitar o acompanhamento inicial da equipe do SAD após seu retorno ao domicílio. No hospital, compete aos seus profissionais o cuidado do paciente, que permanecerá internado em observação por, no mínimo, 48h após a instalação. Concluído o processo, é necessário coletar uma gasometria após 2h e 24h para avaliar a efetividade dos parâmetros adotados. Sempre que for necessário alterar os parâmetros, o processo se repete, dessa vez na residência, em dia de plantão médico. O paciente é acompanhado diariamente nos primeiros 10 dias na residência. Após esse período, as visitas são realizadas seguindo a Portaria nº 825 (2016) do Ministério da Saúde. Após a criação do protocolo, o SAD iniciou reuniões com todos os hospitais da rede SUS do município buscando parcerias para a instalação do ASV, visando oferecer uma assistência mais adequada ao paciente. O protocolo já está sendo aplicado satisfatoriamente. Em breve, o SAD pretende iniciar o telemonitoramento desses pacientes.

Palavras-chave: Atenção domiciliar. Respiração artificial. Fisioterapia.

Domicílio como espaço de cuidado: eficiência na alocação de recursos

Autores: Silva TCD, Hashimoto THF, Maeda ST.

Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

E-mail: thaina.cristini.silva@usp.br

Introdução: O custo de oportunidade é a relação direta entre escolha e escassez de recursos, pressupondo que, para cada escolha, há uma renúncia. Vislumbrou-se analisar os dispêndios na perspectiva de custo econômico. Objetivo: Descrever perfis dos cuidadores/família dos acamados e identificar custos decorrentes da permanência dos pacientes em seus domicílios. Método: O Programa de Assistência Domiciliar é um serviço especializado, multidisciplinar, que atua em cooperação com o cuidador eleito pela família. O Programa fornece materiais básicos e apoio dos profissionais técnicos nos cuidados. De 71 pacientes, selecionaram-se 23 acometidos por acidente vascular encefálico, egressos dessa instituição. Para coleta de dados, elaborou-se um instrumento específico sobre os desembolsos das famílias decorrentes do cuidado domiciliar. Programaram-se visitas domiciliares para efetivar as entrevistas com os cuidadores, e o foco para o levantamento de custos de oportunidade foram as horas de trabalho e demais recursos, visualizando-se em valor moeda. Resultados: Os cuidadores eram membros das famílias, e a idade média foi maior que 60 anos. Constatou-se que, somando o total de proventos, principalmente dos acamados e alguns fundos provenientes de renda diversificada, o comprometimento financeiro era de R\$ 2.666,00 em média por mês, por famílias. Ao comparar esse valor à renda familiar total, verificou-se o percentual de 65,58%. Considerações finais: O cuidado domiciliar como extensão de uma instituição é uma modalidade inovadora, embora se reconheça a invisibilidade do empenho e esforço familiar. Seguramente, o recurso investido possibilita apropriar-se do custo de oportunidade na perspectiva de retorno social e benefício a favor do paciente e ampliar a discussão sobre eficiência na alocação de recursos – no caso, o custo de atenção domiciliar.

Palavras-chave: Cuidador. Assistência domiciliar. Alocação de recursos.

Particularidades da atenção domiciliar em uma operadora de saúde: a casa, o cuidado, a mulher e a terminalidade da vida

Autores: Barreto KHM, Ferreira TKM, Cipriano ACBM, Ciminelli BS, Pagniez MS, Sales AO.
Instituição: Mútua dos Magistrados do Estado do Rio de Janeiro.
E-mail: katia@mutuadosmagistrados.com.br

Introdução: A moradia é mais que espaço, é local de segurança. O cuidado possibilita a autonomia, com a ajuda de profissionais que acompanham com sensibilidade e técnica o enfrentamento das peculiaridades da vida. **Objetivo:** Demonstrar o cuidado como atribuição feminina, a satisfação do ambiente da casa e o benefício do conhecimento da condição de saúde do associado. **Metodologia:** Estudo qualitativo realizado por meio de questionário com 12 pacientes e familiares em internação domiciliar de julho de 2018 a julho de 2019, verificando o serviço de internação na estrutura do domicílio e na oferta dos serviços, proporcionando assistência de qualidade. **Resultado:** 100% (12) dos pacientes afirmaram que a qualidade de vida melhorou satisfatoriamente com o atendimento domiciliar; 92% (11) sentiam-se com maior conhecimento para lidar com a doença após a instalação do home care; 75% (9) consideravam a casa como espaço seguro na presença da equipe de saúde; 75% estavam muito satisfeitos pela assistência por mulheres, sendo que 100% teriam dificuldades de serem assistidos por homens. A abordagem da equipe do home care diminuiu o medo e a ansiedade na terminalidade da vida e no enfrentamento da doença, conforme 100% dos entrevistados. **Conclusão:** O questionário verificou a satisfação dos pacientes com a internação domiciliar, a melhor qualidade de vida, a preferência por mulheres para o cuidado, sendo a casa local seguro de cuidados. É necessário prover a qualidade de vida do paciente, mesmo quando a cura não é possível. A presença da equipe de saúde colabora para o enfrentamento da situação e a compreensão da terminalidade da vida.

Palavras-chave: Casa. Rua. Mulher. Terminalidade.

“A situação fez eu me tornar cuidador”: desafios do cuidado em final de vida no domicílio

Autores: Arrieira ICO, Martins SB, Uliano GL, Cordeiro FR.
Instituição: Hospital-Escola da Universidade Federal de Pelotas.
E-mail: isa_arrieira@hotmail.com

Introdução: Cuidador familiar é quem possui laços de parentesco e cuida a partir do que aprendeu culturalmente, mesmo sem formação específica, zelando pelo bem-estar da pessoa assistida. Cuidar de um paciente com doença avançada desperta sentimentos contraditórios, pois, na maioria das vezes, as famílias não estão preparadas para exercer essa função. **Objetivo:** Conhecer os motivos que tornaram um membro da família o cuidador principal no domicílio. **Metodologia:** Estudo qualitativo com cuidadores familiares de um Serviço de Atenção Domiciliar do Sul do Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, organizados no programa Ethnograph e submetidos à análise de conteúdo de Bardin, entre agosto e outubro de 2018. **Resultados:** Foram entrevistados 10 cuidadores familiares, com idade entre 45 e 79 anos. Nove eram mulheres, das quais três se afastaram do emprego para assumir a função. Afetividade, união, companheirismo e vínculos familiares foram motivos relatados por quem assumiu o cuidado diante do adoecimento: “Fiz com o maior amor e carinho, nunca me atrapalhou”. Alguns cuidadores relataram gratidão e obrigação pelo familiar doente ter estado ao seu lado em momentos difíceis da vida. A obrigação em decorrência do casamento também foi evidenciada. Um familiar apontou insegurança e medo por outras pessoas assumirem os cuidados. O fato de não haver corresponsabilização de outros familiares também foi um dos motivos identificados. **Conclusão:** O estudo evidenciou que os cuidadores familiares eram majoritariamente mulheres e sugeriu ainda que as relações familiares foram preponderantes na decisão sobre a responsabilidade pelo cuidado domiciliar, direcionando para aquele familiar que possui maior vínculo afetivo com o doente antes do processo de adoecimento.

Palavras-chave: Domicílio. Cuidador. Cuidados paliativos.

Curso de capacitação de cuidadores informais: aperfeiçoando a arte de cuidar

Autor: França LCR.

Instituição: Hospital Infantil Albert Sabin de Fortaleza/CE.

E-mail: lcrfrancab@hotmail.com

Introdução: Há 19 anos atuamos com nossa equipe multiprofissional, proporcionando, com muito amor, um tratamento domiciliar humanizado às crianças. O cuidador atua diretamente, com comprometimento de toda a sociedade. Em 2000, no primeiro ano do PAD, criamos os Encontros de Cuidadores, propiciando oportunidades para a troca de experiências entre os sujeitos do cuidado. **Objetivo:** Relatar a experiência desenvolvida nos Encontros de Cuidadores e equipe. Em 2019, no 8º Encontro, realizamos o 1º Curso de Capacitação de Cuidadores com o tema “Aperfeiçoando a Arte de Cuidar”. **Método:** Relato de experiência a partir do 1º Encontro em julho de 2001 até o 8º encontro realizado em 24 de julho de 2019, quando iniciamos as primeiras aulas teórico-práticas do curso de capacitação de cuidadores, em três espaços, abordando três temáticas com procedimentos e participação ativa de 29 cuidadores: pais e convidados. **Resultados:** Os Encontros foram evoluindo, facilitando o aprendizado para lidar com as dificuldades, com o compartilhamento das histórias e dos sentimentos em comum. No final de cada Encontro, os cuidadores sempre agradeciam, relatando a importância desses momentos. O Curso de Capacitação de Cuidadores criou uma oportunidade de trabalho, principalmente para as mães que, após perderem companheiros, filhos falecidos e, conseqüentemente, o BPC, ficam ociosas e com depressão. **Conclusão:** Diante desse cenário, fica perceptível a importância dos Encontros de Cuidadores e dos Cursos de Capacitação com os benefícios que são adquiridos pelos participantes, com o objetivo de instrumentalizá-los para o cuidado com seus familiares no domicílio, compartilhando experiências e orientando quando há oportunidades de trabalho, inicialmente informal, considerando que cuidador é uma profissão regulamentada pela Lei nº 11/2016.

Palavras-chave: Assistência domiciliar. Cuidador. Capacitação. Amor.

Projeto de música e psicologia no Serviço de Atenção Domiciliar da Universidade Federal de Uberlândia: impacto em pacientes, familiares e equipe profissional

Autores: Almeida AECG, Borges EF, Oliveira RMC, Morato CT, Centurion NB.

Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia.

E-mail: eliza.borges@hotmail.com

Introdução: Permitindo a construção de um vínculo que acolhe e retoma memórias e emoções silenciadas ou talvez esquecidas, a música pode possibilitar melhoras físicas, cognitivas, psicoemocionais e espirituais. **Objetivo:** Apresentar, por meio de um relato de experiência, a repercussão de um projeto de extensão, intitulado Música e Saúde, para pacientes, familiares e equipe do Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital de Clínicas de Uberlândia da Universidade Federal de Uberlândia (SAD/UFU), na perspectiva dos participantes do projeto. **Metodologia:** Composto de equipe de seis alunos (extensionistas dos cursos de Música e Psicologia), todos com habilidades musicais, além de duas professoras responsáveis e da equipe multiprofissional do SAD. São realizados encontros semanais, priorizando visitas aos aniversariantes do mês. **Resultados:** Por meio da música, tem sido possível reacender memórias, promover esperança e alegria. As visitas têm despertado nos pacientes um recorrente sentimento de gratidão pelo momento musical vivenciado. Esses efeitos afetam diretamente os seus cuidadores/família, permitindo a retomada de um olhar para o paciente que transcende a doença e fortalecendo laços e papéis familiares (esposo/esposa, filho/pai etc.), além de facultar a retomada de habilidades esquecidas (tocar/cantar). Porém, não são somente pacientes e familiares que se mostram impactados, mas também a equipe do SAD, que vivencia uma quebra de rotina, melhora nas condições de trabalho, diminuição do estresse e fortalecimento de vínculos (paciente/família/profissionais), possibilitando, a partir disso, uma assistência mais humanizada. **Conclusão:** Os encontros musicais têm se mostrado como tempo de valorizar vínculos entre pacientes, familiares e equipe profissional, propiciando outros meios de interação, os quais contribuem para a construção de um processo terapêutico multiprofissional.

Palavras-chave: Atenção domiciliar. Música. Psicologia.

Impacto do Ambulatório Multidisciplinar de Assistência ao Cuidador (Amac) na sobrecarga do paciente oculto

Autores: Ramos PT, Carvalho BM, Arantes VB, Paz NR, Leonel FC.
Instituição: Faculdade de Medicina na Universidade de São Paulo.
E-mail: brunadecarvalho@hotmail.com

Introdução: Em diferentes contextos e culturas, as ajudas domiciliares aos idosos com limitações funcionais são realizadas predominantemente por cuidadores informais, que somam às suas atividades ocupacionais a supervisão e cuidados direcionados ao idoso. Ao longo do tempo, os cuidadores assumem responsabilidades e funções que diminuem o autocuidado. **Objetivo:** Avaliar a eficácia do Amac na sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores de idosos. **Método:** Realizou-se estudo prospectivo incluindo cuidadores de idosos acompanhados no Amac entre 2015 e 2018. O protocolo de intervenção foi composto de ciclos de 12 semanas. As atividades foram: palestras, treinamento de habilidades e práticas de meditação. Aplicaram-se questionários para avaliação de sobrecarga do cuidador (Escala de Zarit), depressão (PHQ9), ansiedade (GAD7) e qualidade de vida (SF36) no primeiro encontro e após 12 meses do término do ciclo. **Resultados:** Durante o período de estudo, 36 cuidadores completaram o protocolo, e 8 pacientes evoluíram com óbito. Não houve diferença significativa de sobrecarga do cuidador pela Escala de Zarit ($39,4 \pm 17,1$ vs $36,9 \pm 12,9$; $p = 0,35$). Verificou-se melhora nos níveis de depressão ($-3,8$; IC95%: 1,38-6,22; $p = 0,003$) e diferença significativa no número de cuidadores com PHQ9 > 10 (27,8%; IC95%: 0,077-0,332; $p = 0,006$). Pela escala de ansiedade (GAD7 > 10), os cuidadores apresentaram níveis de ansiedade menores ($-2,2$; IC95%: 0,34-4,21; $p = 0,02$). Na avaliação da qualidade de vida, houve melhora nos domínios sobre aspecto físico ($p = 0,04$), emocional ($p = 0,02$), mental ($p = 0,03$) e de vitalidade ($p = 0,04$). **Conclusão:** Os cuidadores que frequentam o Amac apresentam menores índices de depressão e melhor qualidade de vida relacionado aos aspectos físico, emocional, mental e de vitalidade.

Palavras-chave: Estresse do cuidador. Depressão. Ansiedade.

A identificação do presenteísmo nos cuidadores domiciliares e a intervenção com ações educativas pela equipe multiprofissional definem o sucesso dos cuidados

Autores: Sá EC, Lopes AS, Araujo FZ, Toniolli TR, Sa SLC, Ferreira AM.
Instituição: Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal.
E-mail: tharubinho@yahoo.com.br

Introdução: O cuidador de doentes internados em domicílio pode estar exposto ao presenteísmo, problema emergente caracterizado pela presença física em seu local de assistência, mas com seu desempenho e funções hipossuficientes por estar debilitado psicologicamente e fisicamente. **Objetivo:** Identificar em um grupo de cuidadores o desenvolvimento do presenteísmo e adotar medidas de intervenção e proteção ao cuidador. **Métodos:** Estudo epidemiológico com 21 cuidadores de pacientes em programa de internação domiciliar do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar de Samambaia/DF, com aplicação da Stanford Presenteeism Scale (SPS-6) como método de identificação do presenteísmo. Foram submetidos ao estudo cuidadores do sexo masculino e feminino, com idade entre 35 e 78 anos. **Resultados:** 8 cuidadores tiveram um comportamento presenteísta nos últimos 6 meses, e o SPS-6 identificou que 13 cuidadores eram presenteístas. Os identificados como presenteístas apresentavam perfil sedentário, com excesso de peso e alguns sintomas físicos e psicológicos. Foram estabelecidas ações educativas e períodos de descanso para os cuidadores, com orientações específicas, planejadas e acompanhadas pela equipe multidisciplinar, demonstrando, após 4 semanas, que as ações foram efetivas; ainda, dos 8 cuidadores com comportamento presenteísta, 4 relataram melhora no desempenho dos cuidados. Os 13 cuidadores classificados como presenteístas conseguiram intensificar a vigilância dos pacientes. **Conclusão:** Os resultados apontaram a identificação elevada de presenteísmo, associada ao sedentarismo e queixas de exaustão física e emocional, impactando negativamente na saúde dos cuidadores e diminuindo os critérios de segurança nos cuidados com o paciente. É necessário implementar medidas de suporte contínuo com orientações especiais aos cuidadores pela equipe multidisciplinar de assistência domiciliar, além de procurar apoio à rede

Palavras-chave: Presenteísmo. Atenção domiciliar. Cuidado domiciliar. SPS-6.

Aspectos espirituais de pacientes e cuidadores assistidos pela atenção domiciliar de Indaiatuba

Autores: Da Silva DSM, Haas ABM, Garcia LSS, Soster FRM, Gibim ML, Pazin AR.

Instituição: Atenção Domiciliar de Indaiatuba.

E-mail: diegosalvador27@hotmail.com

Introdução: A espiritualidade é a relação com o sagrado ou transcendente, levando o indivíduo a compreender e encontrar significados para sua vida e um sentido de conexão com algo maior que ele mesmo, podendo ser praticada por meio de diversos instrumentos, sendo a religião um deles. **Objetivo:** Conhecer os aspectos espirituais de pacientes e cuidadores na atenção domiciliar (AD). **Métodos:** Estudo quanti-qualitativo realizado com aplicação da Escala Spirit-Maugans durante os meses de julho e agosto de 2019. Tal escala avalia os seguintes aspectos: afiliação religiosa, espiritualidade pessoal, integração em comunidades espirituais ou religiosas, rituais e restrições, implicações médicas e planejamento do fim de vida. **Resultados:** Foram aplicados sete questionários em quatro cuidadores e três pacientes (10% dos pacientes assistidos pela AD). Todos se consideram cristãos (três evangélicos, três católicos e um espírita). Leitura da bíblia, orações/rezar o terço, participação em cultos/missas e “passes espirituais” foram as principais práticas religiosas citadas. A maioria considerava importante estar integrada a uma comunidade religiosa, pois fortalece a relação familiar, além do suporte de algumas igrejas (ajuda nos cuidados básicos de vida). A opção religiosa foi respeitada pelos profissionais de saúde, porém alguns pacientes sentiram-se desestimulados (ao ouvir “não há mais nada o que fazer”) e gostariam de mais atenção/sensibilidade por parte desses profissionais. De forma comum, todos compreenderam o fim próximo e relataram que estavam nas “mãos de Deus”. Alguns realizaram todos os desejos do paciente e pagaram plano funerário. **Conclusão:** O conhecimento da dimensão espiritual na AD é de suma importância e tem impacto na saúde biopsicossocial, sendo associado à preservação da saúde mental, maior suporte social, menor índice de depressão e melhor qualidade de vida. Por fim, vale ressaltar a deficiência da abordagem da espiritualidade pelo profissional da área da saúde.

Palavras-chave: Espiritualidade. Comunicação em saúde. Atenção primária à saúde. Integralidade em saúde.

