

# Revista Brasileira de Atenção Domiciliar

Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar



Editorial

---

Resumos - CIAD 2025

---

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 IX - Número IX - 2025

ISSN 2446-841X



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) 98820 5588

E-mail: jaimelisandro@hotmail.com

Revisão e diagramação: Paulo Franco

#### Ficha Catalográfica

Revista Brasileira de Atenção Domiciliar. Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar. Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar - Nadi. Holambra: Editora Setembro, SP, n. IX (2025).

Ano IX n. IX 2025

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 IX - Número IX - 2025

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

Nathalia Pardelli – Nadi/ICHCFMUSP

## **Colaboradores**

Alfredo Almeida Pina de Oliveira – UNG e ACMG/HSFMUSP

Aliciana Basílio Ramos de Oliveira – Nadi/ICHCFMUSP

André Minchillo – Grupo Ideal Care

Claudia Fernandes Laham – Nadi/ICHCFMUSP

Silvia Maria de Macedo Barbosa – ICR/HCFMUSP

## **Política editorial**

O conteúdo dos resumos e dos artigos é de estrita responsabilidade do(s) autor(es).

O conteúdo dos artigos publicados não reflete necessariamente a opinião do Conselho Editorial.

# Editorial

## Assistência Domiciliar: mitos do cuidado

“Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma ideia inspirada. Tomou um pouco do barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado. Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da Terra. Originou-se então uma discussão generalizada. De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão, que pareceu justa: ‘Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte dessa criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo, receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver. E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu, esta criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil!’”.

Esta pequena história, que nos fala sobre vida e morte, também nos explica o nascimento do homem, a existência do espírito e, principalmente, a função ou presença do cuidado em nossa vida. Assim são os mitos. No dicionário, mito é: “personagem, fato ou particularidade que, não tendo sido real, simboliza não obstante uma generalidade que se deve admitir; coisa ou pessoa que não existe, mas que se supõe real”. Para Joseph Campbell<sup>2</sup>, estudioso americano de mitologia comparada, os mitos são pistas para explicar as potencialidades da vida humana, a experiência da vida humana. E ele vai mais além: “Os mitos ensinam que você pode se voltar para dentro e começar a captar a mensagem dos símbolos” (Campbell, 1990, p. 5).

Assim, falar de mitos é falar de explicações simbólicas sobre o que temos, vivemos e somos, mas é também falar do que não entendemos, do que nos falta explicação, do que carece de sentido, do que nos dói e do que nos “cura”. “Dizem que o que todos nós procuramos é um sentido para a vida. Não penso que seja assim. Penso que o que estamos procurando é uma experiência de estar vivos, de modo que nossas experiências de vida, no plano puramente físico, tenham ressonância no interior do nosso ser e da nossa realidade mais íntima, de modo que realmente sintamos o enlevo de estar vivos” (Campbell, 1990, p. 4).

Heróis, deuses, semideuses, comportamentos, emoções, caminhos percorridos e indicados estão presentes na maioria dos mitos. Eles nos explicam, em algumas situações, o inexplicável, nos conduzem a caminhos antes intransitáveis e nos lembram do adormecido em nós.

A caixa de Pandora nos fala da curiosidade que pode ser nociva, mas nos apresenta a esperança como resistência. Narciso nos mostra o quanto o autoconhecimento e a autovalorização podem ser um caminho necessário, mas perigoso, quando impera o desconhecimento e a desconsideração quanto aos demais. Eros e

---

1 Versão livre em português do original em latim de Gaius Julius Hyginus, extraída do livro Saber Cuidar, de Leonardo Boff (1999, p. 46).

2 O poder do Mito, de Joseph Campbell com Bill Moyers. Publicação da Associação Pala Athena, em 1990.

Thanatos nos apresentam a busca pela vida, pela sobrevivência, apesar de tudo, e a morte como contraponto; vida e morte; complementariedade e oposição. Kronos e Kairós nos explicam sobre o tempo cronometrado, sobre o relógio que conta as horas, enquanto Kairós representa a oportunidade, o tempo que não pode ser medido por horas ou minutos, apenas sentido e vivido. E Higeia, deusa símbolo que escolhemos para ilustrar nosso evento, é a própria personificação da área em que trabalhamos; filha de Asclépio, o deus da cura, era considerada a deusa da saúde, da prevenção das doenças e da manutenção da boa saúde.

Apesar da simbologia inerente aos mitos, na vida cotidiana e em linguagem coloquial, eles nos falam sobre o que acreditamos sem fundamentação, tudo o que repetimos, de geração após geração, sem pararmos para pensar no quanto de verdadeiro ou falso há no que acreditamos, esperamos ou revivemos. A família é mesmo um núcleo de amor e cuidados? O ser humano é mesmo um ser de cuidados? As pessoas preferem a verdade nua e crua? A infância é a fase mais feliz da vida? Envelhecer é viver a melhor idade?

São as diferentes perspectivas, simbólicas e reais, de, também, diferentes mitos que nos embasarão neste CIAD 2025, cujo tema central é “Assistência Domiciliar: mitos do cuidado”.

Então, convidamos você a adentrar este labirinto, por meio do qual o fio de Ariadne te guiará. Venha descobrir se os diferentes mitos apresentados têm ressonância naquilo que pensamos, vivemos ou sonhamos, ou se mostram como aquilo em que acreditamos sem discutir, muito embora a realidade teime em nos revelar exatamente o oposto.

LETÍCIA ANDRADE

# Sumário

## ARTIGOS

Adaptação de calçados de baixo custo para lesões nos pés no Serviço de Atenção Domiciliar – Pilar/AL...	13
Mapeamento de indicadores psicossociais no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): subsídios para a prática clínica da Psicologia .....	18
O reencontro com a voz: desmame ventilatório e decanulação em domicílio de um jovem cantor com trauma raquimedular.....	25

## RESUMOS: APRESENTAÇÕES DE PÔSTERES

Telemonitoramento e videoconsultas x LGPD: eficácia e desafios na atenção domiciliar .....	36
Reabilitação multiprofissional no domicílio: superando o mito da dependência da sonda nasointestinal pós-AVC hemorrágico.....	36
Reuniões interprofissionais no Programa Melhor em Casa: alinhamento coletivo e desconstrução de mitos do cuidado .....	37
A coordenação na gestão da atenção domiciliar: liderança, afeto e desempenho no Programa Melhor em Casa .....	37
Projeto Terapêutico Singular intersetorial na atenção domiciliar: atributos da Atenção Primária à Saúde e desconstrução de mitos para a segurança do paciente .....	38
Odontologia e PMC: desmistificando a atuação do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional .....	38
Reabilitação precoce na artroplastia de quadril: mito ou verdade?.....	39
Humanização do teleatendimento na atenção domiciliar: um relato de experiência.....	39
Cuidados domiciliares para pessoas com artrite reumatoide: uma revisão integrativa.....	40
Desafios do atendimento domiciliar em fisioterapia: experiência no PMC e PADC em São Pedro da Aldeia/RJ .....	40
“Se Cuidar para Cuidar”: experiência multiprofissional em grupo de apoio a cuidadores no Programa Melhor em Casa de Itaquaquecetuba/SP .....	41
Cuidado de respiro: experiência na atenção domiciliar.....	41
Perfil dos pacientes em diálise peritoneal domiciliar do Super Centro Carioca de Saúde .....	42
A importância da farmácia clínica na assistência domiciliar na prevenção de eventos adversos relacionados à interação medicamentosa grave.....	42

Experiência da implantação do Programa de Diálise Peritoneal Domiciliar no Centro Carioca de Especialidades.....	43
Gênero e cuidado: análise do perfil de pacientes e cuidadoras no atendimento domiciliar.....	43
Atuação da enfermagem do CCE/RJ na prevenção e manejo do risco de peritonite: relato de experiência....	44
Teleconsulta de enfermagem no cuidado a pessoas com feridas: desmistificando a presença física.....	44
Implantação do prontuário afetivo no SAD de Pilar/AL.....	45
Bussiness intelligence como ferramenta de gestão no SAD: da planilha ao dashboard.....	45
“Cuidar e Criar”: humanização do cuidado domiciliar por meio do artesanato em Pilar/AL.....	46
Humanização na alta clínica: a experiência da alta festiva no Programa Melhor em Casa em Pilar/AL.....	46
A trajetória da atenção domiciliar no Rio de Janeiro.....	47
Encontro de cuidadores como estratégia de educação em saúde: uma abordagem em cuidados domiciliares....	47
Monitoramento clínico no Serviço de Atenção Domiciliar: estratégia para efetividade, intervenção e prevenção de reinternações.....	48
Regulação específica na captação de pacientes para a atenção domiciliar: estratégia para segurança da alta, efetividade do cuidado e fortalecimento do SAD.....	48
Entre a APS e o SAD: cuidado domiciliar, exclusividade do SAD?.....	49
Entre o domicílio e o hospital: desconstruindo o mito de que, quando o paciente é AD, o óbito deve ser realizado em casa.....	49
Mito: a operadora de saúde e o cuidado da dor e sofrimento.....	50
A desospitalização na assistência oncológica: um debate acerca da continuidade do cuidado familiar em domicílio.....	50
Estágio supervisionado em Unidade de Saúde da Família: um relato de vivência acadêmico.....	51
Cuidados paliativos e vulnerabilidade social: o agente compassivo como ferramenta indispensável para um projeto terapêutico holístico.....	51
Análise da qualidade de vida do grupo da 3ª idade que reside em instituições de longa permanência no Brasil: uma revisão integrativa da literatura.....	52
Mais que cicatrizar: quando o cuidado vai além da ferida.....	52
E do cuidador, quem cuida?.....	53
Desmistificando a aplicação de morfina por cuidadores de pacientes em cuidados paliativos.....	53
SAD e ESF: integração com os ACS e valorização do Programa Melhor em Casa.....	54
Promoção de saúde na atenção domiciliar: higiene e estética como estratégia de cuidado.....	54
E agora, José? Desafios e perspectivas dos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde.....	55
Inserção da Política Nacional de Humanização na atenção domiciliar: experiência do projeto HumanizaSAD em Pilar/AL.....	55
Teleconsultas na desospitalização como estratégia de cuidado.....	56
Visita pós-óbito como encerramento do cuidado no Programa Melhor em Casa de Pilar/AL.....	56

Nutrir o corpo, sustentar o viver: a experiência da nutrição parenteral domiciliar.....	57
Oferta alimentar domiciliar em paciente disfágico em cuidados paliativos oncológicos.....	57
Projeto de implantação do Plano de Cuidado Integrado em serviço de home care .....	58
Invisível: desafios do trabalho não remunerado realizado por cuidadores familiares .....	58
Avaliação da satisfação dos usuários do Serviço de Atenção Domiciliar: percepção de qualidade e propostas de melhoria contínua da assistência.....	59
Suporte psicoemocional ao cuidador na atenção domiciliar: redução da sobrecarga e eficiência econômica ...	59
Integração Fisioterapia-Terapia Ocupacional na atenção domiciliar: estratégias interdisciplinares para autonomia e qualidade de vida.....	60
Potencial cicatrizante do óleo de copaíba no tratamento de lesões cutâneas: relato de caso.....	60
Busca ativa para o Programa Melhor em Casa no contexto hospitalar municipal do SUS – perfil de pacientes e acompanhantes.....	61
Rede de atenção e acompanhamento domiciliar: contribuições do Serviço Social em estudo de caso .....	61
Ferramenta municipal para busca ativa ao Programa Melhor em Casa em pacientes hospitalizados do SUS...	62
Desospitalização para antibioticoterapia: análise de custo evitado com uma abordagem centrada no beneficiário no atendimento domiciliar.....	62
Impactos da alta e não elegibilidade da fisioterapia domiciliar: hospitalização, reembolso e judicialização em uma operadora de saúde.....	63
Monitoramento remoto e visitas de intercorrência: estratégia para a redução de hospitalizações em atenção domiciliar.....	63
Intercorrências agudas e desfechos clínicos em atendimento domiciliar a pacientes idosos em hospital terciário: um estudo retrospectivo.....	64
Cuidando em casa: os benefícios físicos, emocionais e sociais da assistência domiciliar.....	64
O matriciamento como prática transformadora do cuidado no Serviço de Atenção Domiciliar.....	65
Quando o cuidado atravessa fronteiras: articulações do Serviço Social no acompanhamento de paciente imigrante.....	65
Transformação digital nos Serviços de Atenção Domiciliar: valor e potência ao Serviço Social.....	66
Desafios e estratégias no cuidado domiciliar com cuidadora diagnosticada com transtorno psiquiátrico ....	66
Estratégias para ampliação do acesso ao Serviço de Atenção Domiciliar em Belo Horizonte .....	67
O papel do assistente social no atendimento domiciliar na atenção secundária: estudo de caso em serviço especializado.....	67
Atenção domiciliar como cenário de aprendizagem: relato de estágio no Programa Melhor em Casa .....	68
O Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte: percepções de gestores e desafios da integração.....	68
A Enfermagem na assistência domiciliar em ortopedia: continuidade do cuidado ao paciente pós-cirúrgico ..	69
Desospitalização e cuidados paliativos domiciliares .....	69
Cuidado centrado na pessoa vítima de violência doméstica: experiência na atenção domiciliar.....	70

## RESUMOS: APRESENTAÇÕES ORAIS

Experiência de criação de um protocolo de risco de suicídio em Serviço de Atenção Domiciliar do SUS..	72
Atuação do Serviço Social na transição do cuidado hospitalar para o domiciliar: estudo de caso .....	72
Cuidados paliativos na atenção domiciliar: desmistificando o mito da redução do tempo de vida .....	73
Análise do perfil epidemiológico e estratificação de risco clínico dos pacientes do SAD para reformulação do modelo assistencial, garantindo cuidado centrado no paciente e sustentabilidade .....	73
Prontuário afetivo: estratégia para a humanização do cuidado no Programa Melhor em Casa .....	74
Desospitalização pediátrica segura sem judicialização: articulação intermunicipal entre Serviços de Atenção Domiciliar .....	74
Desospitalização de recém-nascidos com sífilis congênita e assistência domiciliar na otimização de leitos hospitalares.....	75
Imagens que cuidam: o uso de pictogramas para ampliar compreensão e segurança no cuidado domiciliar....	75
Atenção domiciliar na síndrome de Fournier: relato de experiência com o Programa Melhor em Casa de um hospital municipal em São Paulo.....	76
Aplicação de um questionário de saúde mental nos trabalhadores do SAD Sul-Sudeste de Campinas/SP...	76

---

# ARTIGOS

---

## Adaptação de calçados de baixo custo para lesões nos pés no Serviço de Atenção Domiciliar – Pilar/AL

Autores: Batista MML, Santos CM, Santos IGC, Veloso TS.

Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar – Pilar/AL.

E-mail: marciclea@yahoo.com.br

**Resumo:** A atenção domiciliar tem enfrentado um aumento significativo no número de usuários com mobilidade reduzida, especialmente em decorrência de condições crônicas, como diabetes mellitus, doenças neurológicas e do processo de envelhecimento. Nesse contexto, as lesões nos pés são frequentes e demandam cuidados específicos, incluindo o uso de calçados adequados, que, muitas vezes, apresentam alto custo e não contemplam as necessidades individuais dos usuários atendidos no domicílio. Diante disso, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência da confecção de calçados adaptados de baixo custo, acessíveis e funcionais para usuários do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município de Pilar/AL, visando à prevenção de agravos e à promoção da autonomia nas atividades de vida diária (AVDs). Trata-se de um projeto iniciado em 2023, direcionado a usuários com lesões em membros inferiores, estruturado em cinco etapas: identificação das necessidades funcionais relacionadas à deambulação; avaliação clínica das lesões; seleção de materiais acessíveis; confecção personalizada dos calçados pela terapeuta ocupacional da equipe; e avaliação funcional quanto ao conforto, segurança e proteção das lesões. Os resultados demonstraram melhora significativa na funcionalidade e na autonomia dos usuários, refletida no retorno a atividades sociais, educacionais e religiosas, bem como na realização independente das AVDs. Conclui-se que a confecção de calçados adaptados de baixo custo constitui uma intervenção eficaz, acessível e com impacto positivo na qualidade de vida e reinserção social, evidenciando a relevância das tecnologias assistivas e do cuidado interdisciplinar na atenção domiciliar.

**Palavras-chave:** Atenção domiciliar. Calçados adaptados. Promoção da autonomia.

### Introdução

A atenção domiciliar (AD) configura-se como uma estratégia essencial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), destinada à oferta de cuidado integral, contínuo e humanizado a usuários com limitações funcionais e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Regulamentada por normativas ministeriais, a AD integra as Redes de Atenção à Saúde e tem como princípios a centralidade do usuário, o cuidado no território e a atuação interdisciplinar, buscando ampliar a autonomia e a qualidade de vida das pessoas assistidas<sup>1,2</sup>.

O avanço do envelhecimento populacional e o aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes mellitus e as condições neurológicas, têm contribuído para a elevação do número de indivíduos com mobilidade reduzida e dependência funcional. Entre os agravos mais frequentes nesse público, destacam-se as lesões nos pés, que comprometem a deambulação, aumentam o risco de quedas e impactam negativamente a participação social e a realização das atividades de vida diária<sup>3</sup>.

As práticas desenvolvidas na AD devem estar alinhadas às diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), que preconiza a valorização dos sujeitos envolvidos no processo de cuidado, a escuta qualificada, o

respeito às singularidades e o fortalecimento da autonomia dos usuários<sup>4</sup>. No contexto domiciliar, a humanização assume papel central, uma vez que o cuidado ocorre no espaço de vida do usuário, exigindo intervenções sensíveis às condições sociais, culturais e emocionais, além das demandas clínicas.

Apesar da relevância do cuidado integral às lesões nos pés, observa-se que os calçados ortopédicos disponíveis no mercado apresentam elevado custo e, na maioria das vezes, não contemplam as necessidades específicas dos usuários atendidos no domicílio. Essa limitação pode comprometer a adesão às orientações terapêuticas, favorecer o agravamento das lesões e reforçar processos de dependência funcional. Nesse sentido, as tecnologias assistivas destacam-se como recursos fundamentais para a promoção da funcionalidade, da independência e da participação social, especialmente quando desenvolvidas de forma personalizada e acessível<sup>5,6</sup>. A adaptação de calçados de baixo custo, ao considerar as particularidades anatômicas e funcionais dos usuários, configura-se como uma estratégia de cuidado humanizado, alinhada aos princípios da PNH, ao favorecer conforto, segurança, autonomia e inclusão social no contexto da AD.

## Objetivos

- Desenvolver calçados adaptados, acessíveis e funcionais para pacientes com lesão nos pés do Serviço de Atenção Domiciliar de Pilar/AL.
- Prevenir agravos ao promover independência e autonomia nas atividades de desempenho ocupacional.

## Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, caracterizado como relato de experiência, desenvolvido no âmbito do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município de Pilar/AL. A iniciativa foi implementada a partir de 2023 como estratégia de intervenção voltada a usuários com lesões em membros inferiores associadas a comprometimento da mobilidade e limitação no desempenho ocupacional.

O desenvolvimento dos calçados adaptados ocorreu em cinco etapas sistematizadas:

1. Identificação das necessidades funcionais dos usuários relacionadas às atividades de vida diária, com ênfase na deambulação.
2. Avaliação clínica das lesões (localização, extensão, risco de infecção, áreas de pressão), determinando a adaptação necessária.
3. Seleção de materiais acessíveis e de baixo custo, como solados emborrachados, espuma de diferentes densidades, velcros, linhas, agulhas, priorizando leveza, conforto, ventilação e possibilidade de ajustes.
4. Confecção personalizada dos calçados, realizada pela terapeuta ocupacional da equipe, respeitando princípios ergonômicos e biomecânicos.
5. Avaliação funcional dos calçados, realizada pela equipe interdisciplinar, observando conforto, segurança, proteção da lesão e impacto na qualidade de vida.

## Resultados e Discussão

Os resultados evidenciaram ganhos expressivos na funcionalidade, mobilidade e autonomia dos usuários após a utilização dos calçados adaptados. Observou-se melhora na estabilidade durante a marcha, redução referida da dor, maior segurança na deambulação e diminuição do receio de agravamento das lesões, fatores que impactaram diretamente o desempenho ocupacional e a participação social.

Os relatos dos usuários indicaram o resgate de atividades anteriormente interrompidas em decorrência das limitações impostas pelas lesões. Entre as atividades retomadas, destacam-se: participação em práticas religiosas, ida à feira livre, supermercados e farmácias de forma independente, retorno às atividades escolares, execução de tarefas domésticas (como lavar e estender roupas) e reinserção no trabalho formal. Tais achados evidenciam que a intervenção ultrapassou o âmbito estritamente clínico, promovendo reintegração social e fortalecimento da identidade ocupacional dos sujeitos, conforme as Figuras 1, 2 e 3.

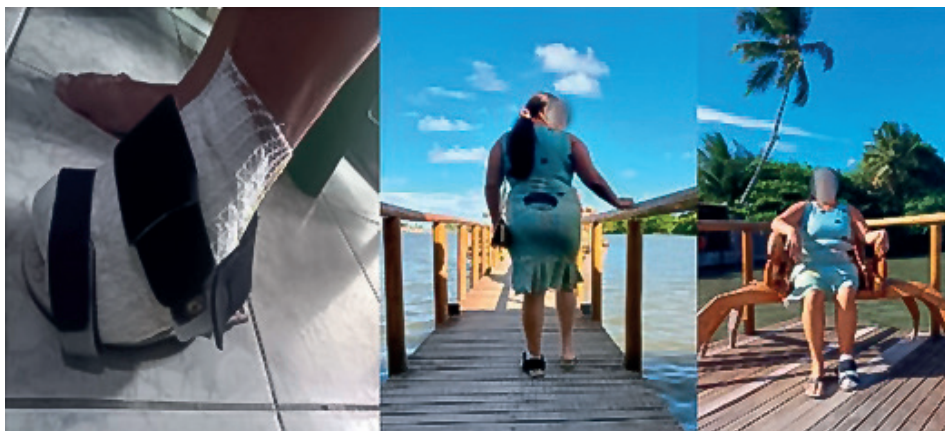
**Figura 1 – Confeção personalizada, respeitando a lesão e os aspectos ergonômicos.**



**Figura 2 – Avaliação da funcionalidade, promovendo conforto e segurança no desempenho ocupacional.**



**Figura 3 – Impactos relevantes na qualidade de vida do sujeito.**



A análise dos resultados permite discutir três eixos principais:

## Funcionalidade e prevenção de agravos

A adequação biomecânica proporcionada pelos calçados adaptados favoreceu a redistribuição de pressão plantar, proteção das áreas lesionadas e maior estabilidade postural. Ainda que não tenham sido utilizados instrumentos padronizados de mensuração quantitativa, a avaliação clínica da equipe interdisciplinar apontou melhora na qualidade da marcha e redução do risco de quedas.

Esses achados dialogam com os princípios das tecnologias assistivas descritos por Bersch (2017)<sup>5</sup> e Cook e Polgar (2015)<sup>6</sup>, ao evidenciarem que recursos de baixo custo, quando personalizados e tecnicamente fundamentados, podem gerar impacto funcional significativo. A intervenção demonstrou que a ausência de recursos financeiros não deve ser um impeditivo para a oferta de cuidado qualificado.

## Autonomia, desempenho ocupacional e qualidade de vida

A retomada das atividades de vida diária (AVDs) e das atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) refletiu a ampliação da independência funcional e a redução da dependência de cuidadores. Observou-se melhora na autoconfiança, na autoestima e na percepção de utilidade social, aspectos diretamente relacionados à qualidade de vida.

Estudos sobre tecnologia assistiva e funcionalidade apontam que recursos assistivos adequadamente adaptados favorecem autonomia, independência funcional e maior participação social de pessoas com deficiência e limitações funcionais<sup>7</sup>. Neste estudo, os calçados adaptados funcionaram como mediadores entre limitação física e participação ocupacional, reafirmando o papel da Terapia Ocupacional na construção de soluções contextualizadas, acessíveis e centradas nas necessidades do usuário.

## Humanização e cuidado no território

A intervenção mostrou-se alinhada às diretrizes da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), ao considerar as singularidades dos usuários, seu contexto socioeconômico e suas prioridades ocupacionais. O cuidado ocorreu no próprio domicílio, respeitando o território como espaço de vida e produção de sentidos.

A produção artesanal e personalizada dos calçados fortaleceu o vínculo terapêutico e valorizou o protagonismo do usuário no processo de cuidado. Diferentemente da prescrição padronizada de órteses industrializadas, a adaptação construída no domicílio permitiu ajustes contínuos, escuta qualificada e responsabilização do sujeito.

Os achados indicam que a adaptação de calçados de baixo custo constitui uma tecnologia assistiva, resolutiva e socialmente pertinente, evidenciando que inovação em saúde não está necessariamente vinculada a alto investimento tecnológico, mas à capacidade de articulação entre conhecimento técnico, criatividade profissional e escuta sensível às necessidades do usuário.

## Conclusão

A confecção de calçados adaptados de baixo custo mostrou-se uma estratégia eficaz, acessível e resolutiva no cuidado a usuários com lesões nos pés atendidos pela AD. A iniciativa contribuiu para a promoção da auto-

nomia, prevenção de agravos e reinserção social dos usuários, evidenciando o papel fundamental do trabalho interprofissional nas tecnologias assistivas no SUS. Recomenda-se a ampliação e replicação da experiência em outros serviços de AD, bem como o desenvolvimento de estudos sistemáticos, fortalecendo sua incorporação com estratégia efetiva no cuidado às pessoas com limitações funcionais.

## Referências

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. v. 1.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 26 abr 2016; Seção 1.
- 3 Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial sobre envelhecimento e saúde. Genebra: OMS; 2015.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- 5 Bersch R. Introdução à tecnologia assistiva. Porto Alegre: Assistiva Tecnologia e Educação; 2017.
- 6 Cook AM, Polgar JM. Assistive technologies: principles and practice. St. Louis: Elsevier; 2015.
- 7 Santos RF, Sampaio PYS, Sampaio RAC, Gutierrez GL, Almeida MAB. Tecnologia assistiva e suas relações com a qualidade de vida de pessoas com deficiência. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. 2017;28(1):54-62.

# Mapeamento de indicadores psicossociais no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): subsídios para a prática clínica da Psicologia

Autores: Bianchini KSL, Lima CS, Scorsato MAS, Matias PDSB, Merlini ALE.

Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar – Hospital das Clínicas de São Bernardo do Campo/SP.

E-mail: kelly.bianchini@cssbc.org.br

**Resumo:** A atenção domiciliar (AD) tem se consolidado como uma estratégia relevante no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no acompanhamento de pacientes com doenças crônicas e limitações funcionais. Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo analisar as demandas psicossociais identificadas a partir do mapeamento realizado pelas equipes do Serviço de Atenção Domiciliar. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e qualitativa, com análise de dados provenientes de 390 pacientes e cuidadores acompanhados no ano de 2025. Os resultados evidenciaram a presença significativa de demandas psicossociais, com predominância de casos classificados como média e alta prioridade, além de situações de sofrimento psíquico e sobrecarga do cuidador. Conclui-se que o mapeamento psicossocial constitui um instrumento estratégico para o planejamento de intervenções multiprofissionais, contribuindo para a qualificação do cuidado na AD.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Psicologia. Cuidadores. Saúde mental. Atenção domiciliar.

## Introdução

A atenção domiciliar (AD) tem se estabelecido como uma importante estratégia de organização do cuidado em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no atendimento a pacientes com doenças crônicas, limitações funcionais ou necessidade de acompanhamento contínuo. Essa modalidade assistencial possibilita a continuidade do tratamento no ambiente domiciliar, reduz internações prolongadas e contribui para a humanização do cuidado<sup>1</sup>.

Além de favorecer a permanência do paciente em seu meio familiar e social, a AD promove maior integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde, fortalecendo a lógica da integralidade e da coordenação do cuidado. À luz desse cenário, as equipes multiprofissionais desempenham papel fundamental na avaliação das necessidades clínicas, funcionais e psicossociais dos indivíduos acompanhados.

Entretanto, o processo de adoecimento e a necessidade de cuidados contínuos no domicílio frequentemente produzem impactos significativos na dinâmica familiar. A reorganização das rotinas, a redistribuição de responsabilidades e a adaptação às demandas do cuidado podem gerar sobrecarga emocional e física para pacientes e cuidadores.

Estudos apontam que cuidadores familiares podem apresentar níveis elevados de estresse, ansiedade e exaustão emocional, especialmente quando assumem o cuidado de forma prolongada e com baixa rede de apoio<sup>2</sup>.

Diante desse cenário, a identificação de fatores psicossociais associados ao processo de cuidado torna-se fundamental para orientar as intervenções da equipe multiprofissional e qualificar a atuação da Psicologia na AD.

## Fundamentação teórica

A literatura científica aponta que o processo de adoecimento crônico está frequentemente associado a impactos significativos na saúde mental dos indivíduos. Alterações na autonomia, limitações funcionais e incertezas quanto à evolução da doença podem desencadear sentimentos de medo, tristeza e insegurança, afetando de maneira expressiva a qualidade de vida dos pacientes<sup>3</sup>. Nessas circunstâncias, o adoecimento não se restringe apenas às dimensões biológicas, mas também envolve aspectos sociais, emocionais e familiares que influenciam diretamente a experiência de viver com uma condição crônica.

Sob essa perspectiva, a AD se estabelece como estratégia relevante para a continuidade do cuidado em saúde, especialmente para pacientes com doenças crônicas ou limitações funcionais que dificultam o acesso frequente aos serviços de saúde. Essa modalidade assistencial permite que o cuidado seja realizado no ambiente familiar, favorecendo maior conforto ao paciente e possibilitando uma abordagem mais humanizada do tratamento<sup>1</sup>. Além disso, a AD tem sido reconhecida internacionalmente como uma estratégia importante para a organização dos sistemas de saúde, contribuindo para a redução de internações hospitalares prolongadas e para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes<sup>4</sup>.

Entretanto, o cuidado no ambiente domiciliar também pode gerar desafios significativos para as famílias. Em muitos casos, a responsabilidade pelo cuidado diário recai sobre um membro da família, que assume o papel de cuidador informal. Esse processo pode implicar mudanças profundas na rotina familiar, exigindo reorganização das atividades cotidianas e adaptação às novas demandas impostas pela condição de saúde do paciente.

A literatura aponta que o papel de cuidador familiar pode gerar sobrecarga física e emocional significativa, especialmente em situações que envolvem dependência funcional prolongada ou necessidade de cuidados complexos<sup>5</sup>. Esse fenômeno, frequentemente descrito como sobrecarga do cuidador, envolve sentimentos de exaustão, ansiedade, estresse e dificuldades na conciliação entre o cuidado e outras atividades da vida cotidiana.

Estudos indicam ainda que cuidadores familiares apresentam maior risco de desenvolver problemas de saúde física e mental, incluindo sintomas depressivos, distúrbios do sono e comprometimento da qualidade de vida<sup>2</sup>. Dessa forma, torna-se fundamental que os serviços de saúde considerem não apenas as necessidades do paciente, mas também as demandas emocionais e sociais dos cuidadores envolvidos no processo de cuidado.

Nesse cenário, a identificação de indicadores psicossociais constitui recurso primordial para orientar o planejamento das intervenções das equipes multiprofissionais psicológicas. A análise dessas dimensões permite reconhecer fatores de vulnerabilidade, fragilidades na rede de apoio e possíveis situações de sofrimento psíquico que podem comprometer o processo de cuidado.

No âmbito do SUS, a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) representa um importante avanço na estruturação da assistência em saúde mental. Instituída pela Portaria nº 3.088/2011, a RAPS tem como objetivo ampliar e qualificar o cuidado em saúde mental por meio da articulação entre diferentes pontos da rede de atenção, incluindo a atenção básica, os serviços especializados e os dispositivos comunitários<sup>6</sup>.

Nesse sentido, a atuação da Psicologia no âmbito da AD torna-se fundamental para o acolhimento das demandas emocionais, para o fortalecimento das redes de apoio e para a promoção de estratégias de enfrentamento frente às situações de adoecimento e dependência funcional. A articulação entre os serviços de AD e a RAPS possibilita a construção de um cuidado mais integrado e contínuo, contribuindo para a promoção da saúde mental de pacientes e cuidadores.

## Objetivo

Analisar as demandas psicossociais identificadas no contexto da AD, a partir do mapeamento realizado pelas equipes do Serviço de Atenção Domiciliar, visando subsidiar o planejamento de intervenções da equipe multiprofissional.

## Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem quali-qualitativa, realizado a partir da análise de dados provenientes do mapeamento psicossocial conduzido pelas equipes do Serviço de Atenção Domiciliar da cidade de São Bernardo do Campo/SP, durante o ano de 2025.

O instrumento (Anexo 1) utilizado consistiu em questionários de mapeamento psicossocial, aplicados durante as visitas domiciliares realizadas pela equipe multiprofissional do serviço. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas estruturadas com pacientes e/ou cuidadores, contemplando informações sobre histórico psiquiátrico, presença de sinais de negligência, identificação da rede de apoio, classificação da prioridade da demanda psicossocial (alta, média ou baixa) e interesse em acompanhamento psicológico. A amostra foi composta por 390 pacientes e cuidadores acompanhados pelo serviço no período analisado.

Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva, com cálculo de frequências absolutas e percentuais. Os dados qualitativos foram analisados por meio de categorização temática das principais demandas psicossociais identificadas.

## Resultados

A análise dos dados revelou presença expressiva de demandas psicossociais entre os participantes avaliados (Anexo 2).

Do total da amostra ( $n = 390$ ), foram identificados 100 pacientes não respondentes. Os percentuais foram calculados com base nos casos respondentes ( $n = 290$ ): 93 (32%) foram classificados como alta prioridade, 105 (36%), como média prioridade, e 48 (17%), como baixa prioridade de demanda psicossocial. Os demais participantes avaliados, 44 (15%), não apresentaram demandas psicossociais relevantes no momento da avaliação.

Os casos classificados como alta prioridade apresentaram, principalmente, sofrimento psíquico significativo, histórico psiquiátrico prévio, ausência de rede de apoio e presença de risco psíquico, incluindo ideação suicida. Também foram observadas situações de sobrecarga intensa do cuidador, caracterizadas por exaustão emocional, dificuldades no manejo das demandas do cuidado e sentimento de impotência frente à condição clínica do paciente.

Esses achados indicam a necessidade de priorização de intervenções psicológicas imediatas, com foco no manejo do sofrimento psíquico e no suporte aos cuidadores em situação de maior vulnerabilidade.

Além disso, foram identificadas demandas secundárias, incluindo sinais de negligência, conflitos familiares, situações de violência e exaustão emocional associada ao processo de cuidado.

A identificação dessas demandas permite direcionar intervenções específicas, como encaminhamentos para a rede de proteção, mediação de conflitos familiares e acompanhamento psicossocial contínuo.

Observou-se ainda a presença de múltiplas demandas psicossociais em um mesmo indivíduo, indicando a coexistência de diferentes fatores de vulnerabilidade no contexto analisado.

## Discussão

Os resultados do presente estudo evidenciam a relevância do mapeamento psicossocial como instrumento para orientar a prática clínica da Psicologia no contexto da AD. A identificação sistemática de indicadores psicossociais permite reconhecer fatores de vulnerabilidade que podem impactar diretamente o processo de cuidado, contribuindo para o planejamento de intervenções mais direcionadas e efetivas.

Na prática, esses indicadores possibilitam a definição de prioridades de atendimento, a organização do fluxo de encaminhamentos e a elaboração de planos terapêuticos mais alinhados às necessidades identificadas.

A predominância de casos classificados como média e alta prioridade indica que a maior parte dos participantes apresenta demandas que requerem atenção sistemática da equipe. Esses achados sugerem que, no contexto analisado, a AD está frequentemente associada a situações de vulnerabilidade psicossocial significativa, nas quais o acompanhamento contínuo se torna essencial.

Esse cenário pode ser compreendido ao considerar os impactos do processo de adoecimento e das limitações funcionais sobre a saúde mental dos indivíduos envolvidos. O adoecimento crônico frequentemente implica mudanças na autonomia e na dinâmica familiar, podendo desencadear sentimentos de medo, insegurança e sofrimento psíquico<sup>3</sup>.

Outro aspecto relevante refere-se à sobrecarga do cuidador, identificada como um dos principais fatores de vulnerabilidade. A literatura aponta que o cuidado contínuo de pacientes dependentes pode gerar desgaste físico e emocional significativo, especialmente na ausência de rede de apoio ou diante de demandas complexas de cuidado<sup>2,5</sup>.

Além disso, a sobrecarga do cuidador envolve não apenas dimensões físicas e emocionais, mas também aspectos sociais e econômicos. Em muitos casos, há redução ou abandono de atividades profissionais, com impacto direto na renda familiar e aumento da vulnerabilidade social. Esse cenário reforça a necessidade de uma abordagem ampliada do cuidado, incluindo suporte psicológico, assistência social e fortalecimento de redes de apoio.

A presença de múltiplas demandas psicossociais concomitantes evidencia a complexidade das situações vivenciadas por pacientes e cuidadores, indicando a necessidade de abordagens integradas que considerem a multiplicidade de fatores envolvidos no cuidado domiciliar.

A existência de casos não respondentes também deve ser considerada como uma limitação do estudo, uma vez que pode influenciar a interpretação dos resultados. Esse aspecto ressalta a importância de estratégias mais eficazes de coleta e registro de dados, a fim de ampliar a qualidade das informações obtidas.

Esses achados reforçam a importância de uma atuação interdisciplinar no contexto da AD, na qual diferentes profissionais contribuem de forma complementar para a compreensão das demandas apresentadas. A integração entre saberes favorece intervenções mais abrangentes e efetivas.

Nessa direção, a implementação de estratégias de apoio psicológico e de ações psicoeducativas voltadas aos cuidadores pode contribuir para a redução do sofrimento emocional e a melhoria da qualidade do cuidado prestado, fortalecendo recursos de enfrentamento e redes de suporte.

Ademais, a articulação com os serviços da RAPS mostra-se fundamental para garantir a continuidade do cuidado em situações que demandam acompanhamento especializado, conforme preconizado pelas diretrizes do SUS<sup>6</sup>.

Assim sendo, os resultados reforçam a importância da atuação da Psicologia na AD, especialmente no reconhecimento e manejo das demandas psicossociais associadas ao processo de adoecimento e ao cuidado familiar.

## Conclusão

O presente estudo evidenciou a importância do mapeamento de indicadores psicossociais como ferramenta estratégica para a organização das intervenções psicológicas no contexto da AD. A análise dos dados permitiu identificar demandas relevantes relacionadas ao sofrimento psíquico dos pacientes e à sobrecarga dos cuidadores, aspectos que podem impactar diretamente o processo de cuidado.

A identificação dessas demandas emocionais e sociais possibilitou direcionar intervenções psicológicas de forma mais eficiente, contribuindo para o planejamento das ações da equipe multiprofissional e a promoção de um cuidado integral aos pacientes e seus cuidadores.

Por fim, o mapeamento psicossocial mostrou-se um instrumento relevante para qualificar a prática da Psicologia na AD, favorecendo intervenções mais direcionadas, humanizadas e alinhadas às diretrizes das políticas públicas de saúde.

## Referências

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Atenção domiciliar no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- 2 Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *American Journal of Nursing*. 2008;108(9):23-7.
- 3 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
- 4 World Health Organization. Home-based long-term care. Geneva: WHO; 2000.
- 5 Bocchi SCM. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2004;12(1):115-21.
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

## Anexo 1 – Instrumento de coleta.

### Mapeamento diagnóstico – Psicologia SAD

#### 1. Dados do paciente

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EMAD responsável: \_\_\_\_\_

#### 2. Contexto familiar e social

a) Quem é o principal cuidador?

( ) Familiar ( ) Cuidador formal ( ) Outro: \_\_\_\_\_

b) Grau de parentesco do cuidador (se aplicável): \_\_\_\_\_

c) Há mais alguém envolvido no cuidado diário?

( ) Sim ( ) Não → Quem? \_\_\_\_\_

d) Há situações de negligência, violência ou tensão evidente no ambiente domiciliar?

( ) Sim ( ) Não → Especificar: \_\_\_\_\_

e) O cuidador aceita ajuda e orientações? ( ) Sim ( ) Não

f) Existe outra instituição em que o cuidador possui rede de apoio (igreja, UBS, instituições privadas): ( ) Sim ( ) Não

### 3. Histórico psiquiátrico

a) O paciente possui histórico de quadro psiquiátrico? (depressão, ansiedade, fobias)

( ) Sim – Qual(is)? \_\_\_\_\_ ( ) Não ( ) Não informado

b) O cuidador possui histórico psiquiátrico?

( ) Sim – Qual(is)? \_\_\_\_\_ ( ) Não ( ) Não informado

### 4. Indicadores psicossociais (assinale os itens identificados)

Sofrimento psíquico (ex.: tristeza constante, apatia, irritabilidade, choro fácil, ansiedade)

Conflitos familiares (ex.: tensões entre familiares, dificuldades de comunicação)

Sobrecarga do cuidador (ex.: exaustão, sintomas de estresse, cansaço, tristeza, irritabilidade)

Luto antecipatório (paciente ou cuidador manifesta sentimentos de despedida)

Recusa de tratamento ou negação da condição clínica

Diagnóstico clínico recente

Baixa adesão ao tratamento (ex.: resistência, falta de compreensão, desmotivação)

Isolamento social (ex.: retraimento, recusa de interações, silêncio excessivo)

Risco psíquico (ex.: ideação suicida, comportamentos autolesivos, falas de desesperança, recusa grave de tratamento)

Outro (especificar): \_\_\_\_\_

Observações \_\_\_\_\_

### 5. Interesse por acompanhamento psicológico

a) O paciente demonstra interesse para atendimento psicológico? ( ) Sim ( ) Não ( ) Indiferente

b) O cuidador demonstra interesse para atendimento psicológico? ( ) Sim ( ) Não ( ) Indiferente

Dados do profissional que aplicou: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Parecer da Psicologia:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

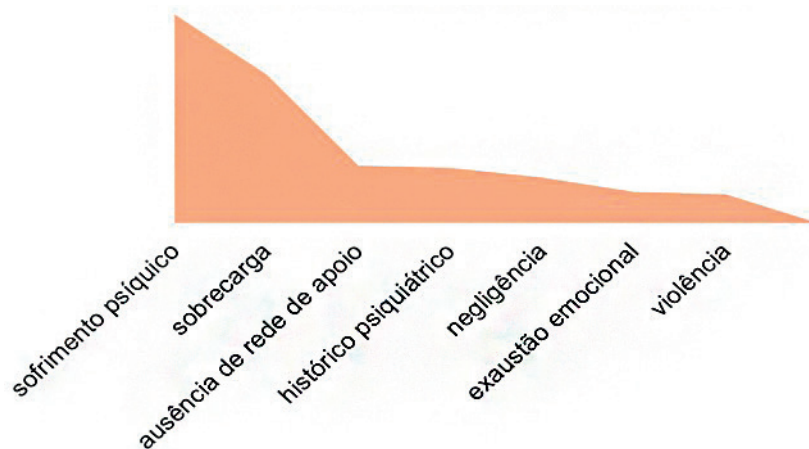
Prioridade do atendimento: ( ) Baixa ( ) Média ( ) Alta

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Carimbo e Assinatura – Psicólogo**

## Anexo 2 – Demandas psicossociais.

### Demandas psicossociais mapeadas pela equipe para orientação à prática psicológica



## O reencontro com a voz: desmame ventilatório e decanulação em domicílio de um jovem cantor com trauma raquimedular\*

Autores: Rosa e Paiva KVE, Almeida CS, Matos APF, Silva RS, Oliveira LM.

E-mail: kverpsaude@gmail.com

**Resumo:** O desmame ventilatório e a decanulação de traqueostomia em domicílio são desafios clínicos relevantes, sobretudo em pacientes jovens, nos quais a reintegração social e funcional influencia diretamente a qualidade de vida. Relata-se o caso de F.C.S., 28 anos, vítima de acidente automobilístico com trauma raquimedular cervical (C4-C5), que permaneceu por três meses em ventilação mecânica. Em 05/02/2025, foi incluído no Programa Melhor em Casa, visando a uma desospitalização segura e progressiva. A equipe multidisciplinar implementou treinamento intensivo dos familiares, incluindo manejo de dispositivos, aspiração, cuidados com feridas, mobilização e prevenção de complicações. Foram adotadas estratégias para fortalecimento da musculatura respiratória, como uso do Powerbreathe®, eletroestimulação diafragmática e técnica de air stacking com ambu, associadas à monitorização contínua. A evolução clínica ocorreu de forma progressiva: desmame total da ventilação em 17/03/2025; introdução de válvula de fala e dieta pastosa em 26/03/2025; dieta geral e oclusão diurna em 02/04/2025; oclusão contínua em 09/04/2025; e decanulação em 02/06/2025. Não houve reinternações durante o seguimento. Os desfechos evidenciaram melhora significativa da qualidade de vida, com recuperação da comunicação, melhora do humor e retomada da identidade profissional como cantor. A decanulação contribuiu para maior autonomia e redução de riscos infecciosos. O caso destaca a efetividade do cuidado domiciliar multiprofissional aliado ao engajamento familiar na reabilitação global, desmame ventilatório seguro, decanulação bem-sucedida e reintegração social em pacientes com trauma raquimedular.

**Palavras-chave:** Atenção domiciliar. Desmame ventilatório. Traqueostomia. Trauma raquimedular. Reabilitação.

### Introdução

O trauma raquimedular (TRM) é uma importante causa de morbimortalidade em todo o mundo e geralmente com grande impacto na funcionalidade e no contexto biopsicossocial do indivíduo e familiares (Araújo et al., 2018). A incidência de TRM, segundo a literatura internacional, varia entre 12,1 e 57,8 casos por 1 milhão de habitantes em países desenvolvidos e entre 12,7 e 29,7 em países em desenvolvimento (Chiu et al., 2010). No Brasil, a média anual é de aproximadamente 6.800 casos, com predominância entre homens, sendo que 60% dos afetados estão na faixa etária de 10 a 30 anos e possuem baixo grau de escolaridade. As causas comumente encontradas são acidentes automobilísticos, quedas, acidentes por mergulho em água rasa e ferimentos por armas de fogo (Silva et al., 2025).

Em pacientes com sequelas neurológicas graves, um dos grandes desafios do manejo clínico é a alta dependência de ventilação mecânica invasiva e a dificuldade de desmame ventilatório. No caso de indivíduos sob intubação orotraqueal (IOT) com perspectiva de uso por mais de 14-21 dias, há a indicação de realização de

---

\* Nota da editoria: As referências deste artigo não foram totalmente revisadas. A editoria da Revista decidiu publicar o artigo assim mesmo em razão de sua relevância. As dúvidas dos leitores poderão ser esclarecidas diretamente com os autores.

traqueostomia, visando à redução de risco de pneumonia associada à ventilação mecânica, tempo de internação em UTI e tempo de internação hospitalar (Medeiros et al., 2019).

No caso de pacientes traqueostomizados, a hospitalização prolongada pode retardar o processo de reabilitação e comprometer a recuperação da comunicação, aspectos fundamentais para a reintegração social. No contexto brasileiro, a literatura destaca que hospitalizações prolongadas podem agravar desigualdades em saúde e dificultar a reintegração social, reforçando a necessidade de estratégias como a desospitalização precoce e o cuidado em rede (Mendes, 2018).

Nesse cenário, a transição do cuidado para a atenção domiciliar configura-se como estratégia relevante, estando associada à redução de custos assistenciais, à melhora da qualidade de vida e ao maior engajamento do paciente e da família no processo de reabilitação. Mas, para que este processo aconteça de forma segura, é preciso haver uma equipe multiprofissional devidamente treinada e dimensionada para a realização de tais cuidados. Em 2011, com a criação do Programa Melhor em Casa, a atenção domiciliar foi instituída no Sistema Único de Saúde (SUS) de forma sistêmica, tendo por diretrizes a integração dessa modalidade aos demais pontos de atenção (Brasil, 2014).

O Programa Melhor em Casa caracteriza-se como uma estratégia de ampliação do acesso e reorganização da Rede de Atenção à Saúde, ofertando cuidado multiprofissional no domicílio a pacientes com limitações de locomoção ou necessidade de cuidados contínuos. A atenção domiciliar abrange ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, sendo um dispositivo central para a desospitalização segura e a continuidade do cuidado. Nesse contexto, contribui para a redução da permanência hospitalar e dos riscos associados à internação prolongada, como infecções relacionadas à assistência à saúde e declínio funcional (Brasil, 2016). No cenário brasileiro, estudos destacam que a atenção domiciliar emerge como resposta às mudanças demográficas e epidemiológicas, assumindo papel estratégico na racionalização do uso de leitos e na organização de um cuidado mais centrado no paciente (Rajão et al., 2010).

Além de seu papel na desospitalização, a atenção domiciliar tem sido associada à maior eficiência no uso de recursos e à melhoria da qualidade de vida dos usuários. Evidências indicam que essa modalidade de cuidado contribui para a redução de custos assistenciais e manutenção de desfechos clínicos satisfatórios, ao mesmo tempo que favorece a centralidade do cuidado no contexto familiar (Shepperd et al., 2016; Gonçalves-Bradley et al., 2017). No contexto brasileiro recente, estudos apontam que a expansão da atenção domiciliar, especialmente por meio do Programa Melhor em Casa, tem ampliado o acesso ao cuidado, fortalecido a continuidade assistencial e promovido benefícios como maior autonomia dos pacientes e apoio às famílias no manejo do cuidado. Ademais, pesquisas nacionais recentes evidenciam a relevância dessa modalidade na organização das redes de atenção e no acompanhamento de condições crônicas, reforçando seu impacto positivo na qualidade de vida e na integralidade do cuidado (Ribeiro et al., 2024; Gabardo et al., 2022).

A perda ou alteração da voz em pacientes traqueostomizados configura-se não apenas como uma limitação funcional, mas também como um evento de grande impacto psicossocial, na medida em que a comunicação oral está diretamente relacionada à expressão da subjetividade, à construção da identidade e às interações sociais. Estudos brasileiros na área da Fonoaudiologia apontam que a impossibilidade de falar ou a presença de alterações vocais podem gerar sentimentos de isolamento, frustração e redução da participação social, impactando significativamente a qualidade de vida desses indivíduos (Ferreira, 2022; Balbo, 2024). Evidências indicam que a recuperação da voz está diretamente associada à melhora da qualidade de vida desses pacientes, enquanto a condução do cuidado por equipes multiprofissionais favorece o sucesso da decanulação e melhores desfechos clínicos (Zhou et al., 2022; McGrath et al., 2019).

Nesse contexto, a reabilitação vocal assume papel central não apenas na recuperação da função comunicativa, mas também na reconstrução do vínculo social e do senso de pertencimento. Evidências nacionais

indicam que intervenções voltadas à reabilitação da voz favorecem a retomada da comunicação e de atividades cotidianas, contribuindo para a reinserção social e o resgate de aspectos identitários do sujeito (Balbo, 2016). Sob a perspectiva do cuidado em saúde, os processos terapêuticos não se restringem à dimensão técnica, mas envolvem a produção de subjetividades e a reconstrução de modos de existir, permitindo compreender a recuperação da voz como elemento que ultrapassa a dimensão biológica e se constitui como eixo fundamental da reabilitação integral, ao articular dimensões clínicas, emocionais e sociais do cuidado (Merhy et al., 2002).

## Objetivo

O presente estudo teve como objetivo relatar o processo do acompanhamento realizado pela equipe multiprofissional da atenção domiciliar, visando à reabilitação, suporte nutricional, desmame ventilatório, decanulação em domicílio e seus impactos funcionais e psicossociais.

## Relato de caso

### Identificação e contexto inicial

Paciente do sexo masculino, de 28 anos, procedente do interior da Paraíba, onde morou até os 27 anos. Casado e com três filhos (um de 3 anos e duas gêmeas de 1 ano e 6 meses). No ano de 2023, mudou-se para São Paulo, sem seus familiares, visando seguir seus estudos e em busca de oportunidades de trabalho. cursou Nutrição e trabalhava em um restaurante, onde também fazia apresentações como cantor para complementar sua renda. Possuía grande vínculo com seu chefe, dono do restaurante, com quem manteve contato durante todo o processo de reabilitação domiciliar.

### Internação hospitalar

Paciente foi vítima de acidente automobilístico em 14/11/2024, com diagnóstico de trauma raquimedular cervical (listese traumática em C4-C5). Esteve 83 dias hospitalizado, dos quais 29 em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e 55 em enfermaria de clínica médica. Durante a internação, o paciente teve diversos episódios infecciosos, com necessidade de antibioticoterapia de amplo espectro, e desenvolveu lesão por pressão em região sacral estágio IV. Seus pais, que residiam em sua cidade natal, mudaram-se para São Paulo e participaram de todos os cuidados e processo de reabilitação enquanto estava internado.

### Inclusão no programa domiciliar

A partir da comunicação entre a equipe intra-hospitalar e a equipe de captação do serviço de atendimento domiciliar, foram avaliados os critérios de elegibilidade para inclusão no Programa Melhor em Casa, para seguimento na modalidade de internação domiciliar. Como critérios de elegibilidade, o paciente apresentava indicação de acompanhamento multidisciplinar com foco em reabilitação, manejo de lesão de pele complexa, dependência de ventilação mecânica, além de funcionalidade reduzida, com dependência total para todas as atividades do autocuidado. Por meio do instrumento de elegibilidade utilizado pelo serviço, paciente pontuava 16 pontos, sendo enquadrado na modalidade AD3. Em 05/02/2025, foi incluído no Programa Melhor em Casa, com o objetivo de promover a desospitalização segura e progressiva.

## Organização do cuidado domiciliar

### *Capacitação dos cuidadores*

Durante a internação do paciente, seus progenitores mudaram-se para São Paulo e tornaram-se sua maior rede de suporte. A mãe foi elencada como cuidadora principal; vale ressaltar que a presença de um cuidador é critério obrigatório para a inclusão do paciente no Programa de Atenção Domiciliar. Desde a internação, foi quem recebeu a maior parte dos treinamentos: manejo com as ostomias, terapia de nutrição enteral, transferências, manejo com curativos e lesões, entre outros.

### *Equipe multiprofissional*

A Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) do serviço em questão contava na época com os seguintes profissionais: enfermeira, fisioterapeuta, nutricionista, médica, psicóloga, fonoaudióloga e técnicos de enfermagem. Cada membro da equipe realizava o atendimento com uma frequência de visita a depender das demandas do paciente e da agenda do profissional. Mas, em geral, o paciente tinha visita de algum membro da equipe ao menos uma vez por semana.

## **Estratégias terapêuticas**

### Reabilitação respiratória

Para que a decanulação da traqueostomia seja considerada segura, é imprescindível que o paciente apresente estabilidade clínica e respiratória, com ventilação espontânea eficaz, independência de suporte ventilatório invasivo e capacidade de manter trocas gasosas adequadas. Adicionalmente, devem ser rigorosamente avaliados parâmetros como nível de consciência preservado, proteção efetiva das vias aéreas, função de deglutição eficiente e ausência de broncoaspiração clinicamente relevante (Stelfox et al., 2008). Outro aspecto determinante para o sucesso do processo é a eficácia da tosse e a adequada capacidade de gerenciamento de secreções. Evidências da literatura indicam que pacientes que apresentam pico de fluxo de tosse satisfatório, seja de forma espontânea ou assistida, possuem maior probabilidade de sucesso na decanulação. Nesse contexto, intervenções fisioterapêuticas, como a técnica de air stacking, a tosse assistida e o treinamento muscular respiratório, desempenham papel fundamental na otimização da função ventilatória e na preparação do paciente para a retirada da cânula traqueal (Brasil, 2013).

### *Empilhamento de ar (air stacking)*

O empilhamento de ar (air stacking) e a compressão abdominal são amplamente empregados em indivíduos com doenças neuromusculares, nos quais demonstraram eficácia significativa na facilitação da depuração de secreções respiratórias (Castro et al., 2014). O empilhamento de ar caracteriza-se pela realização de múltiplas insuflações consecutivas, por meio de um ressuscitador manual (ambu), com o objetivo de atingir a capacidade máxima de insuflação (CMI) do indivíduo. Tal intervenção promove o aumento do volume pulmonar inspirado, substituindo inspirações profundas espontâneas, além de contribuir para a melhora da complacência do sistema

respiratório, e a otimização da fase inspiratória é determinante para a geração de fluxos expiratórios mais elevados e melhora da força de tosse (Castro et al., 2014).

### *Desmame ventilatório*

No atendimento inicial, estabeleceu-se como objetivo primário o desmame da ventilação mecânica. Optou-se pela redução gradual dos parâmetros ventilatórios como estratégia de desmame. Após um período de três semanas de treinamento e capacitação dos familiares, observou-se adequada segurança clínica para o início da redução do suporte ventilatório, por meio da aplicação do teste de respiração espontânea (TRE). O TRE foi inicialmente conduzido por 30 minutos em ar ambiente, com progressão temporal gradual, associada à redução escalonada do suporte ventilatório. Concomitantemente, foi realizada a instrumentalização dos cuidadores, orientando-os quanto à execução do protocolo ao menos três vezes ao dia, com monitorização contínua e reconhecimento precoce de sinais de instabilidade clínica. Na semana subsequente, diante da evolução satisfatória, paciente, familiares e equipe multiprofissional demonstraram segurança para ampliar o tempo de respiração espontânea para 12 horas, evoluindo posteriormente para períodos de 24 horas contínuas, caracterizando avanço significativo no processo de desmame.

### *PowerBreathe®*

Como objetivo terapêutico subsequente, foi instituído o fortalecimento da musculatura inspiratória, com foco na otimização da tosse eficaz e na manutenção da permeabilidade das vias aéreas de forma independente. Para tal, implementou-se treinamento muscular inspiratório com dispositivo de carga linear pressórica (PowerBreathe®), iniciado com intensidade correspondente a 20% da pressão inspiratória máxima (PI<sub>máx</sub>), associado à eletroestimulação diafragmática, treinamento de controle de tronco e progressão gradual da carga conforme a tolerância do paciente.

### *Decanulação*

Após constantes avaliações da fisioterapeuta da equipe e avaliação em conjunto com a fonoaudióloga, introduziu-se o uso de válvula de fala, associado à liberação de dieta pastosa. Em 02/04/25, houve a oclusão diurna da cânula. Após boa tolerância e ausência de intercorrências, em 09/04/25 a equipe optou por evoluir para oclusão contínua por 24 horas. Após tal período, o enfoque foi em fortalecimento muscular e manejo de secreções de vias aéreas, com orientações aos familiares sobre evitar o procedimento de aspiração de vias aéreas para avaliação da equipe. Diante de estabilidade clínica, procedeu-se à decanulação em 02/06/25.

### *Manejo nutricional*

A alimentação é essencial para o bom funcionamento do organismo, sendo ainda mais importante em indivíduos com enfermidades. Nesses casos, pode ser necessário um plano nutricional diferenciado, como a terapia nutricional domiciliar (TND), realizada no ambiente domiciliar.

A TND é um método eficaz para recuperar e manter o estado nutricional de pacientes, podendo ser aplicada nas formas oral, enteral ou parenteral. A terapia nutricional domiciliar oral (TND<sub>O</sub>) é indicada quando a alimentação convencional não supre as necessidades nutricionais, sendo necessário o uso de suplementos

ou alimentos especialmente formulados, com composição adaptada de macro e micronutrientes para atender às condições específicas do paciente. A TND é indicada para diversas condições, como doenças do sistema gastrointestinal, relacionadas à má absorção de nutrientes, doenças neurológicas e malformações, entre outras. Além disso, a nutrição domiciliar é considerada um método seguro e econômico, pois reduz custos com internações hospitalares e diminui o risco de infecções (Bolognese et al., 2022).

**Tabela 1 – Evolução nutricional durante o acompanhamento.**

Período	Dados antropométricos	Capacidade funcional	Suporte nutricional
Fevereiro/2025	CB 23 cm DCT 10 mm Peso estimado 46,5 kg (Lee, 1996) Altura estimada 1,72 m (Chumlea, 1998)	Alimentação via GTT	Dieta enteral hipercalórica hiperproteica com fibras, associada à dieta caseira Dieta enteral hipercalórica hiperproteica com fibras, associada à dieta caseira Início de suplemento* específico para cicatrização 2 sachês/dia
Março/2025	CB 23 cm DCT 10 mm Peso estimado 46,5 kg (Lee, 1996)	Início da dieta via oral pastosa homogênea e líquidos espessados néctar	VO + enteral para suporte nutricional via GTT
Abril/2025	Mantém	Dieta geral, otimizando aporte proteico e líquidos finos	VO + enteral para suporte nutricional via GTT
Julho/2025	CB 24,4 cm DCT 10 mm Peso estimado 49,4 kg (Lee, 1996)	Dieta geral, otimizando aporte proteico e líquidos finos	Inclusão Arginina 5 g/dia para auxílio no processo de cicatrização
Agosto/2025	Mantém	Saque da GTT Dieta geral otimizando aporte proteico e líquidos finos	VO exclusiva
Setembro/2025	CB 25 cm DCT 9 mm Peso estimado 53 kg (Lee, 1996)	Dieta geral otimizando aporte proteico e líquidos finos	Sem dispositivos Lesão por pressão em processo avançado

\*Suplemento Sorend® hiperproteico com nutrientes específicos para cicatrização, fornecido pelo SUS.

## Cuidados de enfermagem

### *Cuidados com ostomias*

Nos primeiros oito dias após a retirada da cânula, foi instituída intervenção tópica com cobertura de hidro-fibra com prata (Aquacel Ag®), com o objetivo de controlar o exsudato e prevenir infecção no estoma cervical. A partir do 9º até o 15º dia, a cobertura foi substituída por gaze estéril oclusiva, fixada com fita microporosa hipoalergênica, com trocas realizadas a cada 24 horas ou conforme saturação do curativo. Observou-se evolução satisfatória, com obliteração completa do trajeto fistuloso em 15 dias, sem evidência de enfisema subcutâneo.

No manejo do óstio de gastrostomia, que apresentava tecido de granulação hipertrófico (granuloma), a abordagem de enfermagem foi estruturada em fase terapêutica e fase de fechamento após a retirada do dispositivo. Como terapêutica adjuvante, foi utilizada a aplicação de cloreto de sódio (NaCl) a 20% associada à laserterapia de baixa intensidade, conforme respaldo das Resoluções COFEN nº 567/201825 e nº 640/202026. Após a retirada definitiva da sonda, instituiu-se o protocolo de fechamento com uso de hidrofibra com prata (Aquacel Ag®) por 10 dias, visando à contenção do efluente gástrico e ao estímulo à contração das bordas, seguido por sete dias de curativo seco. Como resultado, observou-se a cicatrização completa do óstio em 17 dias, com o restabelecimento da integridade da barreira cutânea.

#### *Tratamento da lesão por pressão estágio 4*

No tratamento da lesão por pressão, considerando o déficit sensorial e motor secundário à lesão medular, o manejo seguiu as diretrizes do National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP, 2024), especialmente diante da apresentação inicial com exposição óssea. A conduta de enfermagem incluiu debridamento mecânico conservador associado ao debridamento químico com hidrogel (Safe-Gel®), seguido de terapia antimicrobiana tópica com hidrofibra com prata (Aquacel Ag®), com o objetivo de controle da carga microbiana e favorecimento do leito da ferida. Na fase de granulação, optou-se pela utilização de tela não aderente, visando à preservação do tecido neoformado e à prevenção de traumas durante as trocas de curativo. Como desfecho, em setembro de 2025, a lesão apresentava preenchimento completo por tecido de granulação saudável.

#### Manejo algico

No início do acompanhamento do paciente em seu domicílio, uma de suas queixas era referente à dor de característica neuropática, descrita como sensação de parestesia e choque em membros superiores, não manejada farmacologicamente até então. Iniciou-se, portanto, pela equipe médica, o manejo da dor, utilizando opioide forte com boa evidência para dor neuropática (metadona), além de gabapentina como adjuvante. O paciente apresentou melhora significativa com a estratégia proposta.

#### **Evolução clínica**

A evolução clínica do paciente evidenciou progressão gradual e bem-sucedida no processo de reabilitação. Em 17/03/25, foi realizado o desmame ventilatório completo. Posteriormente, em 26/03, após avaliação fonoaudiológica, introduziu-se o uso de válvula de fala, associado à liberação de dieta pastosa. Em 02/04, houve progressão para dieta geral, concomitantemente à oclusão diurna da cânula. Após boa tolerância e ausência de intercorrências, em 09/04, a equipe optou por evoluir para oclusão contínua por 24 horas. Após tal período, o enfoque foi o fortalecimento muscular e o manejo de secreções de vias aéreas, com orientações aos familiares sobre evitar o procedimento de aspiração de vias aéreas para avaliação da equipe. Diante de estabilidade clínica, procedeu-se à decanulação em 02/06. Por fim, em 07/08, foi realizada a retirada da gastrostomia por via endoscópica, consolidando a reabilitação das vias aérea e alimentar do paciente. Durante todo o acompanhamento, não houve necessidade de reinternação hospitalar. O paciente mudou-se de cidade em setembro de 2025, com interrupção de seguimento pela equipe. Foi realizado o relatório multiprofissional a fim de uma melhor transição de cuidados para a equipe local.

## Discussão

O desmame ventilatório em domicílio ainda apresenta limitações quanto à padronização de protocolos. Diferentemente do ambiente hospitalar, onde esse processo ocorre de maneira mais intensiva e sob monitoramento contínuo, o contexto domiciliar requer abordagens individualizadas, graduais e centradas na funcionalidade do paciente. A literatura evidencia que o sucesso do desmame domiciliar está diretamente relacionado à estabilidade clínica, à preservação da força muscular respiratória e ao acompanhamento de uma equipe multiprofissional (Vianello et al., 2020). Nesse contexto, intervenções como treinamento muscular respiratório, técnicas de higiene brônquica, fortalecimento da musculatura inspiratória e treinamento de tosse mostram-se fundamentais para o êxito do processo de desmame.

A capacitação do cuidador no domicílio é essencial para garantir a continuidade e a segurança do cuidado, especialmente em pacientes dependentes de ventilação mecânica. Esse processo envolve a aquisição de conhecimentos e habilidades práticas para o manejo adequado do paciente, reconhecimento de sinais de alerta e prevenção de complicações (Vianello et al., 2020).

A tosse assistida consiste na aplicação de compressões abdominais usando uma força externa dirigida posteriormente e em sentido cefálico sobre o abdômen, sincronizada com o esforço expiratório do paciente, com o objetivo de reproduzir, de forma substitutiva, a ação dos músculos abdominais na elevação do diafragma durante a tosse fisiológica. Previamente à sua execução, recomenda-se a realização de manobras de aumento do volume pulmonar, como inspirações profundas assistidas ou técnicas de empilhamento de ar (Torres et al., 2014).

O treinamento da musculatura respiratória (TMR) é fundamental por causa do comprometimento dos músculos respiratórios, que resulta em redução dos volumes pulmonares, diminuição das pressões respiratórias e ineficácia da tosse, aumentando o risco de complicações respiratórias (Santos, Silva, Oliveira, 2023). O TMR visa ao fortalecimento dos músculos inspiratórios e/ou expiratórios por meio de sobrecarga progressiva com dispositivos específicos, sendo sua prescrição individualizada com base em parâmetros como PImáx e PEmáx (Santos, Silva, Oliveira, 2023). O treinamento vocal também pode ter efeitos positivos na função respiratória nessa população, visto que o ato de cantar impõe demandas significativas ao sistema respiratório. Em particular, o canto requer inspirações fortes e rápidas, expirações prolongadas e reguladas, bem como recrutamento de músculos respiratórios acessórios (Santos, Silva, Oliveira, 2023).

O engajamento familiar mostrou-se determinante para a efetividade da intervenção, visto que as sessões terapêuticas foram realizadas de forma sistemática, três vezes ao dia. Adicionalmente, foram empregadas técnicas de insuflação pulmonar máxima (air stacking) com ressuscitador manual (ambu), com o objetivo de promover recrutamento alveolar, aumento do pico de fluxo expiratório e melhora da eficácia da tosse, favorecendo a mobilização de secreções até a suspensão da necessidade de aspiração traqueal.

Válvula de fala é um dispositivo unidirecional que permite a inspiração através da cânula e se fecha durante a expiração, redirecionando o fluxo aéreo para as vias aéreas superiores, incluindo laringe, cavidade oral e nasal. Esse mecanismo possibilita a vibração das pregas vocais e, conseqüentemente, a produção da fala. Configura-se como uma intervenção terapêutica segura e eficaz na reabilitação de pacientes traqueostomizados, com impacto significativo na comunicação, deglutição e função respiratória, além de contribuir para o processo de decanulação (Santos, Silva, Oliveira, 2023).

No âmbito da educação e treinamento do cuidador, a equipe de enfermagem implementou um protocolo sistemático direcionado à genitora, utilizando a estratégia Teach-Back como ferramenta para validação da compreensão e retenção do conhecimento. As orientações abrangeram a vigilância respiratória e os cuidados com o estoma cervical, incluindo técnicas de higiene local, reconhecimento precoce de sinais de desconforto respi-

ratório – como tiragem intercostal e batimento de asa de nariz – e execução adequada de curativo compressivo no período pós-decanulação. No que se refere ao manejo da gastrostomia, foram fornecidas instruções quanto à prevenção de complicações, com destaque para o rodízio diário da sonda em 360° e a realização de testes de mobilidade, visando evitar a aderência do anteparo interno, além do treinamento para manutenção da patência por meio de lavagem intraluminal com 20 a 40 mL de água tratada antes e depois da administração de dietas e fármacos.

Adicionalmente, foram enfatizadas medidas para prevenção de recidivas tegumentares em decorrência da lesão medular, com o estabelecimento de rotina rigorosa de mudança de decúbito a cada duas horas e utilização de dispositivos de alívio de pressão, como coxins, especialmente em proeminências ósseas. A genitora foi capacitada para a inspeção sistemática da pele, com foco na identificação precoce de eritemas não branqueáveis, bem como orientada quanto à manutenção da hidratação cutânea e à evitação de substâncias potencialmente irritantes. Por fim, reforçou-se a importância da continuidade terapêutica, destacando o caráter crônico da vulnerabilidade tecidual do paciente e a necessidade de seguimento especializado contínuo, mesmo após a alta do Programa de Atenção Domiciliar.

## Conclusão

O presente caso mostra que o Serviço de Atenção Domiciliar é um importante recurso da Rede de Atenção à Saúde e que o processo de reabilitação, inclusive com desmame ventilatório e decanulação, pode ser realizado no ambiente domiciliar com segurança, desde que sustentado por equipe multiprofissional e suporte familiar adequados.

Além dos desfechos clínicos favoráveis, exaltando-se a ausência de reinternações, o seguimento ao paciente proporcionou impacto positivo na qualidade de vida dele e de seus cuidadores, fortalecendo novamente sua identidade com o retorno da voz e do convívio social.

## Referências

- Araujo AOD, Ferronato DDS, Rocha IDD, Marcon RM, Cristante AF, Barros Filho TEPD. Profile of spinal cord trauma victims treated at a reference unit in São Paulo. *Columna*. 2018;17(1):39-41.
- Chiu WT, Lin HC, Lam C, Chu SF, Chiang YH, Tsai SH. Review paper: epidemiology of traumatic spinal cord injury: comparisons between developed and developing countries. *Asia Pac. J. Public Health*. 2010;22(1):9-18.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Domiciliar*. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
- Shepperd S, Gonçalves-Bradley DC, Straus SE, Wee B. Hospital at home: home-based end-of-life care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;2(2):CD009231.
- Ribeiro DFS, Loureiro IA, Kusma SZ. Atenção domiciliar para idosos no SUS: perfil epidemiológico e fluxos de atuação em rede. *Rev. Enferm. Atual In Derme*. 2024;98(4):e024424.
- Ferreira AA. Intervenção fonoaudiológica em pacientes traqueostomizados: uma revisão da literatura [trabalho de conclusão de curso]. São Cristóvão: Universidade Federal de Sergipe; 2022.
- Zhou T, Wang J, Zhang C, Zhang B, Guo H, Yang B, et al. Tracheostomy decannulation protocol in patients with prolonged tracheostomy. *J Intensive Care*. 2022;10(1):34.

McGrath BA, et al. The impact of voice restoration in tracheostomy patients. *Journal of Critical Care*, 2019.

Torres-Castro R, Vilaró J, Vera-Uribe R, Monge G, Avilés P, Suranyi C. Use of air stacking and abdominal compression for cough assistance in people with complete tetraplegia. *Spinal Cord*. 2014;52(5):354-7.

Bolognese MA, Souza PM, Néia VJC, Santos OO, Visentainer JV. Home nutrition therapy: a review. *Research, Society and Development*. 2022;11(3):e34011326130.

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 567, de 29 de janeiro de 2018. Regulamenta a atuação da Equipe de Enfermagem no Cuidado aos pacientes com feridas. *Diário Oficial da União*. 6 fev 2018; Seção 1.

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 640, de 15 de maio de 2020. Altera o Anexo da Resolução Cofen nº 614, de 20 de agosto de 2019, a qual institui o procedimento de conciliação em processos de cobrança de débitos, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 19 maio 2020; Seção 1.

Vitacca M, Vianello A, Colombo D, et al. Home mechanical ventilation: a narrative review and a proposal of practical approach. *Respir Med*. 2020;166:105949.

Santos TS, Silva DM, Oliveira LS. Impacto do uso da válvula de fala na deglutição e decanulação em pacientes traqueostomizados. *Health Sci J*. 2023;7(2):1-10.

---

**RESUMOS: APRESENTAÇÕES  
DE PÔSTERES**

---

## **Telemonitoramento e videoconsultas x LGPD: eficácia e desafios na atenção domiciliar**

Autor: Curcino J.

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de São Pedro da Aldeia/RJ.

E-mail: jrcurcino@gmail.com

**Introdução:** O telemonitoramento e as videoconsultas são estratégias comprovadamente eficazes no acompanhamento de pacientes em atenção domiciliar, promovendo segurança, adesão terapêutica e redução de hospitalizações, além de soluções inovadoras para garantir cuidado integral. O telemonitoramento permite acompanhamento remoto de sinais vitais, enquanto as videoconsultas favorecem a comunicação direta, humanizando o cuidado, mesmo à distância. Contudo, a LGPD impõe diretrizes rigorosas para o uso de dados em saúde, considerados sensíveis. **Objetivo:** Analisar a eficácia do telemonitoramento e das videoconsultas na atenção domiciliar, discutindo sua aplicabilidade em conformidade com a LGPD. **Metodologia:** Trata-se de estudo descritivo e reflexivo, fundamentado em revisão de literatura e análise crítica de normativas legais sobre saúde digital e proteção de dados. **Relato/Discussão:** O telemonitoramento reduz internações, aumenta a segurança clínica e gera confiança entre paciente, família e equipe. Já as videoconsultas ampliam o acesso, fortalecem vínculos e otimizam o tempo da assistência. No entanto, a coleta e a transmissão de dados exigem consentimento formal, uso de plataformas seguras, criptografia e definição clara de responsabilidades. A LGPD, ao regulamentar o tratamento de dados sensíveis, reforça a necessidade de protocolos de segurança e capacitação constante das equipes. **Conclusão:** O telemonitoramento e as videoconsultas consolidam-se como ferramentas estratégicas na atenção domiciliar, com eficácia clínica e impacto positivo no cuidado. A sustentabilidade dessas práticas, entretanto, depende da integração entre tecnologia, ética e legislação, assegurando que inovação e proteção caminhem lado a lado na construção de uma saúde mais humanizada e segura, porque o respaldo legal também é um cuidado.

**Palavras-chave:** Telemonitoramento. Consulta remota. Atenção domiciliar à saúde. Proteção de dados. Legislação como assunto.

---

## **Reabilitação multiprofissional no domicílio: superando o mito da dependência da sonda nasoenteral pós-AVC hemorrágico**

Autores: Carneiro ACR, Mangia N, Rangel CS, Nogueira MP, Costa PB, Junior Cursino UA.

Instituição: Programa Melhor em Casa – Teresópolis/RJ.

E-mail: carolinaroachacarneiro@gmail.com

**Introdução:** O acidente vascular cerebral (AVC) hemorrágico apresenta alta morbimortalidade, especialmente em idosos, e frequentemente cursa com disfagia grave, exigindo suporte enteral. O mito da dependência definitiva da sonda nasoenteral compromete a prática clínica e a percepção familiar, reforçando estigmas e limitando o investimento em reabilitação. **Objetivo:** Relatar a experiência multiprofissional no cuidado domiciliar de paciente pós-AVC hemorrágico, destacando a evolução clínica até a retirada da sonda nasoenteral e o retorno à via oral exclusiva. **Metodologia:** Relato de experiência conduzido pela equipe do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), vinculado ao Programa Melhor em Casa (PMC) de Teresópolis/RJ. Paciente idoso, 89 anos, admitido após AVC hemorrágico, apresentava disfagia grave e uso exclusivo de sonda nasoenteral. Foi acompanhado durante 60 dias por equipe multiprofissional, com ênfase em intervenções de nutrição e fonoaudiologia. **Relato/Discussão:** Na admissão, o paciente apresentava baixo nível de interação e dependência total da sonda. Durante o acompanhamento, realizaram-se adequações dietéticas, monitoramento nutricional, exercícios de motricidade orofacial, treino da deglutição e adaptação gradual das consistências alimentares. Evoluiu com melhora nutricional e funcional, apresentando condições clínicas seguras para a retirada definitiva da sonda e a retomada da alimentação oral plena. O processo repercutiu em maior prazer nas refeições, resgate de hábitos culturais, fortalecimento do vínculo familiar, melhora da autoestima e superação do estigma associado ao uso prolongado da sonda. **Conclusão:** O caso evidencia a efetividade da atenção domiciliar multiprofissional na reabilitação pós-AVC hemorrágico. A retirada da sonda nasoenteral demonstra que a dependência não é definitiva, reforçando a importância do cuidado humanizado, interdisciplinar e centrado no paciente.

**Palavras-chave:** AVC hemorrágico. Disfagia. Atenção domiciliar à saúde. Reabilitação. Alimentação enteral.

## **Reuniões interprofissionais no Programa Melhor em Casa: alinhamento coletivo e desconstrução de mitos do cuidado**

Autores: Rangel CS, Nogueira MP, Costa PB, Carneiro ACR, Junior Cursino UA, Mangia N.  
Instituição: Programa Melhor em Casa – Teresópolis/RJ.  
E-mail: crisedlmaier@hotmail.com

**Introdução:** O Programa Melhor em Casa (PMC) integra a Política Nacional de Atenção Domiciliar como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para ampliar o acesso e garantir cuidado integral a pessoas que necessitam de acompanhamento contínuo no domicílio. Apesar de seus resultados, ainda persiste o mito de que a atenção domiciliar (AD) é frágil ou improvisada em comparação ao cuidado hospitalar, reforçando uma visão hospitalocêntrica. **Objetivo:** Relatar a experiência da equipe multiprofissional do PMC de Teresópolis/RJ, analisando as reuniões interprofissionais como instrumento de organização do processo de trabalho e de desconstrução de mitos sobre a AD. **Metodologia:** Relato de experiência das reuniões semanais de equipe, realizadas entre 2024 e 2025, com a participação de médicos, enfermeiros, técnicos, fisioterapeutas, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo, dentista, assistente social e administrativo. **Relato/Discussão:** As reuniões permitiram alinhar condutas, revisar Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), discutir casos complexos e refletir sobre questões éticas. Mais do que espaço técnico, configuraram-se como momentos de escuta, valorização da diversidade e compartilhamento de saberes, favorecendo decisões clínicas mais seguras e corresponsáveis. Como produto formal, elaboraram-se atas que registraram deliberações, assegurando memória institucional, transparência e acompanhamento das decisões. Esse processo fortaleceu a integralidade do cuidado, reduziu fragmentações no acompanhamento dos pacientes e diminuiu ruídos entre equipes e familiares. **Conclusão:** A experiência de um ano ininterrupto de reuniões interprofissionais mostrou que a AD, quando organizada e articulada, alia ciência, humanização e integralidade, desconstruindo visões reducionistas sobre sua resolutividade. As reuniões revelaram-se potentes instrumentos de organização e qualificação do cuidado, reafirmando os princípios do SUS e consolidando a AD como modalidade legítima, segura e eficaz de atenção em saúde. **Palavras-chave:** Atenção domiciliar à saúde. Equipe multiprofissional. Crenças. Processo de trabalho em saúde. Sistema único de saúde.

---

## **A coordenação na gestão da atenção domiciliar: liderança, afeto e desempenho no Programa Melhor em Casa**

Autores: Curcino J, Cardoso NM, Rangel CS, Carneiro ACR, Costa PB, Nogueira MP.  
Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis/RJ.  
E-mail: jrcurcino@gmail.com

**Introdução:** O Programa Melhor em Casa, política pública estratégica do Ministério da Saúde, tem transformado o cuidado domiciliar no Brasil ao oferecer assistência multiprofissional segura e humanizada. Nesse cenário, o papel do coordenador da atenção domiciliar emerge como elemento central, unindo gestão, liderança e acolhimento. Coordenar não é apenas organizar fluxos; é inspirar, alinhar equipes, promover vínculos e conduzir profissionais a se reconhecerem como protagonistas do cuidado. **Objetivo:** Demonstrar a eficácia da coordenação na atenção domiciliar e seu impacto direto no cuidado ao paciente e na motivação da equipe. **Metodologia:** Relato de experiência e reflexão discursiva do autor, fundamentada na vivência prática de gestão de equipes multiprofissionais em diferentes territórios do Brasil por 11 anos. **Relato/Discussão:** Observa-se que o coordenador assume múltiplas funções: gestor estratégico, elo entre profissionais e gestores municipais, promotor de diálogo, de educação permanente e de inovação em saúde. Sua atuação influencia não apenas a produtividade e a qualidade dos indicadores assistenciais, mas também a construção de uma equipe coesa, técnica, feliz e engajada. A liderança transformadora torna-se, assim, ferramenta de cuidado indireto, pois, ao investir no bem-estar e na valorização dos profissionais, potencializa-se o cuidado ofertado às famílias. **Conclusão:** A coordenação na gestão da atenção domiciliar é determinante para a consolidação de equipes resilientes e atuantes, capazes de transformar desafios em conquistas e de materializar, no domicílio, o verdadeiro sentido do SUS: cuidado humanizado, digno e pleno. São os princípios da universalização, integralidade e equidade chegando aos lares. **Palavras-chave:** Atenção domiciliar. Coordenação. Gestão em saúde. Programa melhor em casa.

## **Projeto Terapêutico Singular intersetorial na atenção domiciliar: atributos da Atenção Primária à Saúde e desconstrução de mitos para a segurança do paciente**

Autores: Rangel CS, Nogueira MP, Costa PB, Junior Cursino UA, Carneiro ACR, Mangia N.  
Instituição: Programa Melhor em Casa – Teresópolis/RJ.  
E-mail: crisedlmaier@hotmail.com

**Introdução:** O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é ferramenta central da atenção domiciliar (AD), favorecendo integralidade e corresponsabilização multiprofissional. Ao integrar dimensões clínicas, sociais e familiares, concretiza atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), amplia a resolutividade da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e ajuda a enfrentar crenças que fragilizam a adesão. **Objetivo:** Relatar a experiência do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de Teresópolis/RJ na elaboração e execução do PTS, destacando sua capacidade de materializar atributos da APS e desconstruir concepções equivocadas sobre o cuidado domiciliar. **Metodologia:** Relato de experiência com base em caso clínico acompanhado em 2025. Paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica e fibrilação atrial, em oxigenoterapia e uso de cateter vesical, assistido por família numerosa com divergências sobre condutas e hospitalização. O PTS foi desenvolvido em reuniões multiprofissionais e encontros educativos com familiares-chave, em diálogo com a rede de atenção. **Relato/Discussão:** O PTS possibilitou alinhar as condutas, uniformizar as orientações, reduzir os engasgos, ampliar a adesão medicamentosa, reavaliar os dispositivos, reforçar o uso seguro da oxigenoterapia e preparar a família para continuidade do cuidado. O processo fortaleceu atributos da APS – acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação e orientação familiar –, além de enfrentar mitos como a ideia de que o hospital seria sempre mais seguro ou de que tecnologias seriam indispensáveis mesmo sem indicação clínica. **Conclusão:** O PTS mostrou-se instrumento potente para organizar o cuidado domiciliar, consolidar atributos da APS e desconstruir crenças que comprometem a adesão. A experiência reafirma a AD como modalidade legítima, resolutiva e humanizada no SUS, articulando saberes multiprofissionais e intersetoriais, fortalecendo vínculos e ampliando a capacidade da rede de ofertar cuidado seguro e qualificado. **Palavras-chave:** Atenção domiciliar à saúde. Itinerário terapêutico. Atenção primária à saúde. Crenças. Intersetorialidade.

---

## **Odontologia e PMC: desmistificando a atuação do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional**

Autores: Costa PB, Rangel CS, Junior Cursino UA, Nogueira MP, Carneiro ACR, Mangia N.  
Instituição: Programa Melhor em Casa – Teresópolis/RJ.  
E-mail: carolinaroachacarneiro@gmail.com

**Introdução:** A atenção domiciliar (AD) em saúde bucal valoriza a promoção da saúde e a prevenção de doenças orais, permitindo a realização de procedimentos odontológicos no domicílio. Isso amplia a autonomia do paciente e fortalece a corresponsabilidade no cuidado por meio da integração entre paciente e cuidador. **Objetivo:** Desmistificar e demonstrar a efetividade do cuidado odontológico humanizado aos pacientes assistidos pelo Programa Melhor em Casa (PMC), por meio de ações preventivas e curativas que contribuam para a melhora da saúde geral. **Metodologia:** Relato de experiência sobre o atendimento cirúrgico odontológico realizado em paciente assistida pelo PMC no ano de 2025. **Relato/Discussão:** A saúde bucal é parte integrante da saúde geral. A paciente atendida apresentava comprometimento periodontal em todos os elementos dentários, o que exigiu intervenção cirúrgica para preservar o sistema estomatognático. Problemas bucais podem evoluir para condições graves, como pneumonia ou endocardite bacteriana. Assim, a prevenção se mostra essencial e de baixo custo, quando comparada ao tratamento de complicações. Nesse cenário, destaca-se a importância da Odontologia na AD, proporcionando cuidado acessível e eficaz. **Conclusão:** A presença da Odontologia na AD representa um avanço na promoção da saúde bucal de pessoas com limitações de acesso aos serviços convencionais. Esse modelo humanizado favorece a continuidade do tratamento, previne doenças e melhora a qualidade de vida dos pacientes do PMC. Além disso, fortalece o vínculo entre profissional, paciente e família, promovendo um cuidado integral e resolutivo. A atuação do cirurgião-dentista no ambiente domiciliar é fundamental para garantir atendimento equitativo, inclusivo e digno. **Palavras-chave:** Atenção domiciliar à saúde. Odontologia. Crenças. Atenção primária à saúde. Saúde bucal.

## Reabilitação precoce na artroplastia de quadril: mito ou verdade?

Autores: Nogueira MP, Costa PB, Junior Cursino UA, Rangel CE, Carneiro ACR, Mangia N.  
Instituição: Programa Melhor em Casa – Teresópolis/RJ.  
E-mail: marcelo.medtere@gmail.com

**Introdução:** As fraturas do colo do fêmur em idosos representam desafios de saúde pública, associadas à incapacidade, hospitalizações prolongadas e elevada mortalidade. A artroplastia de quadril é o tratamento padrão, mas persiste o mito de que a reabilitação precoce seria prejudicial, atrasando a marcha assistida. Evidências atuais demonstram que a mobilização precoce é segura, favorece autonomia e reduz riscos da imobilidade. **Objetivo:** Relatar a experiência do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de Teresópolis, em parceria com a Ortopedia do Hospital das Clínicas Constantino Ottaviano, na implementação de fluxo de desospitalização e reabilitação precoce após artroplastia de quadril por fratura do colo do fêmur. **Metodologia:** Relato de experiência com pacientes idosos submetidos à artroplastia de quadril, inseridos em fluxo de desospitalização nos últimos seis meses e acompanhados em domicílio pelo SAD. O cuidado foi multiprofissional, envolvendo médico, enfermeira, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudióloga e assistente social, com foco em marcha assistida, prevenção de complicações e recuperação funcional. **Relato/Discussão:** Foram acompanhados 20 pacientes nesse período, dos quais 80% apresentaram retorno à marcha com apoio e retomada das atividades de vida diária. Nos 20% restantes, o retardo da evolução funcional esteve relacionado a comorbidades intercorrentes, como infecção urinária e cutânea. De modo geral, observou-se redução de complicações típicas da internação prolongada, incluindo infecções hospitalares, úlceras por pressão e declínio cognitivo. **Conclusão:** A experiência mostra que o receio em relação à reabilitação precoce após artroplastia de quadril é um mito. A desospitalização associada ao início imediato da reabilitação domiciliar revelou-se estratégia segura, eficaz e humanizada, com impacto positivo na autonomia do idoso, na segurança do cuidado e na racionalização dos recursos em saúde no SUS. **Palavras-chave:** Desospitalização. Atenção domiciliar. Fratura do colo do fêmur. Artroplastia de quadril. Reabilitação.

---

## Humanização do teleatendimento na atenção domiciliar: um relato de experiência

Autores: Moraes LP, Cursino UJ, Aguiar NS.  
Instituição: Serviço de Atendimento Domiciliar da Prefeitura de Teresópolis/RJ.  
E-mail: lucasursalmed@gmail.com

**Introdução:** O teleatendimento consolidou-se como estratégia relevante na atenção domiciliar, permitindo o monitoramento contínuo de pacientes e suporte às famílias. Entretanto, a distância física é frequentemente associada à percepção de impessoalidade. Nesse contexto, torna-se essencial investigar formas de humanizar a comunicação virtual, preservando os princípios biopsicossociais do cuidado. **Objetivo:** Relatar a experiência de uma equipe multiprofissional na utilização de ferramentas de telemonitoramento, destacando estratégias verbais e não verbais que favorecem a humanização da assistência domiciliar. **Metodologia:** Trata-se de relato de experiência desenvolvido no Serviço de Atenção Domiciliar de Teresópolis. Foi utilizado o aplicativo WhatsApp como principal recurso de interação entre pacientes, familiares e equipe multiprofissional. As ações incluíram chamadas de áudio e vídeo, compartilhamento de imagens para orientação clínica e uso de recursos comunicacionais não verbais, como ícones gráficos (emojis). **Resultados:** O telemonitoramento possibilitou rápida resolução de dúvidas, renovação de prescrições médicas e reforço de orientações multiprofissionais. As chamadas por vídeo favoreceram vínculo, escuta ativa e observação do ambiente domiciliar, reduzindo a sensação de isolamento do paciente. A utilização de recursos visuais e simbólicos ampliou a clareza das informações e transmitiu incentivo, contribuindo para a maior adesão ao cuidado. Observou-se retorno positivo das famílias, que relataram maior segurança e proximidade com a equipe, mesmo em situações de distância física. **Considerações:** A experiência demonstra que o teleatendimento, quando estruturado com intencionalidade comunicacional, pode ser humanizado e efetivo. O uso estratégico de ferramentas digitais possibilita acolhimento, vínculo e suporte contínuo, configurando-se como recurso viável para fortalecer a assistência domiciliar e otimizar os resultados clínicos e relacionais. **Palavras-chave:** Humanização. Teleatendimento. Telemonitoramento. Atenção domiciliar.

## Cuidados domiciliares para pessoas com artrite reumatoide: uma revisão integrativa

Autor: Favarato MH.

Instituição: HC-FMUSP.

E-mail: mariahelenafavarato@gmail.com

**Introdução:** Artrite reumatoide é doença crônica que compromete a função e qualidade de vida, demandando reabilitação contínua. Nesse contexto, cuidados domiciliares têm se mostrado estratégia promissora, sobretudo em cenários de desigualdade no acesso à saúde. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura sobre as principais abordagens utilizadas em casa por pessoas com artrite reumatoide. **Resultados:** Exercícios domiciliares são eficazes, com resultados comparáveis aos obtidos em centros especializados. Meta-análises apontam protocolos médios de 17 semanas, com cinco sessões semanais de cerca de 40 minutos, incluindo exercícios de flexibilidade, fortalecimento, aeróbicos, posturais e respiratórios, geralmente em intensidade baixa a moderada. Muitos estudos incorporaram supervisão parcial ou monitoramento remoto. Especificamente, exercícios para mãos – frequentemente afetadas pela doença – mostraram benefícios modestos, mas relevantes, na dor, função e força de preensão, quando realizados com resistência (massa terapêutica, faixas elásticas, toalhas). Embora revisões Cochrane indiquem resultados incertos no longo prazo, tais práticas são consideradas clinicamente úteis. A terapia ocupacional domiciliar é fortemente recomendada. Inclui proteção articular, conservação de energia, dispositivos de auxílio e adaptações ambientais, com impacto positivo em mãos, punhos, pés e joelhos. Estratégias complementares, como meditação e mindfulness, apresentam melhora em dor e sintomas depressivos, embora ainda careçam de ensaios de maior qualidade. A educação para o autogerenciamento é central, englobando programas de autocuidado, manejo da fadiga, técnicas de modificação de atividades e intervenções integrativas (terapia cognitivo-comportamental, modalidades térmicas, abordagens mente-corpo). A telemedicina surge como alternativa viável e equivalente ao cuidado presencial, favorecendo adesão e monitoramento. Aplicativos móveis também ampliam a autonomia do paciente, permitindo registro de sintomas, hábitos e variáveis clínicas. **Conclusão:** Exercícios globais e específicos para mãos, aliados à terapia ocupacional, educação e práticas integrativas, constituem intervenções domiciliares eficazes na reabilitação da artrite reumatoide, favorecendo a funcionalidade e a qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Artrite reumatoide. Cuidados domiciliares. Reabilitação.

---

## Desafios do atendimento domiciliar em fisioterapia: experiência no PMC e PADC em São Pedro da Aldeia/RJ

Autores: Pereira AS, Cursino J.

Instituição: Atenção Domiciliar / Secretaria de Saúde São Pedro da Aldeia/RJ.

E-mail: solalmenara1@gmail.com

**Introdução:** O atendimento domiciliar em fisioterapia é uma modalidade essencial na atenção à saúde, pois assegura cuidado individualizado, continuidade da assistência e reabilitação em ambiente familiar. Este estudo descreve a experiência de atuação nos Programas Melhor em Casa (PMC) e Programa de Atendimento Domiciliar aos Cronificados (PADC) em São Pedro da Aldeia/RJ, sob a coordenação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Objetivo:** Analisar os desafios enfrentados por fisioterapeutas no atendimento domiciliar, com ênfase nos aspectos estruturais, ambientais e relacionais. **Metodologia:** Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, fundamentado em relatos de experiência, observações diretas, registros de campo e revisão bibliográfica. **Resultados:** Verificou-se que o suporte logístico com transporte institucional contribui para superar barreiras geográficas, mas persistem limitações estruturais nos domicílios, como espaços reduzidos, iluminação inadequada e barreiras arquitetônicas. A ausência de equipamentos clínicos convencionais é suprida por recursos portáteis e improvisados. Destaca-se a elaboração de cartilhas de exercícios personalizadas, que favorecem a adesão, a autonomia e a continuidade do tratamento. A comunicação efetiva com pacientes e cuidadores mostrou-se determinante para o sucesso terapêutico. **Conclusão:** O atendimento domiciliar em fisioterapia fortalece a humanização da assistência, reduz hospitalizações, preserva a autonomia funcional e melhora a qualidade de vida. A prática exige estratégias adaptativas, políticas públicas de apoio e valorização do contexto familiar. **Palavras-chave:** Fisioterapia domiciliar. Assistência domiciliar. Reabilitação. Autonomia. Qualidade de vida.

## **“Se Cuidar para Cuidar”: experiência multiprofissional em grupo de apoio a cuidadores no Programa Melhor em Casa de Itaquaquecetuba/SP**

Autores: Moreira KM, Castilho MOD, Morais AC.

Instituição: Programa Melhor em Casa de Itaquaquecetuba.

E-mail: karina.ninn@hotmail.com

**Introdução:** O cuidado domiciliar de um familiar dependente ultrapassa a dimensão prática, exigindo renúncias e gerando sobrecarga física e emocional. Muitos cuidadores dedicam-se integralmente, tornando-se vulneráveis a adoecimentos e, eventualmente, falecendo antes da pessoa cuidada. Ao mesmo tempo, o ato de cuidar pode representar afeto e sentido de vida. Reconhecendo essa dualidade, o Programa Melhor em Casa de Itaquaquecetuba criou, em 2016, o grupo “Se Cuidar para Cuidar”, valorizando o cuidador como sujeito de direitos, necessidades e potencialidades. **Objetivo:** Oferecer espaço de acolhimento, escuta e convivência que favoreça o bem-estar físico, emocional e social do cuidador, repercutindo na qualidade do cuidado e vínculo com a equipe. **Metodologia:** Trata-se de experiência de serviço, com encontros trimestrais coordenados pela assistente social e apoiados pela equipe multiprofissional. As atividades incluem rodas de conversa, dinâmicas de relaxamento, lazer e cuidados físicos, como exames laboratoriais, de imagem e consultas médicas. O planejamento é construído a partir das vivências no grupo, considerando necessidades emergentes, e não apenas demandas diretas. A participação é incentivada por convites formais e pelo vínculo das visitas domiciliares. **Resultados:** O grupo consolidou-se como espaço de trocas, em que cuidadores compartilham vivências, sentem-se acolhidos e reconhecem não estarem sozinhos. Relatos apontam pertencimento, alívio emocional e disposição para enfrentar desafios diários. Para muitos, é o único momento de convívio e lazer fora da rotina, ampliando a rede de apoio. Observou-se também aproximação entre equipe e famílias, fortalecendo a confiança e humanizando o cuidado domiciliar. **Conclusão:** A experiência mostra que cuidar do cuidador é tão essencial quanto cuidar do paciente, reafirmando a dimensão humana da assistência domiciliar e ressignificando a trajetória de quem cuida. **Palavras-chave:** Cuidadores. Apoio psicossocial. Humanização.

---

## **Cuidado de respiro: experiência na atenção domiciliar**

Autores: Jesus SR, Silva MA, Silva TSC, Gaspar MS, Oliveira BS.

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

E-mail: samyreis2001@yahoo.com.br

Cuidado de respiro (ou de alívio) é uma modalidade de assistência que visa oferecer um período de descanso aos cuidadores familiares de pessoas com doenças crônicas graves e incapacitantes. Essa prática previne o esgotamento do cuidador e promove o bem-estar físico e mental, especialmente porque a maior parte da carga de cuidado recai sobre a família. Este é um relato da experiência de uma equipe do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI), que descreve o acompanhamento de A.T.A., 51 anos, com esclerose múltipla, lesões por pressão extensas, bexiga neurogênica e transtorno de ansiedade. A paciente tinha uma filha criança e era cuidada exclusivamente pelo esposo. Inicialmente participativo, este começou a evitar os atendimentos da equipe. Após discussão de caso, visita médica e da psicóloga, foi diagnosticado com síndrome do pânico e sentimentos de incapacidade, pois não conseguia mais atender aos desejos da paciente de sair do leito. A sobrecarga estava afetando inclusive suas funções laborais. Reconhecendo o risco de esgotamento do cuidador, a equipe implementou o cuidado de respiro por meio de um Projeto Terapêutico Singular. O plano incluiu o alívio das tarefas do cuidado: enfermagem diária (curativos e transferência), fisioterapia bissemanal e terapia ocupacional semanal, além de acompanhamento psicológico para o casal e início de medicação para o esposo. Em dois meses, observou-se melhora no transtorno de ansiedade de ambos e redução dos sinais de sobrecarga no cuidador. A paciente recuperou parte de sua qualidade de vida, realizando refeições à mesa e frequentando o quintal da residência. Quatro meses após a intervenção, A.T.A. faleceu por infecção urinária. Essa experiência reforça a necessidade de os Serviços de Atenção Domiciliar priorizarem o cuidado com o cuidador para garantir a sustentabilidade do acompanhamento no domicílio.

**Palavras-chave:** Cuidado de respiro. Cuidado de alívio. Atenção domiciliar. Sobrecarga do cuidador. Cuidados paliativos.

## Perfil dos pacientes em diálise peritoneal domiciliar do Super Centro Carioca de Saúde

Autores: Lira LA, Fonseca VL, Varela JM, Lima AC, Ninise MS, Burnett RAQ.

Instituição: Centro Carioca de Especialidades - SMS/RJ.

E-mail: lucilo\_lucena@hotmail.com

Este estudo descreve o perfil epidemiológico de 29 pacientes em tratamento de diálise peritoneal domiciliar no Super Centro Carioca, com dados coletados até junho de 2025. A amostra foi composta por 17 homens e 12 mulheres, com idades entre 18 e 79 anos. A maioria encontrava-se na faixa etária adulta (40-59 anos), seguida por idosos (60 anos ou mais). Quanto à raça/cor, 51,7% se autodeclararam pardos, 31%, brancos, e 17,3%, negros. Em relação à escolaridade, predominava o ensino médio (48,3%), seguido pelo ensino fundamental (31%) e uma minoria com ensino superior (3,4%). Observou-se prevalência significativa de comorbidades crônicas, com destaque para hipertensão (presente em quase todos os casos), diabetes e cardiopatias. O tempo de diagnóstico como renal crônico variou de 6 meses a mais de 10 anos, sendo que a maioria recebeu diagnóstico entre 1 e 3 anos atrás. A quase totalidade dos pacientes já passou por hemodiálise antes de iniciar a diálise peritoneal. A maioria dos usuários residia com familiares e cerca de metade afirmava depender de alguém para atividades diárias. Quanto ao tempo em diálise peritoneal, predominou o intervalo entre 6 meses e 1 ano. A percepção sobre a preparação para o tratamento em casa foi amplamente positiva, com avaliações classificadas como “ótima” ou “excelente”. O atendimento da equipe multiprofissional recebeu nota máxima de confiança na maioria dos relatos. Os principais benefícios relatados incluíram conforto, economia de tempo e recursos, melhora na qualidade de vida, autonomia e bem-estar. Demandas apontadas indicaram a necessidade de suporte emergencial noturno e facilitação no acesso a exames. Conclui-se que a diálise peritoneal domiciliar tem proporcionado impactos positivos significativos à vida dos pacientes, sendo altamente aprovada pelos usuários do serviço.

Palavras-chave: Diálise peritoneal. Cuidados. Perfil.

---

## A importância da farmácia clínica na assistência domiciliar na prevenção de eventos adversos relacionados à interação medicamentosa grave

Autores: Almeida GFF, Figueiredo LRP, Marcussi JP.

Instituição: Unimed Franca.

E-mail: gisferreira@uol.com.br

Introdução: A assistência farmacêutica domiciliar é uma estratégia eficaz no cuidado de pacientes crônicos e idosos, grupos mais vulneráveis à polifarmácia e às interações medicamentosas graves. Objetivo: Relatar a experiência do farmacêutico clínico na identificação e prevenção de interações medicamentosas graves durante visitas domiciliares, promovendo o uso seguro e racional dos medicamentos. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência fundamentado na análise de prescrições e evolução clínica de pacientes atendidos pela UNILAR – Unimed Franca entre 2018 e 2024. Foram utilizadas ferramentas digitais (Medscape, Micromedex®, Drugs.com) para identificar interações graves, que foram notificadas à equipe médica. Resultados/Discussão: Em 2018, foram realizadas 279 visitas, com 43 interações graves identificadas; em 2019, 342 visitas e 32 notificações; em 2020, devido à pandemia, foram 540 atendimentos via telessaúde, com 81 interações graves; em 2021, 348 visitas e 40 notificações; em 2022, 518 visitas e 30 notificações; em 2023, 360 visitas e 25 notificações; em 2024, houve 723 visitas e 46 interações. A atuação farmacêutica foi essencial na análise da farmacoterapia, intervenções clínicas, orientação familiar e integração com a equipe multiprofissional. Conclusão: O estudo destacou a relevância do farmacêutico clínico na assistência domiciliar, evidenciando seu papel na identificação, prevenção e manejo de interações medicamentosas graves. A análise criteriosa de prescrições e o acompanhamento direto de pacientes permitiram reduzir riscos, otimizar terapêuticas e promover o uso racional de medicamentos. Integrado à equipe multiprofissional, o farmacêutico contribui para a segurança de idosos e pacientes crônicos, reforçando sua função estratégica na melhoria da qualidade de vida e no fortalecimento do cuidado em saúde domiciliar.

Palavras-chave: Farmácia clínica. Assistência domiciliar. Interação medicamentosa grave.

## Experiência da implantação do Programa de Diálise Peritoneal Domiciliar no Centro Carioca de Especialidades

Autores: Lira LA, Oliveira MAC, Fonseca VL, Facio J, Teixeira M, Souto VO.

Instituição: Centro Carioca de Especialidades - SMS/RJ.

E-mail: lucilo\_lucena@hotmail.com

A implementação do Programa de Diálise Peritoneal no Super Centro Carioca de Saúde representa um avanço significativo na atenção primária e especializada à saúde no município do Rio de Janeiro. Iniciado como projeto-piloto em fevereiro de 2024 pelo secretário de saúde, Dr. Daniel Soranz, o programa vem se fortalecendo e se consolidando a cada dia. Pelo programa, já passaram 76 pacientes, havendo a desospitalização segura, o fortalecimento do cuidado domiciliar e a ampliação do acesso a uma terapia renal substitutiva eficaz. A equipe, composta por enfermeiros e médicos, realiza a captação dos pacientes nos hospitais municipais do município do Rio de Janeiro, com abordagem centrada no paciente e foco na autonomia, na capacitação familiar através dos treinamentos com a equipe de enfermagem e na prevenção de complicações. Ao final dos treinamentos, os pacientes recebem a cicladora (Homechoice) para a realização da diálise peritoneal automatizada – equipamento por meio do qual, durante o tratamento, ocorre a infusão e drenagem da solução na cavidade peritoneal – e os materiais pertinentes à manutenção mensal da terapia no seu domicílio, sem custos ao usuário. A percepção dos usuários e da equipe é de que o programa tem demonstrado impacto positivo na qualidade de vida dos usuários, reduzindo internações evitáveis. Nessa integração das Redes de Atenção à Saúde, os usuários e familiares relatam grau de satisfação, além de ganhos em funcionalidade e bem-estar. Essa experiência exitosa evidencia a importância da ampliação de programas semelhantes no SUS, com investimentos contínuos em infraestrutura, formação de equipes e estratégias humanizadas.

Palavras-chave: Diálise peritoneal. Domicílio. Cuidados.

---

## Gênero e cuidado: análise do perfil de pacientes e cuidadoras no atendimento domiciliar

Autor: Souza GF.

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

E-mail: giovanna.fsouza@hc.fm.usp.br

A feminização do cuidado pode ser definida como a atribuição social das mulheres em se responsabilizarem pelo “trabalho de cuidar”, seja no âmbito familiar, doméstico ou em profissões ligadas à saúde. A partir dessa perspectiva, este estudo, desenvolvido a partir da análise de prontuários e dados institucionais de uma equipe multiprofissional de atendimento domiciliar, buscou compreender os impactos desse fenômeno no cuidado de mulheres em atendimento domiciliar. A pesquisa considerou variáveis relacionadas ao perfil das pacientes, seus cuidadores e dinâmicas familiares. Atualmente, 66% dos pacientes acompanhados pelo referido serviço são mulheres, majoritariamente idosas, com renda familiar de quatro salários mínimos, pertencentes a famílias nucleares ou monoparentais, com histórico de doenças neurológicas e total dependência de cuidados. Identificou-se que 63% das pacientes tinham como cuidadora principal outra mulher. Entre os cuidadores homens, 71,4% contavam com ajuda secundária, ou seja, outros familiares que apoiavam os cuidados no domicílio, e 80% dessa ajuda era feminina. Entre as cuidadoras mulheres, a proporção de apoio secundário era menor (46,2%), mas 75% desse apoio também era feminino. Isso indica que, independentemente de quem é indicado como cuidador principal, as responsabilidades são compartilhadas com uma mulher. A análise qualitativa evidencia um ‘ciclo de cuidado’ em que mulheres que anteriormente eram as cuidadoras do núcleo familiar passaram a receber cuidados de outras mulheres. Outro ponto a ser considerado é que a sobrecarga das cuidadoras não se limitava aos cuidados com a paciente, pois muitas mantinham outras responsabilidades familiares, domésticas e laborais simultaneamente. A feminização do cuidado não significa exclusividade feminina; trata-se, na verdade, de uma desigualdade na distribuição das responsabilidades, pois, mesmo quando homens assumem o papel de cuidador, geralmente há uma mulher em segundo plano.

Palavras-chave: Feminização. Cuidadores. Sobrecarga. Atendimento domiciliar.

## **Atuação da enfermagem do CCE/RJ na prevenção e manejo do risco de peritonite: relato de experiência**

Autores: Lira LA, Fonseca VL, Oliveira MAC, Grisolia NTP, Ferreira MM, Menezes LS.  
Instituição: Centro Carioca de Especialidades - SMS/RJ.  
E-mail: lucilo\_lucena@hotmail.com

A segurança do paciente, conceito amplamente difundido nas práticas de saúde, ganha destaque na diálise peritoneal domiciliar devido ao risco de complicações graves, como a peritonite, uma infecção potencialmente fatal e uma das principais causas de falha da terapia peritoneal. A prevenção desse tipo de intercorrência exige a implementação de estratégias educativas, monitoramento constante e acompanhamento próximo por parte dos profissionais de saúde, em especial da enfermagem. Nesse contexto, a equipe de enfermagem do Programa de Diálise Peritoneal do CCE/RJ desempenha papel fundamental na capacitação do usuário e do cuidador, no acompanhamento clínico e na implementação de medidas de segurança, que visam minimizar os riscos relacionados à técnica, por exemplo, criação e implementação de protocolos assistenciais, treinamentos do paciente e da família sobre a técnica asséptica, inspeção diária do cateter pelos familiares e paciente, com avaliação regular da equipe, troca de curativos, sistema de lavagem antes de infundir as soluções, integridade e validade dos materiais e equipamentos, bem como reconhecimento dos sinais clínicos de peritonite precocemente. Os treinamentos e as capacitações são realizados desde a elegibilidade do paciente, ainda internado nos hospitais municipais do município do Rio de Janeiro, com o intuito de assegurar a desospitalização segura, e são mantidos na assistência prestada pela equipe do programa. Assim, garantir a segurança do paciente na diálise peritoneal domiciliar envolve não apenas o conhecimento técnico, mas também uma prática humanizada, sistematizada e baseada em protocolos assistenciais bem definidos.

Palavras-chave: Diálise peritoneal. Segurança do paciente. Domicílio.

---

## **Teleconsulta de enfermagem no cuidado a pessoas com feridas: desmistificando a presença física**

Autor: Lima DCJ.  
Instituição: Pionnier Atenção Domiciliar.  
E-mail: daniellacristina.julio@yahoo.com.br

Introdução: O cuidado de pessoas com feridas em domicílio apresenta desafios relacionados à adesão ao tratamento, prevenção de complicações e acesso a cuidados especializados. Tradicionalmente, existe a crença de que o cuidado só é efetivo se realizado presencialmente. No entanto, após a pandemia da Covid-19, a teleconsulta consolidou-se como estratégia tecnológica inovadora, capaz de oferecer suporte aos pacientes, inclusive a indivíduos com feridas. Objetivo: Apresentar o impacto da teleconsulta de enfermagem especializada como suporte tecnológico no cuidado domiciliar de pessoas com feridas. Metodologia: Relato de experiência desenvolvido em Serviço de Atenção Domiciliar de abrangência nacional, voltado a pacientes com feridas de difícil cicatrização e seus cuidadores. As teleconsultas foram realizadas por meio de aplicativos de videoconferência, com o registro em prontuário eletrônico. Durante as consultas, foram abordados diversos aspectos, tais como orientação para curativos, cuidados gerais e específicos, prevenção de complicações e promoção de conforto e bem-estar. Resultados: A teleconsulta permite o acesso a enfermeiros especialistas, mesmo em áreas remotas. Pacientes e familiares puderam esclarecer dúvidas e receber orientações individualizadas, adequadas às necessidades de cada caso. Além disso, a prática favoreceu a participação ativa dos familiares no cuidado, promovendo acompanhamento mais efetivo, personalizado e seguro. Conclusão: A teleconsulta de enfermagem especializada mostrou-se viável e, em muitos casos, resolutiva, sobretudo na prevenção de complicações e promoção da saúde. Amplia o acesso a especialistas e desmistifica a ideia de que apenas a presença física garante a qualidade do cuidado, demonstrando que o atendimento remoto pode ser eficaz, personalizado e humanizado. Trata-se de estratégia complementar que potencializa o cuidado presencial e contribui significativamente para a melhoria da assistência domiciliar a pessoas com feridas.

Palavras-chave: Ferimentos e lesões. Consulta remota. Serviços de assistência domiciliar.

## Implantação do prontuário afetivo no SAD de Pilar/AL

Autores: Batista MML, Santos CM, Santos IGC, Veloso TS.

Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar – Pilar/AL.

E-mail: marciclea@yahoo.com.br

**Introdução:** Com base nas diretrizes da atenção domiciliar e na busca por garantir humanização e integralidade do cuidado, foi implantado no Programa Melhor em Casa o prontuário afetivo (PA), um documento informal e personalizado que registra informações relevantes do usuário que vão além do diagnóstico. No domicílio, as equipes passam a ter contato contínuo com os usuários e familiares, e a assistência é prestada de acordo com o contexto de vida. Entende-se que o PA é um recurso acessível e motivador no cuidado, por considerar as necessidades e os afetos. **Objetivos:** Promover assistência humanizada; favorecer o olhar holístico da equipe, considerando a singularidade do sujeito; facilitar a compreensão das reais necessidades do usuário. **Metodologia:** A elaboração do PA seguiu quatro etapas: na primeira, o usuário ou cuidador recebeu explicações sobre a elaboração desse instrumento; na segunda, foram coletadas informações sobre hábitos, planos e aspectos relevantes de vida, por meio de roteiro prévio; a terceira consistiu na confecção do prontuário, em linguagem simples e lúdica, permitindo maior visibilidade do sujeito assistido; por fim, o PA, construído em conjunto, é lido e anexado à primeira página do prontuário domiciliar. **Resultados:** O PA tem sido um modelo diferenciado e complementar ao prontuário tradicional, permitindo a identificação de dados relevantes da vida do sujeito e a maior aproximação entre equipe e usuário/família, melhorando a confiabilidade e favorecendo a formação do vínculo terapêutico. Possibilitou ainda que a equipe tivesse um olhar holístico, formulando estratégias de cuidado mais bem direcionadas. **Conclusão:** O PA mostrou-se uma ferramenta inovadora e efetiva no cuidado domiciliar, contribuindo para a humanização da assistência e melhoria da qualidade de vida dos usuários, em consonância com a Política Nacional de Humanização.

**Palavras-chave:** Prontuário afetivo. Humanização da assistência. Atenção domiciliar.

---

## Business intelligence como ferramenta de gestão no SAD: da planilha ao dashboard

Autores: Almeida GFF, Marcussi JP, Biasoli AA.

Instituição: Unimed Franca - Serviço de Assistência Domiciliar da Unimed Franca – UNILAR.

E-mail: gisferreira@uol.com.br

**Introdução:** A gestão de pacientes crônicos e paliativos em Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) demanda acompanhamento contínuo de indicadores clínicos, operacionais e financeiros. Tradicionalmente, esse monitoramento era feito em planilhas dispersas, dificultando análises em tempo real e tomada de decisão ágil. A implantação do business intelligence (BI) representa um avanço estratégico, ao transformar dados fragmentados em informações integradas, organizadas em dashboards interativos que apoiam a gestão baseada em evidências. **Objetivo:** Desenvolver e implantar um modelo de BI no SAD, com foco no monitoramento de internações hospitalares, passagens em unidade de emergência, custos assistenciais e perfil dos pacientes. **Metodologia:** (1) mapeamento das necessidades assistenciais e de gestão; (2) integração e padronização de dados provenientes de prontuários eletrônicos e sistemas corporativos; (3) modelagem em plataforma Qlik Sense, com visualizações centradas no usuário; (4) validação com a equipe multiprofissional; e (5) ciclo de melhoria contínua com revisão periódica dos indicadores. **Resultados:** O BI possibilitou identificar padrões de internações, frequência de uso da UE, custos por paciente, estratificação etária, prevalência de pacientes em cuidados paliativos e com germes multirresistentes. Os dashboards dinâmicos permitem acompanhar tendências, prever demandas e direcionar estratégias da equipe multidisciplinar, promovendo redução de riscos, eficiência operacional e melhor alocação de recursos. Além disso, o BI fortaleceu o planejamento estratégico, oferecendo subsídios para cenários futuros e ações preventivas. **Conclusão:** A aplicação do BI no SAD promoveu uma gestão mais inteligente, preditiva e centrada no paciente, garantindo sustentabilidade ao modelo assistencial. Essa experiência pode ser replicada em outros SADs, contribuindo para a qualidade do cuidado e a eficiência do sistema de saúde.

**Palavras-chave:** Assistência domiciliar. Business intelligence. Indicadores de qualidade. Gestão clínica. Dashboard.

## **“Cuidar e Criar”: humanização do cuidado domiciliar por meio do artesanato em Pilar/AL**

Autores: Santos IGC, Santos CM, Batista MML, Veloso TS.

Instituição: Programa Melhor em Casa.

E-mail: izabel\_cavalcante@hotmail.com.br

O município de Pilar, pertencente à 1ª Região de Saúde de Alagoas e localizado na Região Metropolitana de Maceió, possui população estimada em 36.499 habitantes. Nesse contexto, foi desenvolvido o “Projeto Cuidar e Criar”, que integra o cuidado domiciliar do Programa Melhor em Casa (PMC) às atividades terapêuticas de artesanato promovidas pela ONG Pilares da Solidariedade. O objetivo geral é promover um cuidado humanizado e integral aos pacientes, utilizando o artesanato como ferramenta de inclusão social, expressão emocional e reconexão com o território. Entre os objetivos específicos, destacam-se: estimular a criatividade e habilidades manuais; proporcionar interação social; favorecer o retorno à convivência em espaços coletivos; incentivar autonomia, respeitando limitações individuais; reduzir sintomas de ansiedade e depressão; e promover o protagonismo dos usuários no tratamento. A metodologia envolveu visita intersetorial, triagem, sensibilização e convite dos pacientes, seguidos da realização de oficinas de amigurumi e aplique em tecido, duas vezes por semana. As atividades foram conduzidas por profissionais do PMC (assistente social, fisioterapeuta, psicóloga) em parceria com uma artesã da ONG, com avaliação psicossocial contínua. Os resultados demonstraram avanços significativos: pacientes antes reclusos retomaram o convívio social; uma usuária voltou a circular pela cidade em cadeira motorizada após dez anos isolada; além de melhoria de humor, autoestima e fortalecimento de vínculos com os profissionais e entre os participantes. Conclui-se que o projeto evidencia o potencial transformador de estratégias de humanização que unem arte, cuidado e território, ampliando a qualidade de vida dos usuários do PMC em Pilar/AL.

Palavras-chave: Cuidado domiciliar. Humanização. Artesanato. Saúde coletiva. Território.

---

## **Humanização na alta clínica: a experiência da alta festiva no Programa Melhor em Casa em Pilar/AL**

Autores: Santos IGC, Veloso TS, Santos CM, Batista MML.

Instituição: Programa Melhor em Casa.

E-mail: izabel\_cavalcante@hotmail.com.br

O município de Pilar, pertencente à 1ª Região de Saúde de Alagoas e localizado na Região Metropolitana de Maceió, possui população estimada em 36.499 habitantes. Nesse cenário, o Programa Melhor em Casa (PMC), instituído pela Portaria GM/MS nº 1 de 2024, reafirma a importância do cuidado domiciliar como modalidade de desospitalização segura, continuidade do cuidado e humanização da atenção. Alinhado à Política Nacional de Humanização, o projeto implantou a prática da alta festiva, rito simbólico que celebra a conclusão do acompanhamento clínico sem romper os vínculos construídos entre pacientes, famílias e equipe de saúde. O objetivo geral é valorizar a alta clínica como momento simbólico e humanizado, estimulando autoestima, protagonismo e vínculos afetivos. Como objetivos específicos, destacam-se: garantir a transição segura para a Rede de Atenção à Saúde (RAS); fortalecer o envolvimento familiar; e utilizar elementos sensoriais e musicais como recursos terapêuticos. A experiência foi realizada com um paciente portador de esclerose múltipla, em situação de vulnerabilidade e reclusão, cuja alta coincidiu com seu aniversário. A metodologia envolveu planejamento conjunto com a família, produção de cartão sensorial artesanal, execução de canções escolhidas pelo usuário (música ao vivo), entrega simbólica de palheta usada na homenagem e palavras de afeto acompanhadas de orientações para a continuidade do cuidado na RAS. Os resultados foram expressivos: o paciente reagiu com entusiasmo e emoção, a família se sentiu acolhida, e a alta deixou de representar um “fim” para se tornar um “até logo” cuidadoso. Conclui-se que a alta festiva é uma prática simples, de baixo custo e grande impacto, capaz de fortalecer o SUS como um sistema de cuidado integral, humanizado e digno.

Palavras-chave: Humanização. Cuidado domiciliar. Alta clínica. SUS.

## A trajetória da atenção domiciliar no Rio de Janeiro

Autores: Abreu GP, Marano GCL, Gomes JBS, Gomes GMGS.

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

E-mail: subhue.apd@gmail.com

A atenção domiciliar do Rio de Janeiro começou em 1997, na Ilha do Governador, como uma iniciativa para atender pacientes com doenças crônicas que retornavam frequentemente à emergência por dificuldade de acesso à atenção básica. A equipe formada por profissionais do Hospital Municipal Paulino Werneck superou dificuldades para oferecer esse novo modelo de assistência. Em 2010, houve a expansão, sendo implantado o Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI), com a inauguração de três bases em hospitais municipais: Souza Aguiar, Salgado Filho e Miguel Couto, ampliando o acesso a outras regiões da cidade. As Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMADs) são compostas por médico, fisioterapeuta, enfermeiro e técnico de enfermagem, enquanto as Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAPs), por fonoaudiólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo e nutricionista. Em 2012, aconteceu a segunda expansão para os Hospitais Municipais Lourenço Jorge, Francisco da Silva Telles e Pedro II. Em 2013, o PADI Souza Aguiar suspendeu suas atividades. O programa passou a ter 11 EMADs e 5 EMAPs. Em 2013, o PADI começou a atender crianças e adolescentes com a contratação de pediatra. A maioria deles era classificada como AD3. De 2021 a 2024, o PADI foi novamente expandido, com habilitações de equipes e criação de duas novas bases. O município passou a contar com 8 bases, 19 EMADs e 7 EMAPs. Quando a gestão do Hospital Cardoso Fontes passou para o município, a EMAD lá existente foi incorporada ao PADI. Assim, o programa passou a ter 9 bases, 20 EMADs e 7 EMAPs. Objetivando a atualização, os profissionais foram capacitados em mediação de conflito, cuidados paliativos, atendimento a crianças complexas, entre outros temas.

Palavras-chave: Serviço de assistência domiciliar. Equipe multiprofissional.

---

## Encontro de cuidadores como estratégia de educação em saúde: uma abordagem em cuidados domiciliares

Autores: Santo CE, Ponce GR.

Instituição: Unimed de Bauru Cooperativa de Trabalho Médico – Serviço de Atendimento Unimed Domiciliar.

E-mail: cristina.santo14@gmail.com

Introdução: O Serviço de Atendimento Unimed Domiciliar (SAUD), criado em 1998, conta com uma equipe multidisciplinar e tem por finalidade humanizar e individualizar o atendimento no ambiente domiciliar por meio da orientação, educação, supervisão e reintegração do paciente ao meio familiar e social, amenizando as complicações que possam surgir pela própria patologia. Objetivos: Relatar a experiência da implantação de um curso de educação em saúde para cuidadores de pacientes com doenças crônicas em atendimento domiciliar. Metodologia: Estudo descritivo observacional, desenvolvido no setor SAUD. A coleta aconteceu durante os encontros com cuidadores. Foram convidados para participar cuidadores e familiares dos pacientes assistidos. Os temas foram selecionados mediante as demandas elencadas nos questionários aplicados. Os dados foram estratificados e analisados de forma descritiva e direcionaram o conteúdo abordado no encontro seguinte. Resultados: Foram realizados quatro encontros que aconteceram trimestralmente nas áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Serviço Social, Fonoaudiologia, Nutrição e Odontologia. Os temas buscaram contemplar as necessidades elencadas pelos participantes nos encontros anteriores. Houve a participação média de 30 indivíduos por encontro, com idade média de 59 anos, 81,63% eram mulheres, sendo 65% familiares. Os temas solicitados e abordados pela equipe multidisciplinar foram posicionamento, feridas, higiene, conflitos familiares e autocuidado, manejo da gastrostomia, deglutição e nutrição. Conclusão: Os resultados apresentados são parciais. Por se tratar de um projeto maior, novos encontros então previstos, sendo o próximo tema a abordagem em cuidados paliativos, também sugerido pelos participantes. Mediante as reflexões abordadas nos encontros, foi possível ampliar a construção de conhecimentos a partir do compartilhamento entre saberes e práticas, visando ao fortalecimento da autonomia individual e coletiva da população assistida.

Palavras-chave: Educação em saúde. Cuidadores. Domicílio.

## **Monitoramento clínico no Serviço de Atenção Domiciliar: estratégia para efetividade, intervenção e prevenção de reinternações**

Autores: Bianchini KSL, Matias PDSV, Merlini ALE, Scorsato MAS.  
Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de São Bernardo do Campo.  
E-mail: kells\_i\_enf@yahoo.com.br

**Introdução:** O monitoramento clínico é uma ferramenta estratégica para qualificar o cuidado na atenção domiciliar (AD), promovendo respostas rápidas, prevenção de agravos e redução de reinternações evitáveis. **Objetivo:** Este estudo descreve a implantação de um projeto-piloto de telemonitoramento no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de São Bernardo do Campo, visando compreender o perfil das demandas e orientar condutas clínicas e administrativas mais resolutivas. **Metodologia:** Trata-se de estudo descritivo, desenvolvido no período de 44 dias, a partir de agosto de 2025, com a análise de 718 demandas registradas via telefonia corporativa. As solicitações foram classificadas segundo o Protocolo de Manchester, adaptado para a realidade domiciliar, e organizadas por tipo, urgência e desfecho. **Resultados:** 7% das demandas foram classificadas como emergências, exigindo remoção imediata ou intervenção médica urgente; 2%, como muito urgentes; 53%, como pouco ou não urgentes; e 23%, administrativas. O maior volume de chamadas foi receptivo, muitas vezes relacionado a intercorrências que poderiam ser manejadas durante visitas de rotina, revelando a importância do cumprimento das roteirizações preestabelecidas. A adoção de ferramentas tecnológicas, como planilhas eletrônicas e, posteriormente, o software de prontuário eletrônico, ampliou a rastreabilidade e a segurança no processamento dos dados. **Conclusão:** O telemonitoramento representa avanço significativo para a efetividade da AD, permitindo organizar fluxos, revisar processos, garantir maior segurança clínica e reduzir riscos de reinternações. Além disso, fortalece a continuidade do cuidado e proporciona às equipes multiprofissionais condições de manter o foco em visitas programadas, enquanto demandas urgentes e administrativas são acolhidas e resolvidas com agilidade por equipe de referência.

**Palavras-chave:** Monitoramento. Atenção domiciliar. Telemonitoramento. Efetividade. Reinternações.

---

## **Regulação específica na captação de pacientes para a atenção domiciliar: estratégia para segurança da alta, efetividade do cuidado e fortalecimento do SAD**

Autores: Bianchini KSL, Merlini ALE, Matias PDSV, Scorsato MAS.  
Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de São Bernardo do Campo.  
E-mail: kells\_i\_enf@yahoo.com.br

**Introdução:** A atenção domiciliar, por meio da Portaria GM/MS nº 3.005/2024, no âmbito do Programa Melhor em Casa, exige a organização diferenciada para garantir altas seguras e a efetiva continuidade do cuidado no domicílio. Nesse processo, a regulação específica da captação de pacientes constitui eixo estratégico, pois não apenas define critérios de elegibilidade, como também assegura a preparação adequada para a transição entre hospital e residência. **Objetivo:** Descrever o projeto-piloto de uma equipe dedicada à captação no SAD de São Bernardo do Campo, inicialmente composta por enfermagem, serviço social e administrativo, sob coordenação da supervisão local. **Metodologia:** Os profissionais dessas áreas assumiram responsabilidades exclusivas: recepção das solicitações, avaliação in loco, planejamento de rotas, organização da implantação e articulação com unidades solicitantes, além de coordenarem o processo preparatório, incluindo providência de insumos, equipamentos e orientação prévia aos cuidadores para garantir ambiência e prontidão antes da admissão em casa. **Resultados:** Houve redução de reinternações precoces, maior previsibilidade na entrada de pacientes, fortalecimento principal com hospitais e UPAs e otimização das rotinas multiprofissionais. A atuação dedicada ampliou a resolutividade clínica, qualificou a integração social e assegurou a viabilidade de altas oportunas e seguras. **Conclusão:** A adoção de uma equipe específica para captação e busca ativa não apenas qualifica a assistência domiciliar, mas também fortalece o papel do SAD como ponto estratégico da Rede de Atenção à Saúde. O modelo demonstra que investir em um time regulador exclusivo gera impacto direto na segurança do paciente, na eficiência institucional e na sustentabilidade da atenção domiciliar.

**Palavras-chave:** Atenção domiciliar. Regulação. Captação de pacientes. Alta segura. Programa melhor em casa.

## **Entre a APS e o SAD: cuidado domiciliar, exclusividade do SAD?**

Autores: Costa RS, Teodoro MC.

Instituição: Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso.

E-mail: tdrcoستا@gmail.com

A atenção domiciliar (AD) no Sistema Único de Saúde é ofertada em diferentes níveis de complexidade. A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel essencial no acompanhamento de usuários estáveis, por meio de visitas domiciliares, vínculo longitudinal e orientação ao cuidador. O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD/Programa Melhor em Casa), por sua vez, atende casos de maior complexidade, com equipes multiprofissionais específicas. Na prática, observa-se ainda o mito de que apenas o SAD realiza cuidados domiciliares. Esse equívoco gera encaminhamentos inadequados e sobrecarga de serviços especializados. Um exemplo foi a manifestação de profissionais da APS, que questionaram se todo paciente acamado deveria ser obrigatoriamente de responsabilidade do PADI. A fim de evitar erros e qualificar o fluxo de encaminhamentos, fortalecendo a rede, o PADI Silva Telles, em parceria com a CAP 3.3, realizou reunião com os RTs médicos e de enfermagem das unidades da APS, apresentando o Instrumento de Avaliação de Elegibilidade para Atenção Domiciliar (IAEC-AD), elaborado pelo Ministério da Saúde, presente na Portaria nº 3.005. Esse instrumento estratifica os níveis de complexidade: AD1 (APS), AD2 (SAD/PADI) e AD3 (SAD/PADI). Após a atividade, os profissionais das unidades APS passaram a buscar a equipe do PADI para esclarecimentos, resultando em encaminhamentos mais adequados à complexidade do paciente. O uso do IAEC-AD conferiu credibilidade técnica ao processo e consolidou a importância da integração entre APS e SAD. Essa experiência reforça a necessidade de reconhecer a APS como modalidade legítima de AD, desconstruindo o mito de que o cuidado domiciliar é exclusividade do SAD. O modelo implementado mostrou-se eficaz para apoiar decisões clínicas, fortalecer fluxos e promover maior integração da rede de atenção.

Palavras-chave: Atenção domiciliar. Atenção primária. IAEC-AD.

---

## **Entre o domicílio e o hospital: desconstruindo o mito de que, quando o paciente é AD, o óbito deve ser realizado em casa**

Autores: Costa RS, Machado JVR.

Instituição: Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso.

E-mail: tdrcoستا@gmail.com

Os cuidados paliativos em atenção domiciliar (AD) têm como essência garantir dignidade e acolhimento no processo de finitude. Contudo, persiste o mito de que o óbito de pacientes em AD deve sempre ocorrer em casa. Muitas famílias, fragilizadas, não dispõem de estrutura emocional para vivenciar esse momento no domicílio, demandando alternativas seguras e humanizadas. O PADI Silva Telles, de forma pioneira, articula o suporte de retaguarda hospitalar como complemento ao cuidado domiciliar, com apoio de sua unidade base. Embora o leito não seja exclusivo, o hospital disponibiliza acolhimento a pacientes em fase final de vida, assegurando às famílias dignidade e respeito. Por meio de visitas periódicas, a equipe do PADI identifica precocemente o início do processo ativo de morte, informando ao técnico de enfermagem do PADI lotado no hospital o momento da transferência de cuidados para o ambiente hospitalar. A família, orientada, apresenta-se na emergência munida de relatório elaborado pelo médico do PADI e é acolhida, iniciando o processo de internação. Um leito na clínica médica é priorizado, a fim de permitir a presença do acompanhante. Nos últimos cinco meses, três pacientes utilizaram esse recurso. As famílias relataram alívio ao perceber que o óbito não precisava ocorrer em casa, o que reduziu a ansiedade e possibilitou a permanência no domicílio até o início do processo ativo de morte. O acompanhamento conjunto assegurou condutas alinhadas à vontade da família e controle de sintomas, desconstruindo o mito de que o óbito em AD deve obrigatoriamente ocorrer em casa. O suporte de retaguarda fortalece o trabalho em rede, garante o acolhimento e amplia a qualidade dos cuidados paliativos.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Atenção domiciliar. Retaguarda hospitalar. Trabalho em rede.

## **Mito: a operadora de saúde e o cuidado da dor e sofrimento**

Autores: Barreto KHM, Ferreira TKM, Pagniez MS, Costa BSC, Santos VS, França MC.

Instituição: Operadora de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

E-mail: [katia@mutuadosmagistrados.com.br](mailto:katia@mutuadosmagistrados.com.br)

**Introdução:** O cuidado é essencial à vida humana, presente desde os primeiros relatos mitológicos, como a fábula de Higino. No contexto contemporâneo, a humanização do cuidado ultrapassa o tratamento da doença, buscando atenção ao conforto, bem-estar e qualidade de vida. Nos cuidados paliativos, o foco recai sobre o alívio da dor e do sofrimento, considerando as dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais. **Objetivo:** Refletir sobre o papel da operadora de saúde (OPS) na garantia de um cuidado integral, destacando como ações humanizadas e centradas no paciente podem ser implementadas. **Metodologia:** Estudo quantitativo com 9 pacientes em cuidados paliativos, atendidos pela OPS em 2024 por meio do programa de internação domiciliar. Foi aplicada uma pesquisa de satisfação aos familiares, avaliando a percepção sobre qualidade do atendimento, humanização, comunicação, suporte emocional e conforto. **Resultado:** A análise evidenciou que a OPS, ao incorporar o cuidado humanizado, favoreceu maior qualidade na assistência. Entre 75% e 80% dos pesquisados avaliaram que a OPS demonstrou empatia e acolhimento, promovendo conforto e alívio da dor dos assistidos. No entanto, de 20% a 25% dos familiares se declararam pouco satisfeitos ou indiferentes quanto à sua inclusão e participação no planejamento do cuidado, indicando uma oportunidade de aprimoramento no engajamento familiar. **Conclusão:** Conclui-se a eficácia da OPS na promoção do cuidado humanizado e de qualidade, refletindo na satisfação dos pesquisados. O modelo necessita de aprimoramento, porém, ao mesmo tempo, consolida-se ao reconhecer o paciente em sua integralidade, equilibrando eficiência e atenção às necessidades individuais, com foco no conforto e no alívio dos sintomas.

**Palavras-chave:** Cuidados paliativos. Operadora de saúde. Humanização.

---

## **A desospitalização na assistência oncológica: um debate acerca da continuidade do cuidado familiar em domicílio**

Autores: Mattos HM, Laura MA, Ribeiro PPD.

Instituição: Centro Universitário FAMETRO.

E-mail: [herculesfsio@gmail.com](mailto:herculesfsio@gmail.com)

**Introdução:** A desospitalização, com foco no Programa Melhor em Casa, é um processo para transferir pacientes de volta ao lar para continuidade do cuidado, visando a um tratamento mais humanizado, melhora na qualidade de vida e otimização dos recursos hospitalares. A desospitalização está associada à humanização e oferece aos usuários uma recuperação mais rápida no domicílio, buscando racionalizar a utilização dos leitos hospitalares. Nota-se uma tendência mundial para assistência domiciliar, sendo uma estratégia que vem sendo implementada nos hospitais por meio do processo de desospitalização. Como os custos com assistência em saúde são muito altos, os países precisam dar prioridade aos leitos hospitalares para patologias agudas ou descompensadas. A desospitalização na assistência oncológica compreende o “desospitalizar” como um processo de continuidade do cuidado e ações de saúde direcionadas aos pacientes na alta hospitalar. O objetivo deste trabalho é analisar o processo de desospitalização de pacientes em um hospital público especializado em Oncologia de Manaus, atendidos pelo Programa Melhor em Casa. **Método:** Estudo descritivo e exploratório, utilizando a abordagem quantitativa, com orientação teórico-metodológica da dialética e verificando o número de pacientes em processo de desospitalização que foram atendidos pelo Programa Melhor em Casa. A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro a dezembro em 2024, através dos dados do E-SUS. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática. **Conclusão:** A equipe de saúde deve reconhecer que a eficácia da desospitalização dependerá de ações multiprofissionais e intersetoriais conjuntas e em rede.

**Palavras-chave:** Alta da paciente. Oncologia. Continuidade da assistência ao paciente. Cuidadores.

## **Estágio supervisionado em Unidade de Saúde da Família: um relato de vivência acadêmica**

Autores: Mattos HM, Laura MA, Ribeiro PPD.

Instituição: Centro Universitário FAMETRO.

E-mail: herculesfisio@gmail.com

**Introdução:** A extensão universitária é capaz de promover um vislumbre acerca da futura atuação profissional de acadêmicos da área da saúde, sendo um meio de pôr em prática os ensinamentos muitas vezes adquiridos passivamente dentro da sala de aula. A Unidade de Saúde da Família (USF) veio com o objetivo de reorientar e fundamentar as diretrizes, buscando a resolutividade para as coletividades e promoção da saúde de forma territorializada. **Objetivo:** Descrever a experiência de um estágio acadêmico vivenciado por universitários da área da saúde em um município do Amazonas. **Metodologia:** Trata-se do relato descritivo de um estágio acadêmico extramuro realizado em Manaus, ocorrido no período de maio de 2025 a setembro de 2025. A realização da atividade teve a participação de acadêmicos de Medicina e contou com a aplicação de práticas em saúde direcionadas à atuação individual e coletiva. Tendo como público-alvo os pacientes atendidos por uma USF S-02, os universitários auxiliaram na realização de atendimentos eletivos em suas áreas de atuação e conduziram atividades de educação em saúde, como rodas de conversa, palestras interativas e educação continuada à equipe e visitas domiciliares aos pacientes da USF. **Conclusão:** As práticas e ações em saúde realizadas no período do estágio extramuro proporcionaram uma integração interdisciplinar satisfatória entre os acadêmicos, possibilitando a eles uma vivência apropriada na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Palavras-chave:** Estágio supervisionado. Sistema único de saúde. Estudantes de medicina.

---

## **Cuidados paliativos e vulnerabilidade social: o agente compassivo como ferramenta indispensável para um projeto terapêutico holístico**

Autores: Amaral NA, Scopel J, Rossi P, Cordeiro R.

Instituição: Hospital Municipal Vereador José Storópolli.

E-mail: norma.amaral@hmvjs.spdm.org.br

O caso da senhora E.S., idosa com doença oncológica avançada e dependente, ilustra os desafios dos cuidados paliativos domiciliares em contextos de extrema vulnerabilidade social. Incluída no Programa Melhor em Casa (PMC), a paciente residia com familiares, mas a Rede de Atenção à Saúde (RAS) identificou negligência, maus-tratos e uso de drogas ilícitas por parte do filho. Para enfrentar essa complexidade, foi implementado um Projeto Terapêutico Singular (PTS), incluindo conferência familiar, articulação com RAS e rede psicossocial. No entanto, a tentativa de estabelecer um cuidado seguro em casa fracassou devido à dinâmica familiar disfuncional e violenta. A permanência no hospital até o óbito mostrou-se a única alternativa ética para garantir dignidade e segurança, negadas no seu lar. O caso evidencia o papel fundamental do PMC em parceria com a Unidade Básica de Saúde (UBS) na identificação precoce de vulnerabilidades. Demonstrando a importância da integração entre os serviços de saúde para proporcionar cuidados eficazes e humanizados aos pacientes em seu domicílio, paralelamente destaca o conceito de comunidade compassiva, personificado pela líder comunitária. Seu contato próximo permitiu identificar dimensões da “dor total” – sofrimentos físicos, psicológicos, sociais e espirituais –, que enriqueceram a avaliação para um PTS mais holístico. A experiência reforça que, em situações de alto risco psicossocial, a internação pode ser a conduta mais segura e compassiva. Reafirma-se que o local de cuidado deve ser, acima de tudo, um local seguro e que é indispensável uma atuação intersetorial e em parceria com a comunidade para um cuidado paliativo verdadeiramente holístico.

**Palavras-chave:** Vulnerabilidade. Social. Paliativo.

## **Análise da qualidade de vida do grupo da 3ª idade que reside em instituições de longa permanência no Brasil: uma revisão integrativa da literatura**

Autores: Mattos HM, Laura MA, Ribeiro PPD.  
Instituição: Centro Universitário FAMETRO.  
E-mail: herculesfisio@gmail.com

**Introdução:** Atualmente, o número de instituições de longa permanência para idosos (ILPI) vem aumentando no Brasil, apresentando um grande desafio para os sistemas de saúde pública decorrente do envelhecimento da população, a qual representa uma parcela significativa na sociedade brasileira. **Objetivo:** Este estudo buscou analisar a qualidade de vida do grupo da 3ª idade que reside em ILPI no Brasil. **Metodologia:** O método de pesquisa científica é uma revisão integrativa da literatura que tem por finalidade analisar a qualidade de vida de idosos em instituições de longa permanência. O material foi pesquisado nos últimos cinco anos, período em que realizamos a identificação do problema ou questionamento, o estabelecimento de critérios de inclusão/exclusão de artigos, a definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados e a avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa. A etapa de coleta de dados ocorreu durante o mês de julho de 2025, utilizando a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados e periódicos nas principais plataformas, tais como LILACS, SciELO e Medline. Os critérios inseridos foram: idioma português, publicados no período de 2020-2025. Os estudos mostraram a importância de mudanças efetivas nas ILPI, devendo desenvolver ambientes estimulantes com atividades diversificadas e apropriadas aos perfis dos residentes, com o objetivo de elevar a autonomia, independência e qualidade de vida dos idosos e, conseqüentemente, reduzir os sintomas de depressão e manter as funções cognitivas. **Conclusão:** Diante disso, observa-se a necessidade de investir na melhoria da qualidade de vida dos idosos que residem nas ILPI, a fim de proporcionar integração social, trocas de experiências e independência.

**Palavras-chave:** Idoso. Envelhecimento. Instituição de longa permanência para idosos.

---

## **Mais que cicatrizar: quando o cuidado vai além da ferida**

Autores: Oliveira LM, Fragassi JA, Matos APF, Almeida CS.  
Instituição: Melhor em Casa – Hospital M'Boi Mirim.  
E-mail: psi.liviamariao@gmail.com

Nos cuidados paliativos, especialmente na atenção domiciliar do SUS, equipes multiprofissionais lidam com pacientes em condições de grande fragilidade clínica. Nessas situações, é fundamental evitar a redução do cuidado a aspectos exclusivamente biomédicos, sob o risco de negligenciar valores e sentidos de vida que podem ser decisivos no processo terapêutico. O presente relato descreve o acompanhamento de F.S.R., sexo masculino, 59 anos, com paraplegia há quatro anos após queda de laje (onde estava cuidando de sua horta), dependente para ABVDs e com histórico de infecções urinárias de repetição. Evoluía com sarcopenia importante, múltiplas lesões por pressão e grave limitação de cuidado devido à ausência de suporte contínuo de cuidador e uma frágil rede de suporte. Inicialmente, a equipe mantinha seu foco prioritário no fechamento das lesões, com poucos avanços no quadro clínico. Apresentava-se desmotivado, sem forças físicas em decorrência da sarcopenia para a realização de mudança de decúbito sozinho e com piora das lesões. Em atendimento psicológico individual, emergiu a importância do vínculo com a terra e o cultivo de plantas, aspectos centrais de sua história de vida. Assim, propôs-se a realização de uma horta vertical em seu quarto e pequenos vasos acessíveis em sua mesa, estratégia viabilizada pela equipe e cuidador. A intervenção resultou em melhora do humor, maior engajamento com o plano terapêutico, adesão às orientações de cuidado e fortalecimento dos vínculos familiares. O caso evidencia que integrar a dimensão existencial ao plano terapêutico amplia horizontes de cuidado, favorecendo não apenas o enfrentamento clínico, mas também a dignidade e o protagonismo do paciente. A redescoberta de significados mostrou-se determinante na melhora clínica e emocional, ressaltando a necessidade de escuta qualificada e abordagem integral nos cuidados paliativos domiciliares.

**Palavras-chave:** Atendimento domiciliar. Cuidados paliativos. Sentido de vida.

## E do cuidador, quem cuida?

Autores: Alves FH, Fidencio LS, Rossi PRG.  
Instituição: Hospital Municipal Vereador José Storópolli.  
E-mail: flavio.honorato@hmvjs.spdm.org.br

Relatamos aqui o caso de Creusa (nome fictício), única que nos reportou como responsável pela paciente A. F., acamada, múltiplas comorbidades, totalmente dependente para suas ABVDs. Creusa possuía outros quatro irmãos e tinha seu pai, R.R., nos altos de seus 80 anos, parcialmente dependente. Então, além de A.F., Creusa cuidava sozinha de seus pais, e, às vezes, aos finais de semana, recebia a visita de um irmão ou parente distante. Diante deste cenário, sem ajuda dos irmãos, e com os pais, em razão da senilidade, sem conseguir mais distinguir o que de fato estava acontecendo, Creusa apresentava-se estafada. Creusa gritava por socorro, sua saúde piorava, seu bem-estar não existia, sua rede de apoio era tão frágil quanto a saúde de seus genitores. Mas como a EMAD sabe de tudo isso? É dever da EMAD saber o que acontece com seus pacientes e cuidadores, mas, neste caso, foi além. Creusa gritou, implorou por socorro e, imediatamente, foi amparada por vários de nossa equipe. Quando convocamos a família para uma reunião, a surpresa veio: Creusa era só lágrimas, pois ouviu de seus entes diretos coisas como “mas ela é solteira”, “ela que vive lá”, “é obrigação dela”, “damos suporte, é só ela pedir”. Creusa então nos relatou a verdade nua e crua: ninguém de fato até aquele momento estava preocupado com ela, e sim com os cuidados prestados aos genitores, e, em troca, nem compaixão havia ganho. Creusa foi forte porque, no final, os únicos que lhe estenderam as mãos e ouviram suas lamúrias foram sua nova família, a qual chamava carinhosamente de Anjos em Casa.

Palavras-chave: Cuidador. Socorro. Estafada.

---

## Desmistificando a aplicação de morfina por cuidadores de pacientes em cuidados paliativos

Autores: Coelho L, Lemos V, Uchino M, Teodoro M, Jacobs L, Marini M.  
Instituição: Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso do município do Rio de Janeiro.  
E-mail: liviacoelhogeriatría@gmail.com

Introdução: Desde o final da década de 1990, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) já orientava cuidadores na administração subcutânea de medicamentos, incluindo morfina, em pacientes com câncer avançado. O manual do INCA de 2009 já destacava que a hipodermóclise, técnica de administração subcutânea de fluidos e medicamentos, podia ser facilmente manejada por cuidadores treinados. Apesar disso, ainda existem mitos sobre a viabilidade dessa prática no ambiente domiciliar. Metodologia: Relato de caso de paciente de 78 anos, portador de neoplasia maligna de próstata com metástases ósseas, pulmonares e cerebrais, acompanhado pelo Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI) de um hospital público do Rio de Janeiro. O acompanhamento ocorreu entre fevereiro e maio de 2018, com registro de intervenções clínicas, acompanhamento multiprofissional e participação da família. Resultados: Durante a evolução, o paciente apresentou declínio funcional e cognitivo progressivo, com disfagia e episódios de dispneia e dor. Foi instituída a hipodermóclise para hidratação e administração de morfina subcutânea. A filha do paciente recebeu treinamento da equipe para aplicar tanto doses fixas quanto de resgate, além de registrar horários e possíveis efeitos adversos. O PADI forneceu medicação e insumos, intensificando as visitas domiciliares no período final da vida. O óbito ocorreu em domicílio, conforme plano de cuidados previamente estabelecido, com conforto e presença familiar. A experiência resultou em satisfação da família e consolidação da prática de treinamento de cuidadores para a administração de morfina no PADI. Conclusão: O caso demonstra que a capacitação de cuidadores para a administração de morfina subcutânea é segura, eficaz e humanizadora, desmistificando o medo associado ao uso de opioides no domicílio. Essa prática evita internações desnecessárias, garante o cumprimento do plano de cuidados e fortalece o protagonismo da família.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Atenção domiciliar. Terapia subcutânea. Morfina.

## **SAD e ESF: integração com os ACS e valorização do Programa Melhor em Casa**

Autores: Silva TC, Picolo AF, Silva SRE, Bertolazzi N.  
Instituição: Instituto Nacional de Tecnologia em Saúde.  
E-mail: thabatera@hotmail.com

**Introdução:** O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), no âmbito do Programa Melhor em Casa, é estratégia da Rede de Atenção à Saúde, assegurando continuidade do cuidado, desospitalização segura e suporte multiprofissional a usuários em situação de fragilidade. Contudo, observa-se que, mesmo sendo parte da rede, há pouco conhecimento entre os agentes comunitários de saúde (ACS) sobre critérios de elegibilidade e características do serviço. **Objetivo:** Relatar a experiência de educação permanente realizada pelo SAD Cidade Ademar junto aos ACS de Unidades de Saúde da Família do território, para ampliar a compreensão sobre o cuidado domiciliar. **Descrição da experiência:** Foram desenvolvidas atividades em nove UBS, envolvendo cerca de 270 ACS. Foi utilizada a ferramenta digital Mentimeter com a pergunta: “O que você entende por Serviço de Atenção Domiciliar?”. As respostas, projetadas em nuvem de palavras, favoreceram interação e reflexão coletiva. Em seguida, a equipe do SAD apresentou critérios de elegibilidade, fluxos e potencialidades do cuidado domiciliar, relacionando-os às demandas do território e ao apoio dos ACS para identificação. **Resultados:** A estratégia promoveu engajamento, valorizou percepções dos ACS e possibilitou construção compartilhada de significados. A nuvem de palavras funcionou como espelho da percepção inicial, fortalecendo o vínculo entre APS e SAD. Como desdobramento, houve aumento nas indicações de pacientes e maior número de avaliações encaminhadas pelas UBS, demonstrando maior segurança das equipes sobre o papel do cuidado domiciliar. **Considerações finais:** A experiência mostra que a integração entre serviços da rede, mediada por tecnologias digitais interativas, potencializa processos de educação permanente e valorização do Programa Melhor em Casa. **Palavras-chave:** Agentes comunitários de saúde. Educação permanente. Atenção domiciliar à saúde.

---

## **Promoção de saúde na atenção domiciliar: higiene e estética como estratégia de cuidado**

Autores: Santos CM, Macedo M, Gomes I, Santos T.  
Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar – Pilar/AL.  
E-mail: claudinetemelo@gmail.com

**Introdução:** A Política Nacional de Humanização (PNH) e o Programa Melhor em Casa (PMC) orientam cuidados centrados na integralidade, escuta qualificada e valorização da singularidade do usuário. Na atenção domiciliar (AD), a humanização ganha maior relevância, pois os atendimentos ocorrem no espaço pessoal do paciente, muitas vezes em condições de vulnerabilidade física, emocional e social. Entre os usuários do PMC, é frequente a presença de pessoas com mobilidade reduzida ou dependência funcional, como cadeirantes, que enfrentam dificuldades para atividades básicas, incluindo a higiene dos pés, comprometendo a saúde física, com risco de infecções e lesões, além de afetar a autoestima e o bem-estar. **Objetivo:** Promover a higiene e o cuidado estético dos pés da paciente, fortalecendo autonomia, autoestima e qualidade de vida, prevenindo complicações dermatológicas e riscos de infecção. **Metodologia:** A intervenção foi organizada em quatro etapas: (1) preparação do ambiente e materiais com EPI e insumos adequados; (2) higienização completa dos pés; (3) cuidado estético conforme preferências da paciente; (4) orientações sobre autocuidado, sinais de alerta e entrega de kit de higiene e hidratação. A ação foi realizada em rede, envolvendo articulação multiprofissional e intersetorial para garantir segurança, conforto e atenção integral. **Resultados:** A ação produziu efeitos positivos imediatos: aumento do bem-estar, sensação de valorização e fortalecimento do vínculo com a equipe. Observou-se melhora na condição dos pés e redução do risco de infecções. A paciente demonstrou maior engajamento com autocuidado e fortalecimento da autoestima. A prática antecipou iniciativas nacionais, como o Projeto Lava Pés, reforçando a importância das tecnologias leves, escuta ativa e abordagem multiprofissional na AD. **Conclusão:** Cuidados de higiene e estética, integrados a uma atuação multiprofissional em rede, são ferramentas potentes de promoção de saúde, autonomia e qualidade de vida na AD. **Palavras-chave:** Humanização. Atenção domiciliar. Projeto lava pés.

## **E agora, José? Desafios e perspectivas dos cuidados paliativos na Atenção Primária à Saúde**

Autores: Silva TC, Kinker FS.

Instituição: Universidade Federal de São Paulo / Instituto Nacional de Tecnologia em Saúde.

E-mail: thabatera@hotmail.com

O envelhecimento populacional e o avanço das doenças crônicas não transmissíveis impõem novos desafios à rede de saúde, especialmente no cuidado em fim de vida. A criação da Política Nacional de Cuidados Paliativos (Portaria GM/MS nº 3.681/2024) reforça o papel estratégico da Atenção Primária à Saúde na identificação precoce, acompanhamento e coordenação desses cuidados. Na prática profissional em atenção domiciliar, no âmbito do Programa Melhor em Casa, o contato com pacientes em terminalidade e familiares em luto antecipatório revelou lacunas importantes: dificuldades na comunicação sobre a finitude, ausência de ferramentas sistematizadas para identificação precoce e carência de materiais educativos que integrem aspectos técnicos e subjetivos. A partir dessas vivências, iniciou-se a construção de um projeto de pesquisa no mestrado em Saúde da Família, que já percorreu revisão de literatura, definição metodológica e submissão ao Comitê de Ética. O estudo prevê o uso da análise de conteúdo de Bardin para o tratamento das narrativas, identificando categorias que expressem sentidos atribuídos ao luto antecipatório. O recurso poético do poema “José”, de Carlos Drummond de Andrade, inspira a proposta de um guia narrativo educativo, capaz de traduzir a complexidade do tema em linguagem acessível e sensível. Resultados/Reflexões parciais: Mesmo em fase inicial, a experiência revelou desafios em abordar a morte no cotidiano da APS, resistências em nomear o luto e necessidade de acolhimento dos próprios profissionais. Ressalta-se o potencial do guia narrativo como recurso formativo e de sensibilização. Considerações finais: O processo tem ampliado reflexões sobre o lugar do luto antecipatório na APS e aponta para a importância de fortalecer práticas paliativas que contemplem tanto a dimensão técnica quanto humana do cuidado.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Cuidado paliativo. Atenção domiciliar à saúde.

---

### **Inserção da Política Nacional de Humanização na atenção domiciliar: experiência do projeto HumanizaSAD em Pilar/AL**

Autores: Santos CM, Macedo M, Gomes I, Santos T.

Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar – Pilar/AL.

E-mail: claudinetemelo@gmail.com

Introdução: A atenção domiciliar (AD) integra o SUS, oferecendo cuidado a usuários com mobilidade reduzida ou necessidades clínicas contínuas no domicílio. A abordagem comumente restringe-se ao manejo clínico, desconsiderando dimensões subjetivas e sociais. O projeto HumanizaSAD, fundamentado na Política Nacional de Humanização (PNH), propõe um cuidado ampliado, centrado na pessoa, valorizando a escuta qualificada, fortalecimento de vínculos, autonomia e identidade dos usuários. Objetivo: Promover qualidade de vida e autonomia de usuários do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) por meio de ações humanizadas; identificar necessidades subjetivas e desejos pessoais com uso do prontuário afetivo (PA); planejar vivências significativas baseadas nas histórias de vida; estimular protagonismo e vínculos afetivos; fortalecer a prática de cuidado ampliado entre profissionais e reafirmar os princípios da humanização na AD. Metodologia: Relato de experiência desenvolvido entre 2023 e 2025, com usuários do SAD de Pilar/AL. O PA foi aplicado para identificar histórias, gostos e desejos. As vivências foram planejadas de forma personalizada, contando com transporte adaptado, equipamentos de segurança e articulação intersetorial. Os resultados foram avaliados a partir de relatos de usuários e familiares. Resultados: As intervenções favoreceram reconexão afetiva, social e cultural dos usuários: visitas ao mar, retomada de práticas religiosas, participação em atividades culturais e encontros familiares significativos. Essas experiências fortaleceram vínculos familiares, ampliaram a integração da equipe multiprofissional e favoreceram a corresponsabilização no cuidado, valorizando subjetividade e identidade. Conclusão: O HumanizaSAD demonstrou que a humanização na AD é viável e transformadora, promovendo autonomia, dignidade e qualidade de vida. A experiência reforça que ações alinhadas às histórias de vida dos pacientes ampliam o cuidado e podem ser replicadas em outros contextos, reafirmando os princípios do SUS e da PNH. Palavras-chave: Humanização. Atenção domiciliar. Clínica ampliada.

## Teleconsultas na desospitalização como estratégia de cuidado

Autores: Maçanti MP, Pinto ML, Fonseca TMA, Silva MS.  
Instituição: Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia.  
E-mail: mmacanti@yahoo.com.br

O avanço das tecnologias de informação e comunicação (TICs) amplia possibilidades de cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), oferecendo novos caminhos para a integralidade da atenção. Em 2025, a Área de Atendimento Domiciliar (ADOMI) do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (INTO) implementou as teleconsultas. A proposta foi concebida como estratégia de cuidado para pacientes em pós-operatório residentes em áreas não atendidas pela ADOMI, pela distância ou pela violência urbana que impedem o acesso a esses locais e a permanência neles. Os atendimentos remotos estão integrados aos presenciais na perspectiva da desospitalização. Justifica-se pela inovação do serviço, continuidade da assistência, redução de desigualdades territoriais e de custos de deslocamento. As teleconsultas são realizadas por equipe interdisciplinar: fisioterapeutas orientam exercícios e prevenção de complicações; enfermeiros acompanham dor, sinais de risco e cuidados pós-operatórios; assistentes sociais articulam a rede de proteção e garantem direitos sociais. Residentes da residência multiprofissional do instituto, entre fisioterapeutas, farmacêuticos e nutricionistas, também atendem conjuntamente. De maio – início dos atendimentos remotos – até setembro de 2025, foram contabilizados 153 atendimentos virtuais, realizados de forma compartilhada entre dois e três profissionais de diferentes categorias. Essa experiência destacou a relevância da formação em serviço, da adequação da infraestrutura tecnológica e da organização de fluxos para garantir resolutividade. Assim, as teleconsultas consolidam-se não apenas como recurso tecnológico, mas também como estratégia de cuidado alinhada aos princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade. Ao superar barreiras geográficas e sociais, reafirmam o compromisso com a humanização, a interdisciplinaridade e a garantia de direitos em saúde, configurando-se como modelo sustentável para políticas públicas de longo prazo.

Palavras-chave: Estratégia de cuidado. Teleconsulta. Inovação em saúde. Desospitalização.

---

## Visita pós-óbito como encerramento do cuidado no Programa Melhor em Casa de Pilar/AL

Autores: Santos IGC, Veloso TS, Santos CM, Batista MML.  
Instituição: Programa Melhor em Casa.  
E-mail: izabel\_cavalcante@hotmail.com.br

O Programa Melhor em Casa é uma estratégia do SUS que assegura a continuidade do cuidado no domicílio, com base nos princípios da Lei nº 8.080/1990 e na Política Nacional de Humanização (PNH). Esta experiência descreve a prática da visita pós-óbito desenvolvida pela equipe multiprofissional do programa no município de Pilar/AL, como um gesto de acolhimento e encerramento ético do ciclo de cuidados. A ação consiste em visitar a família do usuário após o falecimento, promovendo escuta sensível, encaminhamentos sociais e/ou para RAS, bem como orientações sobre o período pós-óbito. Durante a visita, a equipe entrega uma carta de condolências, informações sobre direitos sociais e um girassol, símbolo de resiliência e gratidão, representando o encerramento do cuidado e o reconhecimento do vínculo e da trajetória construídos ao longo do acompanhamento. Essa prática tem se mostrado essencial para fortalecer o olhar integral, estendendo o cuidado à família e ao cuidador, que também são protagonistas no processo de atenção domiciliar. Os resultados observados incluem a valorização da humanização, a redução do sofrimento emocional dos familiares e a ampliação do vínculo entre equipe e comunidade. Para os profissionais, o momento representa reflexão, encerramento simbólico e reafirmação dos princípios do SUS. A experiência reforça que o cuidado em saúde deve contemplar a totalidade da existência humana, em todas as fases do processo de viver e morrer, considerando também o luto como parte do processo terapêutico e social.

Palavras-chave: Humanização. Cuidado domiciliar. Luto. Visita pós-óbito. SUS.

## Nutrir o corpo, sustentar o viver: a experiência da nutrição parenteral domiciliar

Autores: Paiva KVER, Matos APF, Souza JAO, Silva RSD, Oliveira LM.

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

E-mail: kverpsaude@gmail.com

Relato de caso: E.L.A., sexo feminino, 46 anos, natural do Maranhão, proveniente de São Paulo, onde reside com a filha e o neto. A paciente ficou internada por 14 meses após episódio de trombose mesentérica, com necessidade de múltiplas abordagens cirúrgicas, evoluindo com síndrome do intestino curto e dependência de nutrição parenteral. A nutrição parenteral domiciliar (NPD) é alternativa para pacientes nesse contexto, permitindo nutrição adequada e continuidade terapêutica fora do hospital. Este trabalho visa destacar o impacto do cuidado domiciliar em uma paciente jovem dependente de NPD. O processo de transição do ambiente hospitalar para o domicílio foi conduzido de forma estruturada e intersetorial, com foco em segurança, continuidade do cuidado, qualidade de vida e respeito aos valores da paciente. Foi realizado o planejamento da desospitalização com suporte domiciliar, por meio do Programa Melhor em Casa (PMC). A primeira etapa consistiu na avaliação multiprofissional das condições clínicas, sociais e estruturais da paciente, considerando a viabilidade do cuidado em domicílio. O acompanhamento incluiu fornecimento de insumos, prescrição ajustada por médico nutrólogo e treinamento dos familiares para o manejo do cateter e da bomba de infusão contínua, a ser realizado preferencialmente à noite para favorecer a mobilidade diurna. O suporte domiciliar envolveu visitas regulares, monitoramento clínico e laboratorial, bem como orientações para prevenção de complicações, garantindo alta segura e manutenção do estado nutricional. Os resultados mostram que, além da estabilidade clínica e do ganho ponderal, o cuidado domiciliar proporcionou melhoria significativa no bem-estar, maior autonomia e fortalecimento dos vínculos familiares. Assim, a NPD domiciliar transcende a dimensão técnica, configurando-se como prática de promoção da dignidade e da qualidade de vida.

Palavras-chave: Nutrição parenteral. Atenção domiciliar. Síndrome do intestino curto. Qualidade de vida. Autonomia.

---

## Oferta alimentar domiciliar em paciente disfágico em cuidados paliativos oncológicos

Autores: Silva JF, Rossi GPC.

Instituição: Santa Casa de São Carlos.

E-mail: silvajuliafelig@gmail.com

O presente trabalho relata uma experiência de oferta alimentar via oral, assistida por equipe interprofissional domiciliar, de paciente disfágico, por causa de neoplasia de laringe, em cuidados paliativos oncológicos. Trata-se de homem de 55 anos, com diagnóstico de carcinoma de células escamosas supraglótico. O paciente fazia uso de sonda nasoenteral devido à disfagia, traqueostomia para permeabilidade de vias aéreas em consequência de obstrução mecânica em razão da tumoração e necessidade de aspiração de vias aéreas. Durante o seguimento, o paciente expressava constantemente o desejo de alimentação via oral pelo prazer gustativo, mesmo diante de possibilidade de broncoaspiração. Foi proposta pela equipe uma oferta assistida junto à família, que providenciaria a alimentação desejada pelo paciente após orientação fonoaudiológica para adaptação de consistência. Foram explicados riscos e finalidade da oferta alimentar de proporcionar conforto e gustação, não nutrição. Foi acordado que a oferta alimentar seria realizada semanalmente no domicílio, durante o almoço. A equipe foi formada por médica, enfermeira, fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista e psicóloga. Antecedendo a oferta alimentar, a equipe passou por revisão de manobras de desengasgo, aspiração de vias aéreas e manobras de ressuscitação cardiopulmonar, a fim de garantir que o processo seria seguro. Durante 5 meses (no período de dezembro/2021 a maio/2022), as ofertas alimentares foram realizadas, totalizando 20 refeições, até que o paciente apresentou um episódio de pneumonia, solicitando que a intervenção fosse interrompida por dispnéia e cansaço com o processo. Fica evidente a relevância científico-social dessa experiência para que o sintoma de disfagia seja amenizado, os desejos do paciente sejam respeitados e esse processo ocorra de maneira segura e confortável para o paciente, a família e a equipe de cuidado domiciliar.

Palavras-chave: Neoplasia. Cuidado paliativo. Disfagia.

## Projeto de implantação do Plano de Cuidado Integrado em serviço de home care

Autores: Almeida FMR, Ribeiro RCM.

Instituição: KZT – Atenção Médica Domiciliar.

E-mail: francielly@kzt.com.br

**Introdução:** O Plano de Cuidado Integrado (PCI) é um instrumento clínico-gerencial multiprofissional que sistematiza a assistência, articulando dimensões clínicas, funcionais e psicossociais em um único plano. No contexto do home care, configura-se como um modelo capaz de favorecer a integralidade do cuidado, a continuidade da assistência, a comunicação interdisciplinar e a segurança do paciente. Sua aplicação possibilita alinhar condutas, reduzir riscos, otimizar recursos e assegurar abordagem centrada no paciente e sua rede de apoio. **Objetivo:** Relatar a proposta de implantação do PCI em um Serviço de Atenção Domiciliar, descrevendo suas etapas estruturais e as expectativas de impacto sobre a prática assistencial e a gestão do cuidado. **Metodologia:** O projeto foi estruturado em fases sequenciais: definição da equipe multiprofissional de referência responsável por desenvolver e validar os instrumentos; elaboração de estrutura padronizada com protocolos e escores clínicos de apoio; realização de projeto-piloto para a validação da metodologia; integração do PCI aos sistemas institucionais de registro; e implantação de uma sistemática de reuniões periódicas para o monitoramento, revisão e aprimoramento contínuo dos planos de cada paciente. **Resultados:** Ainda em curso, os resultados esperados incluem padronização do cuidado, maior rastreabilidade das intervenções, fortalecimento da participação da família no processo decisório, ampliação da adesão às metas terapêuticas pactuadas e melhoria na comunicação entre profissionais. Prevê-se também impacto direto no monitoramento de riscos clínicos e funcionais, com reflexos positivos na qualidade e segurança da assistência. **Conclusão:** A implantação do PCI em um serviço de home care configura-se como experiência estratégica e inovadora, com potencial para consolidar práticas interdisciplinares, fortalecer a gestão assistencial e elevar os padrões de qualidade e segurança no cuidado domiciliar. **Palavras-chave:** Equipe de assistência ao paciente. Serviços de assistência domiciliar. Segurança do paciente. Integralidade em saúde.

---

## Invisível: desafios do trabalho não remunerado realizado por cuidadores familiares

Autor: Santos AH.

Instituição: HC-FMUSP.

E-mail: amandahofacker@gmail.com

**Introdução:** O trabalho não remunerado de cuidadores familiares concentra-se majoritariamente em mulheres e é marcado por invisibilidade social, impacto na saúde física e mental e por limitações de acesso a suporte institucional, configurando-se como um desafio crescente com o envelhecimento populacional. **Objetivo:** Mapear os principais desafios enfrentados por cuidadores familiares não remunerados no Brasil, considerando aspectos de sobrecarga, gênero, condições socioeconômicas e insuficiência de políticas de apoio em atenção domiciliar. **Metodologia:** Revisão narrativa de literatura entre 2015 e 2024, em bases nacionais, como SciELO, BVS e PubMed, e aplicação de questionários junto aos cuidadores familiares, avaliando sobrecarga, qualidade de vida e responsabilização familiar na atenção domiciliar. **Resultados:** A pesquisa aponta elevada sobrecarga física e emocional entre cuidadores, com prevalência de sintomas depressivos e piora da qualidade de vida; impacto econômico pela perda de renda/formalização; concentração do trabalho de cuidado em mulheres, reproduzindo desigualdades de gênero; insuficiência de suporte formal – equipes domiciliares e políticas de apoio ainda são incipientes, gerando responsabilização familiar sem respaldo adequado. Estudos e análises institucionais reforçam a necessidade de reconhecimento e políticas de valorização do trabalho de cuidado. **Conclusão:** Enfrentar os desafios do cuidado não remunerado requer políticas públicas integradas, reconhecimento e suporte (capacitação, descanso remunerado/benefícios, acesso a serviços de apoio), medidas de equidade de gênero e expansão da atenção domiciliar estruturada no SUS. A consolidação de políticas orientadoras se faz urgente para reduzir desigualdades e respaldar cuidadores familiares.

**Palavras-chave:** Cuidador familiar. Desafios no cuidado. Trabalho não remunerado.

## **Avaliação da satisfação dos usuários do Serviço de Atenção Domiciliar: percepção de qualidade e propostas de melhoria contínua da assistência**

Autores: Duarte HHS, Barbosa ARC, Costa WL.

Instituição: Hospital Regional de Mato Grosso do Sul.

E-mail: helly\_heloise@hotmail.com

**Introdução:** A satisfação do usuário é uma percepção concreta quando se refere ao nível de contentamento que uma pessoa tem em relação a um serviço. O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) atuante no município de Campo Grande/MS há quinze anos integra o maior hospital público do estado e passou a ser avaliado pelo Serviço de Atenção ao Usuário (SAU), que é um canal alternativo, desenvolvido pela instituição hospitalar e direcionado ao atendimento do usuário. **Objetivo:** Demonstrar um método de avaliação do usuário que servirá de instrumento para a gestão, trazendo a percepção do público atendido em relação ao atendimento prestado. **Metodologia:** A ferramenta utilizada para a avaliação de satisfação do usuário é a Escala de Likert. O estudo é dividido em cinco graus de satisfação, sendo péssimo, ruim, razoável, bom e ótimo, aplicados às diversas categorias profissionais, considerando uma meta de 80%. **Resultados:** O serviço de pesquisa realizou as avaliações de maio/2023 a junho/2025, totalizando 420 pacientes aptos; no entanto, 292 participaram por contato telefônico, representando um percentual total de 69,5%, uma amostra relevante para o período. Observamos que todas as categorias profissionais obtiveram avaliação superior a 80%, tendo como a melhor categoria avaliada a de técnico de enfermagem (89,3%), seguida de enfermeiro (88,27%), médico (87,9%), fisioterapeuta (82,42%) e terapeuta ocupacional (84,1%), e a menor avaliação foi a do assistente social (80,94%). Quanto à avaliação geral do serviço, obtivemos 88,2%. **Conclusão:** Percebemos que os profissionais envolvidos na assistência direta ao paciente receberam as melhores avaliações. Atribuímos isso ao maior vínculo com esses profissionais, favorecendo bons resultados e qualidade na assistência. **Palavras-chave:** Paciente. Pesquisa. Satisfação.

---

## **Suporte psicoemocional ao cuidador na atenção domiciliar: redução da sobrecarga e eficiência econômica**

Autor: Costa EPA.

Instituição: Cuidar Mais – Serviço de Atenção Domiciliar – Recurso Próprio Unimed Nacional.

E-mail: almeidaelisana@hotmail.com

**Introdução:** O envelhecimento populacional tem aumentado a importância da atenção domiciliar (AD) como modelo estratégico para o cuidado à saúde. Nesse contexto, o cuidador familiar assume papel central, porém enfrenta sobrecarga emocional significativa, o que pode comprometer a efetividade do Plano de Atendimento Domiciliar (PAD). Intervenções tradicionais, por exemplo, as capacitações, são vistas como exaustivas, agravando o estresse e o negligenciamento do autocuidado. **Objetivo:** Relatar a implantação de um espaço de apoio para familiares cuidadores de pacientes assistidos em um serviço de AD em Salvador (BA) e analisar seus impactos na sobrecarga, autocuidado e resultados financeiros. **Método:** Estudo quali-quantitativo com delineamento quase-experimental do tipo antes e depois (N = 24), com a aplicação da Escala Zarit (sobrecarga) e questionário sociodemográfico sobre autocuidado antes e depois da intervenção. O “Programa Cuidando de Quem Cuida” consistiu em quatro encontros quinzenais individuais, conduzidos por psicólogo, com foco em temas emocionais e rede de apoio. Também houve grupos terapêuticos online sem pauta fixa. Dados qualitativos de diário de campo e registros focais foram analisados por conteúdo. **Resultados:** A sobrecarga moderada, medida pela Escala Zarit, caiu de 44,8% para 27,6%. A adoção de autocuidado, como atividade física, subiu de 8,38% para 79,16%, e a busca por profissionais de saúde aumentou de 45,83% para 75%. Além disso, 58% das famílias desmamaram terapias, reduzindo 19,20% do custo total dos pacientes para o serviço. **Conclusão:** O suporte com base na escuta qualificada mostrou-se eficaz, promovendo o autocuidado e segurança do PAD. Investir no bem-estar emocional do cuidador é uma estratégia comprovada de gestão, excelência assistencial e eficiência econômica, recomendando-se sua incorporação em protocolos da AD – inclusive o programa foi ampliado para unidades dos estados de São Paulo e Brasília. **Palavras-chave:** Cuidador familiar. Sobrecarga. Autocuidado. Impacto econômico.

## **Integração Fisioterapia-Terapia Ocupacional na atenção domiciliar: estratégias interdisciplinares para autonomia e qualidade de vida**

Autores: Santos CM, Macedo M, Gomes I, Santos T.  
Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar – Pilar/AL.  
E-mail: claudinetemelo@gmail.com

**Introdução:** A atenção domiciliar (AD) e o Programa Melhor em Casa (PMC) exigem uma atuação multiprofissional capaz de integrar dimensões clínicas, funcionais e subjetivas do cuidado. A colaboração entre Fisioterapia e Terapia Ocupacional (TO) é essencial para avaliar, planejar e executar intervenções que promovem autonomia, funcionalidade e bem-estar, respeitando o contexto de vida do usuário. **Objetivos:** Relatar experiências de integração interdisciplinar no SAD, evidenciando como a atuação entre Fisioterapia e TO potencializa ganhos funcionais, autonomia e desempenho em AVDs. **Demonstrar** a relevância de avaliações compartilhadas, produção de recursos adaptativos, planejamento conjunto e ações de promoção de saúde, destacando impactos positivos na funcionalidade, bem-estar e qualidade de vida dos usuários. **Metodologia:** Relato de experiência com usuários do PMC em Pilar/AL com limitações físicas e funcionais. A equipe multiprofissional realizou avaliação integrada e produziu calçados de baixo custo, órteses e adaptações de dispositivos de apoio. Exercícios de fortalecimento e treino funcional foram implementados para capacitar os pacientes a executar atividades propostas pela TO, como alimentação e autocuidado. A abordagem incluiu experiências fora do domicílio, atividades sensoriais e socialização, promovendo autonomia, engajamento e reconexão afetiva. As ações foram registradas, acompanhadas e ajustadas em perspectiva multiprofissional. **Resultados:** A integração da Fisioterapia com a TO gerou ganhos expressivos em força, mobilidade, funcionalidade e segurança postural. Experiências externas e atividades sensoriais ampliaram o cuidado além do clínico, promovendo bem-estar emocional, autoestima e resgate da identidade do usuário. **Conclusão:** O trabalho interdisciplinar de Fisioterapia e TO na AD demonstra eficácia na promoção de autonomia, funcionalidade e qualidade de vida, evidenciando a necessidade de ambos os profissionais no escopo do PMC, alinhado aos princípios do SUS e da PMH. **Palavras-chave:** Atenção domiciliar. Interdisciplinaridade. Fisioterapia. Terapia ocupacional. Humanização.

---

## **Potencial cicatrizante do óleo de copaíba no tratamento de lesões cutâneas: relato de caso**

Autores: Lopes LRVC, Curcino J.  
Instituição: Secretaria Municipal de São Pedro da Aldeia/RJ.  
E-mail: laisregina10@yahoo.com.br

**Introdução:** A copaíba é uma árvore nativa da Amazônia e de outros biomas brasileiros, reconhecida pelo óleo-resina de propriedades anti-inflamatórias, antimicrobianas e cicatrizantes. As plantas medicinais são comumente utilizadas pela população como uma alternativa mais acessível e de baixo custo em comparação aos tratamentos convencionais, sendo a copaíba um fitoterápico com potencial terapêutico, incluindo, além de aceleração do processo de cicatrização tecidual, a redução da dor e prevenção de infecção local em feridas. **Metodologia:** Estudo descritivo, tipo relato de caso clínico, em uma instituição pública de atendimento domiciliar de São Pedro da Aldeia/RJ. Foi desenvolvido em um paciente acamado com lesões por pressão estágio 3 em região infraescapular direita e em calcâneo esquerdo. **Resultados:** Após a consulta inicial pela equipe de atendimento domiciliar, foi realizado o desbridamento mecânico com retirada manual do tecido de necrose de liquefação da lesão em região infraescapular direita, e a cuidadora foi orientada a realizar limpeza de ambas as feridas diariamente com solução fisiológica 0,9%, aplicação de solução de PHMB por 5 a 10 minutos e aplicação de gaze embebida com óleo de copaíba, havendo a aceleração do processo de cicatrização com o surgimento de tecido de epitelização em 30 dias. O acompanhamento domiciliar foi realizado duas vezes por semana, momento em que se observava o curativo sendo feito pela cuidadora, além de dar orientações e tirar dúvidas. **Conclusão:** O uso do óleo da copaíba mostra-se uma alternativa terapêutica promissora para o tratamento de lesões. Trata-se de um recurso essencial, especialmente para a população de baixa renda, oferecendo bom custo-benefício quando comparado a outros tratamentos convencionais. **Palavras-chave:** Fitoterapia. Cicatrização de feridas. Plantas medicinais.

## **Busca ativa para o Programa Melhor em Casa no contexto hospitalar municipal do SUS – perfil de pacientes e acompanhantes**

Autores: Pinho JL, Teixeira SA, Sena VM.

Instituição: Unidade de Atendimento Domiciliar – SAD Americana/SP.

E-mail: jessicanutri@live.com

O Programa Melhor em Casa (PMC) organiza os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e visa à desospitalização segura, redução de reinternações e assistência multiprofissional. A busca ativa hospitalar configura-se como estratégia fundamental para a identificação precoce de pacientes elegíveis a essa modalidade de cuidado. Este estudo teve como objetivo conhecer o perfil dos usuários avaliados pelo SAD de Americana/SP durante visitas sistemáticas no hospital municipal do município. Trata-se de análise das fichas de avaliação de elegibilidade preenchidas entre maio/2024 e julho/2025, desenvolvidas pelo próprio SAD segundo os critérios do PMC e contexto assistencial local. Contempla variáveis sociodemográficas, diagnósticas, funcionais e clínicas. Foram analisadas 223 fichas de pacientes internados em enfermarias, apresentando equilíbrio entre os sexos (48,9% feminino; 51,1% masculino) e mediana de idade de 76 anos (19-99). Do total, 26,5% residiam em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família. A presença de acompanhante foi majoritária (90,1%), sendo 82,1% de mulheres – geralmente filha, esposa ou contratada. Entre os diagnósticos, prevaleceram doenças neurológicas (20,3%), cardiovasculares (18,4%) e respiratórias (14,6%). Lesões por pressão (LPP) foram identificadas em 39,5% dos pacientes, com maior gravidade em região sacral (65%) e trocantérica (15%). Além disso, 69,5% eram acamados, 41,9% faziam uso de oxigenoterapia, 42,6% estavam com cateter vesical de demora, 58,7% apresentavam alimentação enteral e 19,4% estavam em cuidados paliativos. Este grupo apresentou mais reavaliações hospitalares e óbitos. Foram considerados inelegíveis 41,7% das buscas ativas. A mediana entre internação e busca ativa foi de 8 dias. Os achados reforçam a relevância da busca ativa como ferramenta de processo contínuo de cuidado, subsidiando a gestão municipal, sobretudo em pacientes idosos, crônicos e de alta complexidade clínica.

Palavras-chave: Elegibilidade. Desospitalização. Transição do cuidado.

---

## **Rede de atenção e acompanhamento domiciliar: contribuições do Serviço Social em estudo de caso**

Autores: Dias NM, Jesus BAN.

Instituição: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – HC-FMUSP.

E-mail: nataliamariadias@hotmail.com

O presente estudo de caso sinaliza a atuação do Serviço Social da Enfermaria de Reumatologia do Hospital das Clínicas em articulação com a Rede de Atenção à Saúde do território de Campo Limpo. Trata-se de um paciente jovem, com quadro clínico crônico e necessidade de terapias especializadas após a alta hospitalar e que apresenta condições socioeconômicas e familiares que demandam suporte integral. As intervenções do Serviço Social compreenderam: acolhimento à família; levantamento do contexto socioeconômico; articulação com serviços da rede socioassistencial, como Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Programa de Transferência de Renda; orientações para o acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) para pessoas com deficiência (PcD); e contrarreferenciamento para Unidade Básica de Saúde e serviços especializados. Analisou-se que a efetividade do acompanhamento domiciliar dependeu diretamente da articulação entre os níveis de atenção à saúde, da comunicação intersetorial e do fortalecimento das redes de apoio. Essa intervenção possibilitou a construção de um plano de cuidados compartilhado entre família, equipe multiprofissional e serviços da rede, ampliando as possibilidades de continuidade do cuidado. Conclui-se que o desempenho do Serviço Social, ao integrar políticas públicas nas diferentes esferas da sociedade, é fundamental para reduzir barreiras no processo de alta e fortalecer o acompanhamento domiciliar, favorecendo a integralidade do cuidado e a equidade no acesso aos serviços.

Palavras-chave: Serviço social. Atenção domiciliar. Rede de atenção à saúde. Intersetorialidade.

## **Ferramenta municipal para busca ativa ao Programa Melhor em Casa em pacientes hospitalizados do SUS**

Autores: Pinho JL, Teixeira SA, Sena VM.

Instituição: Unidade de Atendimento Domiciliar – SAD Americana/SP.

E-mail: jessicanutri@live.com

O Programa Melhor em Casa (PMC) organiza a atenção domiciliar segundo níveis de complexidade, direcionando o cuidado a pacientes elegíveis conforme critérios clínicos e funcionais. Considerando a frequência de hospitalizações desses pacientes, o hospital configura-se como local estratégico para integração do cuidado, continuidade assistencial e prevenção de reinternações. Em 2023, o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) de Americana/SP desenvolveu a “Ficha de Busca Ativa”, ferramenta de triagem contextualizada ao município para a aplicação em visitas hospitalares. Estruturada a partir dos critérios do PMC e continuamente aprimorada, ela contempla variáveis clínicas, funcionais e sociais, incluindo: identificação do paciente e acompanhante, diagnósticos, oxigenoterapia, traqueostomia, ventilação mecânica, cateter vesical, medicação parenteral, estomias, lesões por pressão, dieta enteral, cuidados paliativos, cobertura por ESF, condições domiciliares e disponibilidade de cuidador. Também registra previsão de alta (permitindo a organização de capacitações, solicitações de insumos e fluxos de encaminhamento) e desfecho inicial (reavaliação/acompanhamento, não elegível ou somente oxigenoterapia) – com justificativas fundamentadas nos critérios do PMC e respectivos procedimentos subsequentes, especificando a unidade responsável. Possui ainda espaço destinado a orientações ao acompanhante/paciente, como cuidados domiciliares, transporte social e serviços pertinentes à UAD, evitando informações distorcidas e expectativas inconsistentes. É produzida em duas vias, assinadas e arquivadas pela equipe UAD e por representante hospitalar. A experiência demonstrou que a ferramenta favorece a sistematização e agiliza o processo de elegibilidade, facilita a comunicação entre hospital e SAD, otimiza fluxos assistenciais e contribui para a integralidade do cuidado. Ao padronizar a triagem, a “Ficha de Busca Ativa” se consolida como recurso relevante para fortalecer a articulação entre serviços, reduzindo lacunas na transição hospital-domicílio e promovendo maior segurança e humanização no SUS.

Palavras-chave: Elegibilidade. Ferramenta. Programa melhor em casa.

---

## **Desospitalização para antibioticoterapia: análise de custo evitado com uma abordagem centrada no beneficiário no atendimento domiciliar**

Autores: Santos RLB, Oliveira AA.

Instituição: Unimed Federação do Paraná.

E-mail: barankevicz3@hotmail.com

**Introdução:** A desospitalização com antibioticoterapia domiciliar é uma estratégia que deve estar alinhada ao cuidado centrado no beneficiário. O objetivo é fortalecer uma transição segura, com recuperação clínica, individualização do atendimento, com suporte multiprofissional e gerenciamento de saúde, em conjunto com um acolhimento familiar. Deve ser planejada e baseada na qualidade do cuidado, permitindo a humanização da assistência e reduzindo a permanência no hospital, evitando riscos de infecção hospitalar, assim como reinternações. **Metodologia:** Estudo observacional retrospectivo com 73 beneficiários que foram desospitalizados no período de janeiro a junho de 2024, elegíveis para o suporte de atendimento domiciliar para antibioticoterapia. Como base de cálculo, foi utilizada a média diária de uma internação hospitalar, no valor de R\$ 1.210,38, somada à média do antibiótico de R\$ 566,15, em que foi obtido o valor médio (total de R\$ 1.776,53/dia). O custo projetado da internação hospitalar foi comparado ao valor pago para os prestadores no atendimento domiciliar, demonstrando a economia alcançada. **Resultados:** A desospitalização centrada no cuidado do beneficiário corrobora um tratamento eficaz em um ambiente acolhedor, com a redução dos riscos referentes a permanecer hospitalizado. O custo domiciliar representou 20,7% do valor estimado hospitalar, com redução média de 79,3%, visando também à sustentabilidade econômica da operadora. **Conclusão:** A desospitalização com antibioticoterapia domiciliar se estabelece como uma prática segura, centrada no bem-estar do beneficiário e na sua qualidade assistencial, buscando uma experiência personalizada sobre o cuidado prestado e contribuindo para a sustentabilidade financeira da operadora. **Palavras-chave:** Cuidado centrado no beneficiário. Desospitalização. Antibioticoterapia domiciliar. Custo evitado. Sustentabilidade financeira.

## **Impactos da alta e não elegibilidade da fisioterapia domiciliar: hospitalização, reembolso e judicialização em uma operadora de saúde**

Autores: Estacheski IM, Oliveira A.

Instituição: Unimed Federação do Paraná.

E-mail: isabelamarim@hotmail.com

**Introdução:** No contexto da atenção domiciliar, decisões sobre não elegibilidade ou alta da fisioterapia geram dúvidas quanto aos riscos envolvidos. Este estudo surgiu da necessidade de avaliar a associação da alta ou da não elegibilidade a desfechos indesejáveis, como hospitalizações, solicitações de reembolsos ou ações judiciais. A proposta foi analisar esses eventos, buscando embasamento para decisões assistenciais mais seguras e sustentáveis. **Metodologia:** Foram avaliadas solicitações de fisioterapia domiciliar em 2024, divididas em dois grupos: (1) pacientes com pedido negado e (2) pacientes que receberam fisioterapia e evoluíram para alta. Para ambos, analisaram-se hospitalizações em até 90 dias após negativa ou alta, solicitações de reembolso e ações judiciais associadas. **Resultados:** Recepcionados 172 pedidos médicos, dos quais 43 (25%) foram negados. Entre estes, 6 (14%) foram hospitalizados em até 90 dias, todos por razões não relacionadas à ausência da fisioterapia: pneumonia aspirativa em Alzheimer, infecção urinária, abscesso anorretal, epilepsia e cirurgia de coluna. Entre 312 pacientes atendidos, 112 receberam alta e 12 (10,7%) foram hospitalizados em até 90 dias. A maioria das internações não teve relação direta com a alta fisioterapêutica, sendo atribuída a agravos clínicos independentes. Nos casos de DPOC e cardiopatia, observou-se possível relação parcial entre interrupção do cuidado e hospitalização. Foram registrados dois pedidos de reembolso (1,3%) e duas ações judiciais (1,3%) relacionadas à alta ou negativa. **Conclusão:** As hospitalizações analisadas não mostraram relação causal com ausência ou término da fisioterapia domiciliar, indicando critérios assistenciais adequados e baixo impacto judicial e financeiro. Pacientes pneumopatas e cardiopatas podem se beneficiar de protocolos mais prolongados e acompanhamento pós-alta, reforçando a importância da continuidade do cuidado domiciliar.

**Palavras-chave:** Atenção domiciliar. Fisioterapia. Hospitalização. Judicialização.

---

## **Monitoramento remoto e visitas de intercorrência: estratégia para a redução de hospitalizações em atenção domiciliar**

Autores: Rocha AS, Cananeia MFS, Oliveira LFP, Rodrigues NCS, Saraiva RL.

Instituição: Unimed Goiânia.

E-mail: andrearochafisio@gmail.com

**Introdução:** Na atenção domiciliar, monitorar pacientes e sinais de deterioração clínica é crucial. Embora equipes de enfermagem usem sinais vitais e código amarelo, pacientes sob cuidados de cuidadores requerem monitoramento mais sistemático para prevenir hospitalizações e piora clínica. O trabalho objetivou monitorar sinais de deterioração clínica e prover assistência por visitas de intercorrência, evitando hospitalizações desnecessárias ou fornecendo dados para internação efetiva. A estratégia foi otimizada para pacientes em cuidados paliativos. **Metodologia:** Foi utilizada lista de transmissão diária para enviar formulário estruturado. Esse questionário buscava identificar febre, tosse, aumento de secreção, vômitos, diarreia ou perda de consciência. Enfermeiros da escala monitoravam as respostas, identificavam sinais críticos e sinalizavam o enfermeiro gestor de caso. O gestor, em contato com a família, alinhava o sintoma com o quadro clínico e agendava visita médica, se necessário. O médico avaliava a necessidade de hospitalização e iniciava a conduta. Casos paliativos observaram diretivas antecipadas e plano terapêutico. **Resultado:** De maio a setembro de 2025, familiares responderam a mais de 2.320 formulários. Destes, 14% dos casos sintomáticos tiveram visitas agendadas. Os principais sintomas foram aumento de secreção, falta de ar e alteração na cor da urina. Cerca de 80% dos pacientes entrevistados mostraram-se satisfeitos. Foram realizadas 123 visitas de intercorrência, resultando em apenas 23 hospitalizações, sendo os demais casos manejados em domicílio. **Conclusão:** A monitorização diária é efetiva na detecção precoce de deterioração clínica, e a resolução por visitas de intercorrência reduz hospitalizações. Contudo, a adesão familiar caiu após o terceiro mês, com preenchimento focado apenas em pacientes sintomáticos, o que reduziu o volume de respostas, mas aumentou a assertividade.

**Palavras-chave:** Atenção domiciliar. Cuidadores. Perfis de saúde.

# Intercorrências agudas e desfechos clínicos em atendimento domiciliar a pacientes idosos em hospital terciário: um estudo retrospectivo

Autores: Gyori PC, Leonel FC.

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

E-mail: paulacoelho gyori@gmail.com

**Introdução:** O envelhecimento populacional impõe desafios à assistência em saúde, especialmente no cuidado domiciliar de pacientes com comorbidades e limitações funcionais. Nesse cenário, intercorrências clínicas agudas são frequentes e podem demandar intervenções urgentes, impactando desfechos clínicos. O estudo contemplou o período de pandemia e pós-pandemia, em que houve mudanças na dinâmica de percepção e comunicação dos eventos clínicos. **Objetivo:** Determinar o perfil das intercorrências agudas e identificar fatores associados à forma de percepção e aos desfechos clínicos em pacientes idosos acompanhados pelo Núcleo de Atenção Domiciliar Interdisciplinar do HC-FMUSP. **Metodologia:** Estudo retrospectivo observacional com 109 pacientes com 60 anos ou mais atendidos entre janeiro de 2021 e março de 2024, totalizando 591 intercorrências. Coletaram-se dados sobre idade, presença de demência, tipo e forma de percepção da intercorrência (equipe, telefone ou familiar) e desfecho clínico. Aplicaram-se análises descritivas e teste qui-quadrado ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** A idade média foi de 82,5 anos, com 56% de pacientes com demência. As intercorrências mais prevalentes foram infecciosas (29,6%), gastrointestinais (12,5%) e cardiopulmonares (11,3%). Quanto à forma de percepção, predominou o contato telefônico (47,8%), seguido de relato familiar (29,2%) e percepção pela equipe (23,1%). Pacientes com demência apresentaram menor detecção telefônica e maior proporção de relatos familiares ( $p = 0,040$ ). No período pandêmico, observou-se maior participação da equipe na percepção dos eventos e menor contribuição familiar ( $p = 0,004$ ). A maioria das intercorrências resultou em orientações (37,6%) ou reavaliações (33%), enquanto internações (3,7%) e óbitos (3,2%) foram raros. **Conclusão:** As intercorrências agudas em idosos atendidos em domicílio são, em sua maioria, manejadas sem hospitalização. A forma de percepção varia conforme o perfil cognitivo e o contexto assistencial, reforçando a importância de protocolos de triagem e comunicação eficientes.

**Palavras-chave:** Atendimento domiciliar. Geriatria. Intercorrências agudas.

---

## Cuidando em casa: os benefícios físicos, emocionais e sociais da assistência domiciliar

Autor: Santos AH.

Instituição: HC-FMUSP.

E-mail: amandahofacker@gmail.com

**Introdução:** A assistência domiciliar é uma estratégia que amplia o cuidado em saúde, possibilitando acompanhamento contínuo, humanizado e próximo ao ambiente familiar do paciente. Essa modalidade contribui para a integralidade da atenção, redução de internações hospitalares e fortalecimento de vínculos afetivos e sociais. **Objetivo:** Analisar os benefícios físicos, emocionais e sociais da assistência domiciliar em pacientes acompanhados pelo Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI) do HC-FMUSP. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão narrativa da literatura, com levantamento de publicações em bases como SciELO, BVS e PubMed, entre 2015 e 2024, utilizando descritores “atenção domiciliar em saúde”, “serviço social” e “rede de apoio”. Foram incluídos artigos científicos, diretrizes do Ministério da Saúde e estudos sobre práticas multiprofissionais no cuidado domiciliar. **Resultados:** Os estudos indicam benefícios expressivos dessa modalidade de cuidado. Fisicamente, proporciona conforto, segurança, maior adesão ao tratamento e redução de infecções hospitalares. No âmbito emocional, estar em casa favorece bem-estar psicológico, sentimento de pertencimento e fortalecimento de vínculos familiares. Socialmente, a assistência domiciliar promove a integração entre equipe multiprofissional, paciente e comunidade. **Conclusão:** A assistência domiciliar é um instrumento fundamental para promover saúde, autonomia e cidadania, reafirmando princípios éticos e de integralidade do cuidado. A presença do Serviço Social potencializa os impactos positivos dessa prática, contribuindo para uma atenção mais equitativa e humanizada no SUS.

**Palavras-chave:** Assistência domiciliar. Benefícios. Serviço social.

## **O matriciamento como prática transformadora do cuidado no Serviço de Atenção Domiciliar**

Autores: Santana SBS, Macedo MRBS, Souza MLS.

Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar da Prefeitura Municipal de Olindina/BA.

E-mail: simonebeatriz07@gmail.com

O matriciamento é um processo que consiste na articulação entre profissionais de diferentes áreas e níveis de atenção à saúde, favorecendo o compartilhamento de saberes e a construção coletiva do cuidado. No contexto do Programa Melhor em Casa (PMC) do município de Olindina/BA, essa prática mostrou-se um instrumento potente para transformar o cuidado, promover a comunicação entre serviços e fortalecer o vínculo entre os profissionais da rede. A prática descrita iniciou com a elaboração de protocolos, manuais e fluxos de atendimento; em seguida, houve a realização de ações de matriciamento junto à Atenção Primária, CAPS, Centro de Especialidades, Conselho Municipal, Secretaria de Assistência Social, Hospital Municipal e SAMU; por fim, a equipe local passou também a matriciar municípios como Inhambupe, Coração de Maria, Dias D'Ávila, Nova Soure, Poço Verde e Lagarto, ampliando o alcance e o impacto da experiência. Os resultados evidenciaram melhorias significativas tanto para os pacientes e cuidadores quanto para os profissionais. Houve aumento das desospitalizações, maior fluidez na transição de cuidados e fortalecimento do acolhimento entre os usuários e famílias. Entre os profissionais, observou-se aprimoramento técnico, maior integração interdisciplinar, sobretudo em casos complexos e de cuidados paliativos. O matriciamento mostrou-se, portanto, uma estratégia transformadora, que ultrapassa a dimensão técnica e alcança a humanização e a integralidade do cuidado. Conclui-se que é uma prática essencial no PMC, capaz de reduzir a fragmentação do cuidado, otimizar recursos e consolidar redes colaborativas. Sua expansão para outros municípios e serviços representa um caminho promissor para a qualificação da atenção domiciliar e para o fortalecimento da saúde pública baseada em vínculos, responsabilidade mútua e cuidado integral.

Palavras-chave: Matriciamento. Atenção domiciliar. Cuidado integrado.

---

## **Quando o cuidado atravessa fronteiras: articulações do Serviço Social no acompanhamento de paciente imigrante**

Autor: Getaruck KC.

Instituição: HC-FMUSP – NADI.

E-mail: karoline.getaruck@gmail.com

Em agosto de 2025, a paciente E.M.D., 52 anos, natural de Angola e com nacionalidade portuguesa, foi incluída no Serviço de Atenção Domiciliar. Atuava como comerciante autônoma e dependia de doações familiares para permanecer no Brasil, pois não era beneficiária de auxílio previdenciário ou assistencial. Era divorciada e tinha três filhos: o mais velho residia em Portugal e era seu cuidador principal; a filha mais nova estudava no mesmo país; e o filho do meio morava na Suíça com a família. Após prolongado processo de investigação no exterior, o diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica (ELA) foi confirmado no Brasil em 2021. Desde fevereiro de 2025, permanece no país para tratamento, com cuidadora formal e apoio eventual da comunidade da igreja evangélica, estando totalmente dependente para as atividades da vida diária. Não possuía representante legal nem Registro Nacional de Estrangeiro (RNE), sendo necessário regularizar sua permanência no país. O caso evidencia os desafios do cuidado domiciliar a uma pessoa com ELA sem rede familiar próxima. Diante do prognóstico da doença, há urgência na provisão de recursos, e o Serviço Social exerce papel central nesse processo. Foram realizadas orientações ao filho mais velho sobre emissão de procuração, transporte sanitário e regularização documental. Assim, a atuação do Serviço Social é essencial para assegurar a garantia de direitos. Ações como orientação sobre documentação para permanência no país, necessidade de representante legal para seguimento do Serviço de Atenção Domiciliar e organização familiar frente ao prognóstico da doença, realizado junto à equipe multiprofissional, são essenciais para garantir a integralidade do cuidado e a continuidade do tratamento.

Palavras-chave: Atenção domiciliar. Serviço social. Esclerose lateral amiotrófica.

# Transformação digital nos Serviços de Atenção Domiciliar: valor e potência ao Serviço Social

Autores: Araujo EGC, Souza DVS.

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

E-mail: edmundogusttavo@gmail.com

**Introdução:** A atenção domiciliar (AD) é componente estratégico na Rede de Atenção à Saúde. No Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte (SAD-BH), o Serviço Social é peça-chave na articulação da rede e no trabalho com as famílias. Contudo, a ausência de padronização limitava o potencial da categoria e a mensuração de suas intervenções. Foi analisado como a implantação de diretrizes institucionais e de ferramentas de tecnologia de informação e comunicação (TIC) pode qualificar o processo de trabalho. **Objetivo:** Apresentar as estratégias adotadas para o fortalecimento e qualificação da atuação dos assistentes sociais do SAD-BH. **Metodologia:** O método baseou-se na pesquisa-ação e princípios da cogestão, envolvendo a coordenação e os 21 assistentes do SAD-BH. As etapas incluíram: mapeamento de dados, criação de quatro grupos de trabalho e implementação de ferramentas (Google Planilhas e Looker Studio) para registro e monitoramento interativo. **Resultados:** Os produtos foram a criação de dashboards e a elaboração do Guia de Diretrizes do Serviço Social do SAD-BH (em validação). As ferramentas de gestão permitiram um diagnóstico preciso, evidenciando baixo índice de visitas em algumas equipes, o que gerou intervenções estratégicas, como incentivo ao matriciamento. Os resultados demonstram fortalecimento da visão integral do paciente, maior articulação com a rede e reconhecimento da potência e atuação dos assistentes sociais. **Conclusão:** A experiência foi exitosa, pois trouxe benefícios para o serviço, trabalhadores e usuários. A transformação digital, se criticamente apropriada, impulsiona o projeto ético-político do Serviço Social. A experiência do SAD-BH demonstra que as TICs organizam conhecimento, visibilizam o trabalho e apoiam a defesa de direitos, fortalecendo o papel do assistente social na atenção domiciliar.

**Palavras-chave:** Serviços de assistência domiciliar. Assistentes sociais. Tecnologia da informação. Gestão em saúde.

---

## Desafios e estratégias no cuidado domiciliar com cuidadora diagnosticada com transtorno psiquiátrico

Autores: Souza GF, Getaruck KC.

Instituição: HC-FMUSP – NADI.

E-mail: giovanna.fsouza@hc.fm.usp.br

O cuidado domiciliar envolve não apenas o acompanhamento do paciente, mas também atenção às dinâmicas familiares que se reorganizam em torno do adoecimento. Quando o cuidador apresenta diagnóstico psiquiátrico, o cuidado torna-se ainda mais complexo, demandando intervenções que considerem também seu bem-estar. **Descrição do caso:** Idosa solteira e sem filhos, aposentada, residia sozinha em cômodo construído em terreno herdado. Possuía duas irmãs idosas e renda mensal equivalente a  $\frac{3}{4}$  do salário mínimo devido a empréstimo bancário. A paciente, com demência, era totalmente dependente para AVDs e ABVDs. Sua principal cuidadora, uma das irmãs, apresentava condição crônica de saúde mental, afetando humor e comportamento, e relatou ter “parado a vida para cuidar da irmã” (sic). Inicialmente, demonstrou resistência às orientações da equipe. A cuidadora não contava com apoio familiar, visto que um filho se encontrava privado de liberdade e o outro também necessitava de cuidados em saúde mental. Em situação de emergência, não havia familiar disponível para assumir a paciente. As intervenções incluíram o acolhimento com escuta qualificada, sensibilização sobre o papel da atenção domiciliar e a importância do autocuidado, além da articulação de demandas materiais, como fraldas, materiais hospitalares e encaminhamento para o armazém social. Foram adotadas estratégias de manejo da comunicação, incluindo repetição das orientações, linguagem clara e objetiva, priorização das informações essenciais e entrega de instruções por escrito. Essas ações visam promover uma relação mais colaborativa com a cuidadora e fortalecer sua compreensão sobre o cuidado integral à irmã e a si mesma. O trabalho do Serviço Social, aliado à equipe multiprofissional, mostrou-se fundamental para oferecer cuidado contínuo, prevenir agravos e garantir atenção domiciliar de qualidade, respeitando as particularidades de todos os membros da família envolvidos no processo de cuidado.

**Palavras-chave:** Atenção domiciliar. Cuidador. Saúde mental. Psiquiatria.

## **Estratégias para ampliação do acesso ao Serviço de Atenção Domiciliar em Belo Horizonte**

Autores: Araújo EGC, Souza DVS.

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais.

E-mail: edmundogusttavo@gmail.com

**Introdução:** O envelhecimento populacional e o aumento de doenças crônicas impulsionaram a atenção domiciliar (AD) como resposta estratégica de custo-eficácia globalmente. No Brasil, a AD foi consolidada pelo Programa Melhor em Casa. O Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte (SAD-BH) é um caso relevante de implementação e expansão, tendo sua implantação iniciada em 2002. Atualmente, o serviço conta com 24 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMADs) e 8 Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAPs). **Objetivo:** Apresentar as estratégias do SAD-BH para ampliar o acesso à AD e fortalecer a Rede de Atenção à Saúde (RAS) em Belo Horizonte. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa, transversal descritiva, com análise documental de relatórios anuais de gestão da SMSA-BH, no período de 2018 a 2024, e revisão de literatura. **Resultados:** As estratégias focaram na sistematização, incluindo a elaboração dos princípios organizacionais (missão, visão, valores), estruturação de um projeto estratégico e criação do painel de informações estratégicas. Em 2024, houve qualificação de processos, capacitação de 104 profissionais de enfermagem e assinatura de termos de cooperação para otimizar o giro de leitos. A comparação entre 2018 e 2024 demonstrou aumento de 17,9% (14.594) de pessoas acompanhadas e 32,8% (10.625) de novos usuários atendidos. As desospitalizações aumentaram 60% (5.252), fortalecendo o serviço como alternativa à internação hospitalar. **Conclusão:** As estratégias de gestão, baseadas na articulação entre os serviços da RAS, padronização de fluxos e uso de tecnologia da informação, foram eficazes para ampliar o acesso e qualificar a AD. Os resultados positivos posicionam o SAD-BH como referência para o aperfeiçoamento de políticas públicas, reforçando a gestão integrada para a sustentabilidade da AD no Brasil.

**Palavras-chave:** Sistema único de saúde. Serviços de assistência domiciliar. Gestão em saúde. Desospitalização.

---

### **O papel do assistente social no atendimento domiciliar na atenção secundária: estudo de caso em serviço especializado**

Autores: Souza GF, Jurchaks SLHC.

Instituição: Serviço de Atendimento Especializado – Guarapuava/PR.

E-mail: giovanna.fsouza@hc.fm.usp.br

O Serviço de Atendimento Especializado, equipamento integrante da rede de atenção secundária à saúde, atua na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças infectocontagiosas. Os atendimentos domiciliares, além de constituírem um dos principais instrumentos de trabalho do assistente social no serviço, são essenciais para garantir a integralidade do cuidado, possibilitando a aproximação com as condições reais de vida dos usuários, o fortalecimento de vínculos e a promoção da adesão à terapia antirretroviral. A seguir, descreve-se o caso de uma paciente, que demonstra a relevância do atendimento domiciliar realizado pelo Serviço Social na atenção secundária: paciente A, gênero feminino, 44 anos, solteira, beneficiária do seguro-desemprego, residente com a filha e a neta, em imóvel com condições precárias. A paciente foi diagnosticada com HIV avançado após uma internação hospitalar. Além disso, possuía histórico de uso abusivo de substâncias psicoativas. Relatou tentativas de suicídio nos últimos meses. Durante o acompanhamento em saúde, evoluiu com infecção grave do sistema nervoso central, que resultou em uma reinternação. Após a alta, retornou ao domicílio com fragilidade clínico-funcional, sendo necessária a realização de atendimentos domiciliares. Além da avaliação social, as intervenções do Serviço Social incluíram a identificação dos fatores que dificultavam o seguimento da proposta terapêutica e a promoção de sua adesão. Em discussão com a rede de referência, foi articulada a participação da ACS para o auxílio na tomada assistida da medicação, além do aumento da frequência dos atendimentos multiprofissionais especializados. A paciente segue em acompanhamento longitudinal. O caso apresentado evidencia a relevância do atendimento domiciliar na atenção secundária, destacando o papel do Serviço Social, que contribui para a proteção de direitos de pacientes com condições crônicas.

**Palavras-chave:** Serviço social. Rede de atenção. HIV. Atendimento domiciliar.

## **Atenção domiciliar como cenário de aprendizagem: relato de estágio no Programa Melhor em Casa**

Autores: Santana SBS, Silva IS.

Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar da Prefeitura Municipal de Olindina/BA.

E-mail: simonebeatriz07@gmail.com

A experiência de estágio extracurricular no Programa Melhor em Casa, realizada por uma estudante de Medicina, proporcionou uma imersão prática e reflexiva no modelo de atenção domiciliar oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A vivência possibilitou o conhecimento dos principais protocolos clínicos adotados pela equipe multiprofissional, assim como a compreensão do funcionamento do serviço, desde os critérios de elegibilidade dos pacientes até a organização das visitas domiciliares. A base do programa, local onde a equipe se reúne diariamente, configurou-se como espaço fundamental para o planejamento das ações, discussão de casos e fortalecimento da articulação multiprofissional. O estágio permitiu o acompanhamento da médica da equipe, além da atuação de enfermeiras, fisioterapeutas, nutricionista e assistente social. Essa convivência favoreceu uma compreensão ampliada sobre o cuidado no domicílio, destacando a importância da escuta ativa, da humanização e do trabalho colaborativo. Para além da observação, a estudante teve a oportunidade de participar das discussões clínicas e refletir sobre condutas adaptadas às realidades individuais dos pacientes e suas famílias. A vivência demonstrou-se enriquecedora por integrar teoria e prática, promovendo o desenvolvimento de habilidades clínicas, comunicativas e éticas. Além disso, evidenciou o papel estratégico do Programa Melhor em Casa como alternativa segura de desospitalização e de fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde. Dessa forma, o estágio contribuiu de maneira significativa para a formação médica, reforçando a importância do cuidado centrado na pessoa e da atuação em equipe na promoção da saúde em territórios diversos.

Palavras-chave: Atenção domiciliar. Formação em serviço. Humanização.

---

## **O Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte: percepções de gestores e desafios da integração**

Autores: Araujo EGC, Silva KR, Silva PL, Souza DVS.

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais.

E-mail: edmundogusttavo@gmail.com

Introdução: A atenção domiciliar (AD) emerge como eixo estratégico do SUS diante do envelhecimento populacional e da cronicidade das doenças, promovendo cuidado humanizado e eficiente. O Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte (SAD-BH) é uma experiência consolidada, com resultados importantes em desospitalização, “desupalização” e otimização de recursos. Objetivos: Analisar a atuação do SAD-BH e sua articulação com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sob a percepção de profissionais atuantes na gestão da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte. Metodologia: Estudo de caso, qualitativo-descritivo. Foram realizadas 25 entrevistas com gestores, com dados submetidos à análise de conteúdo e amostra definida por meio da saturação de dados. Resultados: O SAD-BH é reconhecido como um “nó de transição tecnológica”, fundamental para a RAS, gerando valor significativo, como economia de R\$ 4 milhões e liberação equivalente a 47 leitos de UTI em 2024. Contudo, seu potencial é condicional à superação da fragmentação sistêmica, evidenciada por uma “governança paradoxal” e pela dependência de uma “rede invisível” de articulações informais dos profissionais. Essa resiliência informal, embora potente, expõe falhas logísticas e compromete o “valor temporal” do cuidado. A pesquisa gerou um e-book para a população, um e-book para os profissionais (com diretrizes e fluxos) e uma matriz SWOT para os gestores da AD. Conclusão: O fortalecimento da AD exige a transformação da resiliência informal em propriedade sistêmica, através da profissionalização da gestão, padronização de processos e criação de mecanismos formais de colaboração. O trabalho destaca a urgência em valorizar a capacidade adaptativa dos profissionais e a construção coletiva de redes integradas, alinhadas à Política Nacional de Humanização.

Palavras-chave: Serviços de assistência domiciliar. Saúde pública. Gestão em saúde.

## **A Enfermagem na assistência domiciliar em ortopedia: continuidade do cuidado ao paciente pós-cirúrgico**

Autor: Alves MBS.

Instituição: Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia – INTO.

E-mail: marcellealves827@gmail.com

A assistência domiciliar (AD), quando integrada ao protocolo de cuidado hospitalar pós-cirúrgico, configura-se como um componente essencial para assegurar a continuidade do tratamento e obter um desfecho pós-operatório satisfatório, contribuindo, assim, para a redução das taxas de reinternações hospitalares. Este relato de experiência tem como objetivo descrever a importância da atuação do enfermeiro no setor de AD de um hospital de referência em ortopedia (ADOMI/ INTO). A abordagem inicial à beira-leito, realizada previamente à desospitalização, é fundamental para estabelecer o vínculo profissional-paciente/familiar e é um fator imprescindível para favorecer a adesão ao plano terapêutico domiciliar. As intervenções de enfermagem no domicílio incluem: avaliação clínica e ambiental detalhada; acompanhamento, avaliação e manejo de feridas operatórias; controle da dor; educação em saúde, focada em elevar o letramento do paciente sobre sua condição de saúde e autocuidado e sobre o protocolo de reabilitação. O atendimento especializado de enfermagem garante o monitoramento proativo de complicações e aplicação da intervenção imediata. No entanto, existem desafios concretos, como a estrutura física inadequada das residências, a insuficiência ou fragilidade do suporte familiar e o baixo nível de escolaridade, que impactam a compreensão das orientações de saúde. Um obstáculo crítico é o paciente residir em área de risco social, inviabilizando a visita presencial segura. Nesses casos, a teleconsulta é adotada como estratégia de assegurar a continuidade do atendimento, com o monitoramento contínuo, a prestação da assistência e orientações à distância. Essa experiência confirma a relevância da AD como instrumento para a humanização na etapa de recuperação e a importância do profissional enfermeiro como ponto-chave desse processo.

Palavras-chave: Assistência domiciliar. Enfermagem. Cuidados pós-operatórios. Ortopedia. Teleconsulta.

---

## **Desospitalização e cuidados paliativos domiciliares**

Autores: Lopes FS, Alves AMT, Afonso CA.

Instituição: Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP).

E-mail: fer\_slopes@hotmail.com

Introdução: A desospitalização de pacientes em cuidados paliativos é um desafio complexo que envolve planejamento multidisciplinar, capacitação familiar e interface entre as equipes de assistência hospitalar e domiciliar. Objetivo: Descrever a experiência de desospitalização de um paciente em cuidados paliativos, com foco na qualidade de vida, manejo de sintomas e tomada de decisão para o final de vida. Relato do caso: Paciente M.F.B., 67 anos, CEC de assoalho bucal, casado, aposentado, com dez filhos e rede familiar composta pela esposa e duas filhas. Apresentava quadro de emagrecimento, traqueostomia com necessidade de aspirações frequentes, alimentação e medicações via gastrostomia. Internado em hospice intra-hospitalar, expressou desejo de desospitalização e óbito domiciliar, com concordância da família. Foram providenciados equipamentos e treinamento familiar. O paciente residia em apartamento no 4º andar, com acesso por escadas. O Serviço Social articulou atendimento domiciliar contínuo via EMAD. Após a desospitalização, a família relatou melhora na qualidade de vida, com a possibilidade de pequenas atividades externas. O paciente reinternou no hospice devido à dificuldade no manejo de sintomas. Apesar do desejo de óbito domiciliar, o caso evidenciou algumas limitações do ambiente domiciliar, reforçando a importância da integração entre equipe hospitalar e domiciliar. Discussão: Este caso destaca importantes desafios, como a necessidade de planejamento multidisciplinar e capacitação familiar, a importância da interface entre equipes hospitalares e domiciliares, o reconhecimento das limitações e possibilidades do ambiente domiciliar para o manejo de sintomas e a relevância do alinhamento contínuo com familiares. Conclusão: A desospitalização de pacientes em cuidados paliativos é viável e pode melhorar a qualidade de vida, desde que haja suporte familiar capacitado, articulação com equipes domiciliares e prontidão para o retorno hospitalar quando necessário, garantindo cuidado seguro e humanizado.

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

## **Cuidado centrado na pessoa vítima de violência doméstica: experiência na atenção domiciliar**

Autores: Jesus SR, Conde AIR, Santos LLC, Telmo RAS, Souza R.

Instituição: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

E-mail: samyreis2001@yahoo.com.br

A violência doméstica representa um grave problema de saúde pública no Brasil, com mais de 245 mil vítimas em 2023. O cuidado centrado na pessoa (CCP) surge como uma estratégia fundamental, focando nas preferências e necessidades individuais do paciente, em vez de se limitar à patologia. Este relato de experiência descreve como uma equipe do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI) utilizou o CCP no acompanhamento de uma jovem vítima de violência. O caso envolveu D.S.F., de 28 anos, mãe de dois filhos, que sofreu múltiplas e graves lesões após ser atropelada pelo namorado. Ela apresentou fratura pélvica em livro aberto, parada cardíaca, e necessitou de procedimentos complexos, como colostomia e sondagem vesical. Na avaliação domiciliar, D.S.F. estava completamente dependente para as atividades de vida diária (Barthel 15), manifestava sinais de estresse pós-traumático e não aceitou o atendimento da enfermagem, solicitando prioridade no acompanhamento psicológico. Diante da resistência da paciente, os profissionais reavaliaram a abordagem. Adotando integralmente o princípio do CCP, elaboraram um Plano Terapêutico Singular (PTS) em colaboração direta com D.S.F. Para estabelecer vínculo de confiança e garantir o conforto da vítima, foi designada uma equipe fixa, composta exclusivamente por mulheres. O plano incluía visitas semanais de enfermeira, psicóloga e terapeuta ocupacional, além de visitas bissemanais de fisioterapeuta. Em dois meses de intervenção, as lesões de D.S.F. cicatrizaram, e ela recuperou considerável independência funcional, atingindo um escore de 80 no Barthel. Esse avanço foi decisivo e possibilitará que D.S.F. siga para as próximas etapas de sua reabilitação, que incluem cirurgias reconstrutivas e reparadoras. A experiência demonstrou que, para além da dimensão estritamente clínica, o acolhimento, a escuta ativa e a personalização do cuidado mostraram-se essenciais para a reabilitação.

Palavras-chave: Cuidado centrado na pessoa. Violência doméstica. Tentativa de feminicídio. Atenção domiciliar.

---

**RESUMOS: APRESENTAÇÕES  
ORAIS**

---

## **Experiência de criação de um protocolo de risco de suicídio em Serviço de Atenção Domiciliar do SUS**

Autores: Oliveira LM, Vilela LS.

Instituição: Melhor em Casa Hospital M'Boi Mirim.

E-mail: psi.liviamario@gmail.com

O Programa Melhor em Casa é uma iniciativa do SUS que oferece cuidados no domicílio do paciente, proporcionando o tratamento em um ambiente familiar, favorecendo a recuperação, promovendo um atendimento mais humanizado e contribuindo para o uso mais eficiente dos recursos da rede pública de saúde. O serviço em questão está localizado na periferia da zona sul da cidade de São Paulo, onde foi notado um aumento significativo dos casos de ideação suicida e tentativas de autoextermínio em pacientes egressos do hospital de referência e/ou em pacientes e familiares acompanhados pelo programa. Assim, foi idealizada a construção de um protocolo de risco de suicídio para maior vazão e direcionamento dos casos. A construção do protocolo se resumiu em quatro etapas: pesquisa de referências bibliográficas e mapeamento da rede de saúde da região; levantamentos de dados de pacientes em risco e/ou com histórico de tentativa de autoextermínio; mapeamento, sensibilização e capacitação da equipe em relação ao tema; e construção do protocolo. O protocolo é segmentado em três eixos: rastreio do risco de suicídio; avaliação do risco de suicídio (alto, moderado e baixo) e intervenção; e posvenção. Foi percebido que, pela alta vulnerabilidade, ocorre um sofrimento social que se intensificava com a marginalização e invisibilidade dos sujeitos. Com a implantação do protocolo, evidenciou-se que intervenções voltadas ao fortalecimento das redes de suporte e ao apoio comunitário acarretaram a diminuição das ideações, com a retomada do sentido e possibilidade de vida. Assim, foi realizado um longo trabalho de acompanhamento psicológico com o objetivo de resgatar os direitos básicos através de políticas públicas/ONGs que ofereciam a reinserção na sociedade, seja através do trabalho, das atividades ou da retomada dos estudos.

Palavras-chave: Risco de suicídio. Protocolo. Atenção domiciliar.

---

## **Atuação do Serviço Social na transição do cuidado hospitalar para o domiciliar: estudo de caso**

Autores: Jesus BAN, Dias NM.

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

E-mail: bianca.n@hc.fm.usp.br

O presente trabalho relata a experiência de atuação do Serviço Social na articulação entre atenção hospitalar e atenção domiciliar, enfatizando a relevância da intervenção profissional para a continuidade do cuidado. Trata-se do caso de uma mulher de 51 anos, internada na Enfermaria de Neurologia após acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico. A paciente é residente em São Paulo, casada e mãe de adolescente com transtorno do espectro autista (TEA). Até o adoecimento, exercia atividade formal, sendo provedora principal do núcleo familiar, enquanto o cônjuge se dedicava integralmente ao cuidado do filho. A função de cuidado, antes direcionada somente ao filho, ampliou-se com a dependência da esposa, intensificando a sobrecarga do companheiro. Diante desse novo contexto, foi compreendida a necessidade de apoio para o suporte do cuidado em domicílio. Sendo a paciente elegível, foi encaminhada ao Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI) e habilitada para o auxílio por incapacidade temporária. Foi orientada quanto à solicitação do benefício, a fim de garantir renda para a manutenção da família. O Serviço Social, por meio de ações conjuntas entre as profissionais da unidade de internação e da atenção domiciliar, garantiu orientações efetivas à família, o que possibilitou uma desospitalização segura e abreviou o tempo de inclusão da paciente no Programa de Atenção Domiciliar. O estudo evidencia que as atuações concomitantes às articulações intersetoriais, as orientações qualificadas e as providências efetivas configuram uma gestão integrada de recursos, voltada à obtenção de melhores resultados e à garantia da continuidade do cuidado no território.

Palavras-chave: Serviço social. Atenção domiciliar. Cuidado. Direitos sociais.

## **Cuidados paliativos na atenção domiciliar: desmistificando o mito da redução do tempo de vida**

Autores: Coelho LP, Santos PAP, Galamba TCC, Silva MS, Boa MF.

Instituição: Pionnier Atenção Domiciliar.

E-mail: liviacoelho geriatria@gmail.com

**Introdução:** Um dos mitos mais frequentes acerca dos cuidados paliativos é a ideia de que sua aceitação estaria associada à redução do tempo de vida, como se significasse acelerar a morte. Na prática clínica, porém, observa-se que a abordagem paliativa, ao priorizar cuidado integral e alinhamento de expectativas, pode favorecer maior controle de sintomas e permanência no domicílio. **Metodologia:** Foram analisados dados de 462 pacientes com indicação de cuidados paliativos, identificados pelo SPICT-BR e acompanhados pela Pionnier, no período de 01/01/2025 a 30/06/2025, em abrangência nacional. Destes, 37 pacientes (ou seus familiares) consentiram e foram incluídos no Programa de Cuidados Paliativos (PCP). Foram comparados indicadores de tempo médio de assistência domiciliar (dias), taxa de internação e local de óbito entre os pacientes acompanhados pelo PCP e aqueles sem acompanhamento específico. **Resultados:** O tempo médio de assistência domiciliar no grupo acompanhado pelo PCP foi de 354 dias, superior aos 269 dias do grupo sem o PCP. A taxa de internação foi levemente menor entre os acompanhados (24,32%) em comparação aos não acompanhados (26,12%). Dos pacientes que evoluíram a óbito no período (40, dos quais 14 no grupo acompanhado e 26 no grupo sem acompanhamento), a proporção de óbitos domiciliares no grupo acompanhado foi de 64,29%, contra 26,92% do grupo não acompanhado. **Conclusão:** Os dados sugerem que a adesão aos cuidados paliativos não reduz o tempo de vida, mas se associa a maior tempo de acompanhamento, menos internações e maior possibilidade de óbito domiciliar. Esses resultados reforçam a necessidade de desconstruir o mito de que aceitar cuidados paliativos significa morrer mais rápido, validando-os como prática ativa e qualificada de cuidado em atenção domiciliar.

**Palavras-chave:** Cuidados paliativos. Atenção domiciliar. Tempo médio de assistência.

---

## **Análise do perfil epidemiológico e estratificação de risco clínico dos pacientes do SAD para reformulação do modelo assistencial, garantindo cuidado centrado no paciente e sustentabilidade**

Autores: Almeida GFF, Marcussi JP.

Instituição: Unimed Franca - Serviço de Assistência Domiciliar da Unimed Franca – UNILAR.

E-mail: gisferreira@uol.com.br

**Introdução:** O envelhecimento da população brasileira, com o aumento de pessoas acima de 60 anos, traz desafios para o sistema de saúde e destaca a necessidade de modelos assistenciais sustentáveis. **Objetivo:** Caracterizar o perfil epidemiológico e estratificar o risco clínico dos pacientes do Serviço de Assistência Domiciliar (SAD) da Unimed Franca, visando à reformulação do modelo de cuidado centrado no paciente. **Metodologia:** Estudo quantitativo, com análise de idade, índice de comorbidade de Charlson, funcionalidade (ECOG), risco de queda (Morse), risco de lesão por pressão (Braden) e predição de mortalidade. **Resultados:** Predominância de pacientes idosos, especialmente entre 71 e 90 anos, sendo 83% acima de 60 anos, o que reflete o cenário nacional de envelhecimento e multimorbidades. Observou-se comprometimento funcional, com predominância de ECOG 2 a 3, além de altos índices de risco de queda e lesões por pressão. A análise de Charlson indicou alta carga de comorbidades, com mortalidade predita de até 52%, destacando a necessidade de cuidados paliativos e planos personalizados. A estratificação classificou os pacientes em três grupos de risco (muito alto, alto e baixo), orientando a alocação de recursos, visitas domiciliares e telemonitoramento. O estudo destaca que ferramentas de estratificação ajudam na prevenção de agravos, redução de internações, fortalecimento do autocuidado e melhor organização da equipe multidisciplinar. **Conclusão:** O conhecimento do perfil epidemiológico e dos riscos clínicos é fundamental para a gestão eficiente e sustentável do SAD, garantindo cuidado integral e centrado no paciente, alinhado à sustentabilidade do sistema de saúde.

**Palavras-chave:** Assistência domiciliar. Charlson. ECOG. Cuidados paliativos. Risco clínico. Estratificação assistencial. Atenção primária à saúde.

## **Prontuário afetivo: estratégia para a humanização do cuidado no Programa Melhor em Casa**

Autor: Santana SBS.

Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar da Prefeitura Municipal de Olindina/BA.

E-mail: simonebeatriz07@gmail.com

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), por meio do Programa Melhor em Casa (PMC), tem como propósito oferecer assistência segura, resolutiva e humanizada no domicílio, reduzindo a necessidade de internações hospitalares e promovendo o cuidado integral no ambiente familiar. Com base nessa perspectiva, o prontuário afetivo (PA) foi implementado em Olindina (BA) como instrumento complementar ao prontuário médico tradicional, voltado à valorização da singularidade e dos vínculos afetivos dos usuários. O PA reúne informações sobre gostos, crenças, lembranças e motivações, possibilitando uma assistência mais empática, acolhedora e personalizada. A metodologia consistiu na criação de um questionário ilustrado aplicado pela equipe multiprofissional, podendo ser preenchido pelo próprio usuário ou cuidador. Durante o processo, imagens, colagens e cores são utilizadas como recursos expressivos, promovendo também práticas de arteterapia e musicoterapia. A experiência teve início em setembro de 2024, sendo aplicada inicialmente em uma paciente em cuidados paliativos. Desde então, tornou-se prática frequente no SAD, integrando-se às rotinas assistenciais. Os resultados demonstraram maior vínculo entre equipe, paciente e família; melhora na adesão ao cuidado; alívio de sintomas físicos e emocionais; e fortalecimento da empatia nas relações de trabalho. O PA também potencializou outras ações exitosas do PMC, como a alta em grande estilo, ao permitir personalizações simbólicas conforme as preferências do usuário. Conclui-se que o PA é uma ferramenta inovadora, de baixo custo e alto impacto, capaz de humanizar a atenção domiciliar, estimular o autoconhecimento e aprimorar a comunicação entre profissionais e cuidadores. Sua replicação é altamente recomendada por contribuir significativamente para a qualidade de vida e o bem-estar dos usuários assistidos no domicílio. Palavras-chave: Humanização da assistência. Atenção domiciliar. Prontuário afetivo.

---

## **Desospitalização pediátrica segura sem judicialização: articulação intermunicipal entre Serviços de Atenção Domiciliar**

Autores: Costa RS, Pinto MM.

Instituição: Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso.

E-mail: tdrcoستا@gmail.com

A desospitalização de pacientes pediátricos dependentes de tecnologias de suporte à vida representa um desafio crescente na atenção domiciliar. Esse processo exige planejamento multiprofissional, disponibilidade de equipamentos específicos e, muitas vezes, depende de judicialização para viabilizar recursos, o que prolonga a internação e expõe o paciente a riscos adicionais. C.M.G.W.S., de sete meses, com encefalopatia espástica crônica, dependente de ventilação não invasiva (BIPAP) e oxigenoterapia, permaneceu cerca de cinco meses internada em hospitais dos municípios de Nova Iguaçu e Volta Redonda. Sua alta hospitalar demandava estrutura domiciliar complexa, e a via judicial poderia atrasar a desospitalização. Para garantir a transição em tempo oportuno, foi articulada parceria entre o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de Volta Redonda e o SAD/PADI do Rio de Janeiro. A equipe de Volta Redonda realizou avaliação intra-hospitalar detalhada, fornecendo informações clínicas essenciais e realizando visitas adicionais para esclarecer parâmetros técnicos. Esse processo subsidiou o planejamento do cuidado domiciliar e a organização prévia dos equipamentos necessários. Graças à cooperação entre os serviços, a paciente pôde retornar ao domicílio em condições seguras, com continuidade assistencial garantida e acompanhamento multiprofissional, sem necessidade de judicialização. Essa experiência evidencia que a articulação intermunicipal entre SADs é estratégica para a resolutividade em situações complexas. A integração entre equipes, a comunicação ágil e a gestão compartilhada mostraram-se recursos fundamentais para assegurar segurança, humanização e dignidade na desospitalização pediátrica. O modelo pode servir de referência para outros municípios, fortalecendo a rede de atenção domiciliar.

Palavras-chave: Desospitalização. Judicialização. Pediatria. Articulação intermunicipal.

## Desospitalização de recém-nascidos com sífilis congênita e assistência domiciliar na otimização de leitos hospitalares

Autores: Duarte HHS, Barbosa ARC.

Instituição: Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (SAD/HRMS).

E-mail: helly\_heloise@hotmail.com

**Introdução:** A sífilis é um importante agravo em saúde pública, pois, além de ser infectocontagiosa, pode acometer o organismo de maneira severa quando não tratada, podendo evoluir para uma enfermidade crônica, com sequelas irreversíveis a longo prazo. É uma infecção epidemiológica de caráter sistêmico, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, transmitida predominantemente por via sexual e vertical. A infecção do recém-nascido a partir da mãe é denominada sífilis congênita, com necessidade de tratamento com antibióticos, prolongando a permanência da internação hospitalar. **Objetivo:** Demonstrar uma estratégia de tratamento visando à continuidade da assistência no ambiente domiciliar e ao impacto financeiro referente aos leitos economizados para realização de antibioticoterapia. **Metodologia:** Análise quantitativa referente aos atendimentos de recém-nascidos desospitalizados. O estudo é composto por algumas variáveis, como origem das solicitações, sexo, dias de tratamento, média de permanência e valores economizados. **Resultados:** Os atendimentos são referentes ao período de março a setembro de 2025 e foram analisados 29 pacientes, apresentando variáveis como provenientes de outros hospitais (79%), demanda interna (21%), sexo feminino (62%), sexo masculino (38%), tempo de permanência total (187 dias) e média de permanência (6 dias), resultando em uma economia de R\$ 403.033,62 em leitos hospitalares de unidades intermediárias, considerando a diária de R\$ 2.155,26. **Conclusão:** O Serviço de Atenção Domiciliar é eficaz para a desospitalização segura de pacientes que necessitam de antibioticoterapia parenteral e não requerem mais cuidados hospitalares contínuos, sendo uma ferramenta de gestão eficiente de leitos hospitalares e economia de recursos públicos. **Palavras-chave:** Antibioticoterapia. Desospitalização. Domiciliar. Economia.

---

## Imagens que cuidam: o uso de pictogramas para ampliar compreensão e segurança no cuidado domiciliar

Autores: Rangel CS, Nogueira MP, Costa PB, Carneiro ACR, Guarilha BMR.

Instituição: Programa Melhor em Casa - Teresópolis/RJ.

E-mail: crisedlmaier@hotmail.com

**Introdução:** Na atenção domiciliar (AD), persiste o mito de que a segurança terapêutica depende do hospital e de cuidadores com alto letramento. Contudo, muitos cuidadores familiares apresentam dificuldades de leitura ou compreensão. Nesse cenário, estratégias visuais, como pictogramas, podem superar barreiras, favorecer adesão e ampliar a segurança do cuidado. **Objetivo:** Relatar a experiência do Programa Melhor em Casa (PMC) de Teresópolis/RJ na implementação de pictogramas para apoiar o cuidador de paciente com insuficiência cardíaca, destacando seu papel na desconstrução de mitos sobre a AD. **Metodologia:** Relato de experiência em AD2 com paciente idosa portadora de insuficiência cardíaca e cuidador principal com baixo letramento funcional. Diante da dificuldade de compreender o regime terapêutico, a equipe multiprofissional elaborou, de forma participativa, pictogramas representando horários e vias de medicamentos, restrição de líquidos, elevação de membros, sinais de alerta (dispneia, edema) e fluxos de contato com a equipe e a atenção primária. **Relato/Discussão:** Após a implementação, houve maior adesão medicamentosa, redução de erros de dose/horário e aumento da confiança do cuidador. O material visual criou linguagem comum entre equipe e família, qualificando o cuidado domiciliar como seguro e factível. A experiência demonstrou que a baixa escolaridade não inviabiliza o manejo terapêutico em casa, desde que sejam utilizadas ferramentas comunicacionais acessíveis. Os pictogramas configuraram-se como tecnologia leve, de baixo custo e alto impacto, fortalecendo atributos da APS como integralidade, equidade e coordenação, além de desconstruir o mito hospitalocêntrico. **Conclusão:** O uso de pictogramas mostrou-se estratégia simples e replicável para promover adesão, corresponsabilização e segurança em insuficiência cardíaca. Recomenda-se sua incorporação rotineira nos serviços de AD, sobretudo quando houver barreiras de letramento ou de compreensão dos cuidadores. **Palavras-chave:** Pictogramas. Atenção domiciliar à saúde. Segurança do paciente. Letramento em saúde. Crenças.

## **Atenção domiciliar na síndrome de Fournier: relato de experiência com o Programa Melhor em Casa de um hospital municipal em São Paulo**

Autores: Almeida CR, Rossi P.

Instituição: EMAD - Melhor em Casa (HMOVJS).

E-mail: candida2xx2@gmail.com

**Introdução:** A síndrome de Fournier é uma infecção multimicrobiana de tecidos moles que evolui para fascíte necrosante, afetando regiões perineal, perianal e genital, com potencial extensão ao abdômen. É mais prevalente em homens e seus principais fatores de risco para a doença são: diabetes mellitus, obesidade, cirurgias ou traumas em região genital. Após a fase hospitalar, a atenção domiciliar apresenta-se como estratégia eficaz para a continuidade do cuidado, oferecendo assistência especializada, humanizada e segura. **Objetivo:** Relatar a experiência de cuidado domiciliar prestado a dois pacientes com síndrome de Fournier, destacando os benefícios clínicos dessa abordagem multiprofissional. **Metodologia:** Relato de caso de atendimento domiciliar de dois pacientes portadores da síndrome de Fournier em seguimento pelo Programa Melhor em Casa de um hospital municipal de São Paulo. O primeiro é de uma mulher de 68 anos, com obesidade mórbida e lesões extensas no baixo ventre e coxa esquerda; o segundo é de um homem de 71 anos, diabético, com lesões na região inguinal e coxa direita, ambos encaminhados ao programa após internação hospitalar. O atendimento envolveu equipe multiprofissional responsável por curativos padronizados, controle das comorbidades, suporte nutricional, de fisioterapia e de psicologia, além de orientações aos cuidadores. **Resultados:** Ambos os pacientes apresentaram cicatrização completa das lesões, com melhora clínica e emocional significativa, adesão ao tratamento, retorno à autonomia funcional e fortalecimento do vínculo com a equipe de saúde. **Conclusão:** O cuidado domiciliar especializado mostrou-se eficaz na reabilitação integral de pacientes com síndrome de Fournier, evidenciando a importância do trabalho multiprofissional, do planejamento assistencial e do apoio familiar para o sucesso do tratamento.

**Palavras-chave:** Gangrena de Fournier. Assistência domiciliar à saúde. Humanização. Equipe multiprofissional.

---

## **Aplicação de um questionário de saúde mental nos trabalhadores do SAD Sul-Sudeste de Campinas/SP**

Autor: Branco LTC.

Instituição: Prefeitura de Campinas/SP.

E-mail: laritcb@gmail.com

**Introdução:** Os profissionais de saúde que atuam na atenção domiciliar e cuidados paliativos podem ter conflitos com a dualidade da vida e da morte. Esses conflitos podem levá-los a apresentar sofrimento mental, culminando no desenvolvimento de transtornos mentais comuns (TMC). **Objetivo:** Realizar o rastreamento de sintomas de TMC não psicóticos nos trabalhadores do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) Sul-Sudeste e demonstrar a necessidade de atenção à saúde mental e bem-estar. **Metodologia:** O questionário Self Report Questionnaire (SRQ-20) foi disponibilizado, juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido, na plataforma “Google Forms” durante uma semana para que os trabalhadores pudessem responder de forma anônima e voluntária. O questionário identifica alguns sinais relacionados a transtornos mentais comuns, como insônia, ansiedade, depressão, irritabilidade, dificuldade de concentração, esquecimento, fadiga, dores de cabeça e desconforto gástrico. A somatória final de 7 pontos ou mais pode identificar um possível caso de TMC. **Resultados:** O questionário foi respondido por 26 trabalhadores, sendo 17 mulheres e 9 homens; 16 começaram a trabalhar no SAD a partir de 2020; 53% estavam na faixa etária de 40 a 49 anos; 7 trabalhadores indicaram que possuíam diagnóstico de algum transtorno mental dado por um médico, dos quais 1 estava em licença de saúde; 57% apresentaram probabilidade de presença de TMC. O item “sente-se nervoso/tenso/preocupado” recebeu mais respostas afirmativas (80,7%), seguido por “dor de cabeça” e “dormir mal”, ambos com 61,5% de respostas afirmativas. **Conclusão:** Os resultados demonstram que o profissional do SAD pode estar apresentando sofrimento ao lidar com casos desafiadores e é necessário pensar e realizar estratégias para manter a saúde mental, bem-estar e qualidade da assistência prestada aos pacientes e suas famílias. **Palavras-chave:** Saúde mental. Cuidados paliativos. Questionário.

