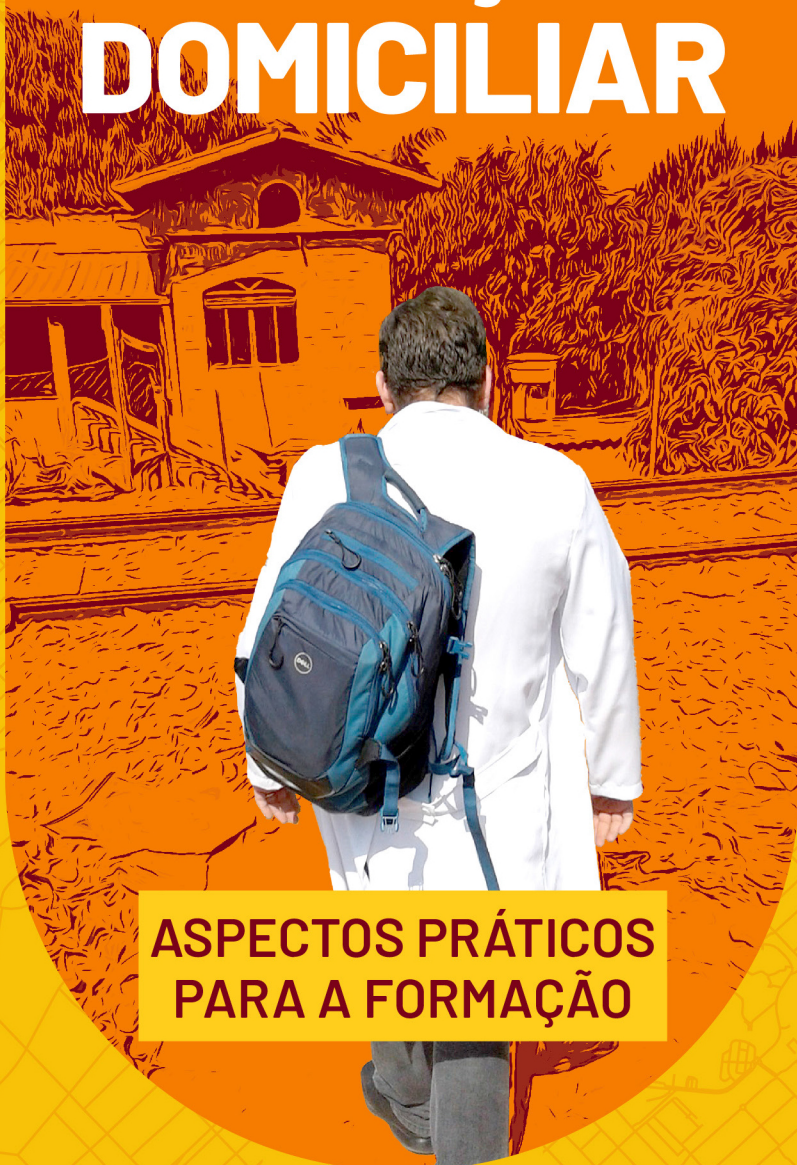


LEONARDO CANÇADO MONTEIRO SAVASSI
(Organizador)

ATENÇÃO DOMICILIAR



**ASPECTOS PRÁTICOS
PARA A FORMAÇÃO**



editora **UFOP**

ATENÇÃO DOMICILIAR

Aspectos práticos para a formação



UFOP

Universidade Federal
de Ouro Preto

Reitora

Cláudia Aparecida Marlière de Lima

Vice-Reitor

Hermínio Arias Nalini Jr.



editora**UFOP**

Diretor Executivo

José Rubens Lima Jardimino

Coordenador Editorial

Daniel Ribeiro Pires

Assessor da Editora

Alvimar Ambrósio

Diretoria

Francisco José Daher Jr (Coord. de Comunicação Institucional)

Paulo de Tarso Amorim Castro (Presidente do Conselho Editorial)

Marcos Eduardo Carvalho Golçalves Knupp (PROEX)

Sérgio Francisco Aquino (PROPP)

Tânia Rossi Garbin (PROGRAD)

Daniel Ribeiro Pires (Representante TAE)

Conselho Editorial

Prof. Dr. Adriano Medeiros da Rocha

Prof. Dr. Douglas da Silva Tinti

Prof. Dr. Flávio Pinto Valle

Prof. Dr. Paulo de Tarso Amorim Castro

Leonardo Cançado Monteiro Savassi
(Organizador)

ATENÇÃO DOMICILIAR

Aspectos práticos para a formação

Ouro Preto
2025



© EDUFOP

Coordenação Editorial

Daniel Ribeiro Pires

Capa

Varnei Rodrigues

Diagramação

Propagare Ltda.

Revisão

Revisado pelo Organizador

Ficha Catalográfica

(Elaborado por: Gracilene Maria de Carvalho - CRB6-3067 (SISBIN/UFOP))

A864 Atenção domiciliar : aspectos práticos para a formação /
 Leonardo Cançado Monteiro Savassi (Org.). 1. ed. -- Ouro Preto :
 Editora UFOP, 2025.
 276 p. : il. color. ; gráficos ; tabelas
 Publicação digital (e-book) no formato PDF

1. Atenção primária à saúde . 2. Visita domiciliar 3. Estratégia de
saúde da família . 4. Cuidados paliativos I. Savassi, Leonardo Cançado
Monteiro (org.). II. Universidade Federal de Ouro Preto. III. Título.

CDU: 614.2

ISBN 978-65-89785-49-1

Todos os direitos reservados à Editora UFOP. Nenhuma parte desta obra poderá ser reproduzida, arquivada ou transmitida por qualquer meio ou forma sem prévia permissão por escrito da Editora. A originalidade dos conteúdos e o uso de imagens são de responsabilidade dos autores da obra.

“Obra aprovada no Edital Geral 02/2020 e publicada apenas no ano de 2025 em decorrência dos prejuízos operacionais causados pela PANDEMIA DO COVID-19.”

EDITORA UFOP

Campus Morro do Cruzeiro

Centro de Comunicação Institucional, 2º andar

Ouro Preto / MG, 35400-000

www.editora.ufop.br / editora@ufop.edu.br

(31) 3559-1255

Dedicado às Equipes e Profissionais de Equipes
de Atenção Primária e Atenção Domiciliar de todo
o Brasil, em especial às Servidoras e Servidores
Públicos vinculados ao Sistema Único de Saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos à Associação Paulista de Medicina de Família e Comunidade (APMFC) por propiciar as condições necessárias para que uma discussão acerca da Formação em Atenção Domiciliar se tornasse real, culminando entre outras iniciativas com as propostas de Residência Médica em Atenção Domiciliar e a elaboração de Competências para a prática de Atenção Domiciliar, que indiretamente levaram a construção deste livro.

Agradecimentos à Associação Brasileira dos Serviços de Atenção Domiciliar (ABRASAD), pela representação de Profissionais e Serviços de Atenção Domiciliar em todo o país, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e pela participação fundamental na produção de conteúdo científico de qualidade para a prática de Atenção Domiciliar.

Agradecimentos ainda ao Grupo de Trabalho em Atenção Domiciliar (GT-AD) da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) pelo compromisso permanente em qualificar o cuidado domiciliar na Atenção Primária, através de programas de capacitação, produção de artigos científicos e de linhas-guia para a prática, a partir de um rol de Médicos de Família e Comunidade altamente qualificados para o cuidado.

É importante agradecer à Editora UFOP pela oportunidade de divulgação da Ciência, permanecendo firme em seu propósito de ser um canal de democratização do acesso a informação.

E, por fim, agradecimentos aos Professores, Pesquisadores, Cientistas e Profissionais da Saúde que fazem tanto pela Saúde Pública com condições não-ideais, e principalmente, as mais sinceras homenagens e agradecimento a Serviços e Servidores Públicos, que constroem e sustentam este país em todos os momentos em que são necessários.

*“Many illnesses cannot be fully understood unless they
are seen in their personal, family, and social context”*
Ian McWhinney e Thomas Freeman (2009, p.14)¹

¹ McWhinney I, Freeman, T. Textbook of Family Medicine. 3a Ed. Oxford University Press Inc. 2009. 460 p.

PREFÁCIO

Esta obra surge da colaboração de profissionais de saúde envolvidos nas diferentes modalidades de cuidado domiciliar com expertise em suas respectivas áreas de atuação. Como tal, é fruto de discussões surgidas no âmbito do Grupo de Trabalho (GT) em Atenção Domiciliar (AD), da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), criado em 2017 para fomentar discussões sobre a prática destes cuidados realizados por médicos no domicílio; surge ainda da contribuição da Associação Brasileira dos Serviços de Atenção Domiciliar (ABRASAD), entidade multiprofissional que desde 2007 fomenta discussões no âmbito dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) com a perspectiva de ampliação das modalidades de cuidados de maior densidade tecnológica, visando qualificar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Este livro se propõe a instrumentalizar o processo de formação na temática da AD enquanto nível de atenção privilegiado e ao mesmo tempo desafiador, que permite uma abordagem aos principais problemas de saúde das pessoas em seu contexto mais íntimo. Ao entender que o domicílio representa um *locus* de cuidado adequado, percebe-se a necessidade de apoiar uma prática de saúde baseada na melhor evidência científica, e ao mesmo tempo adaptada para as peculiaridades presentes quando optamos por cuidar das pessoas em casa.

A AD é cercada de singularidades que fazem com que a sua prática seja diferenciada daquela realizada em outros níveis de atenção, sendo necessário o aprendizado acerca deste cuidado de uma forma destacada, com elementos de especificidade e entendendo que atuação de profissionais neste nível se constituirá em uma especialidade no campo da saúde.

Notadamente, acompanha-se a riqueza que envolve o cuidar em casa: ao adentrar a casa das pessoas, conseguimos informações detalhadas acerca da vida, da organização familiar, do inventário de problemas

que as pessoas e seus cuidadores podem ter, bem como acesso a relatórios, laudos de propedêutica e outras informações de saúde armazenadas, dificuldades no acesso ou organização da tomada de medicamentosas, dentre outras, que permitem uma adequada coordenação do Cuidado.

Cuidar em casa será sempre um desafio, uma vez que estaremos diante dos limites de insuficiência individual, familiar, comunitária, do próprio serviço de saúde em que atuamos, do sistema de saúde como um todo e, inclusive, de outros setores. Nesse aspecto, embora o cuidado se mostre mais integral, também gera uma carga de sofrimento muito grande no profissional de saúde que realiza o cuidado em casa.

No domicílio os profissionais de saúde estão na maioria das vezes sozinhos, adentrando o espaço do outro, que representa a máxima autonomia do paciente, e lidando com diversas situações que envolvem um quadro patológico individual, mas com um contexto familiar e comunitário que impactam em aspectos relacionais e emocionais fundamentais e ímpares e exigem uma abordagem completamente diferente daquela realizada no âmbito ambulatorial ou hospitalar. Isto torna esta prática em saúde exclusiva, reforçando a necessidade de uma formação específica para esta atuação, com habilidades, atitudes e postura diferenciadas daquelas exercidas em outros níveis do sistema de saúde.

Além disso, o domicílio é o local de menor poder de decisão do profissional de saúde, e de máxima autonomia da pessoa, fazendo com que a percepção de mundo de pacientes e familiares seja levada em conta na hora da tomada de decisões, mais do que em qualquer outro ponto da RAS. Assim, crenças, espiritualidade, religiosidade, valores pessoais, e elementos culturais são fundamentais para uma decisão compartilhada, sendo parte de uma prática de saúde centrada na pessoa, e de construção de um projeto terapêutico singularizado.

Enquanto ferramenta, o cuidado no domicílio cumpre a tarefa de ser instrumento de integralidade, tendo em vista permitir o cuidado da pessoa como um todo em suas diferentes necessidades, assim como de acessibilidade para pessoas que estão impossibilitadas de acessar Serviços de Saúde, e de longitudinalidade, quando permite que possamos

manter a continuidade do cuidado enquanto responsáveis pelo mesmo. Assim, a Visita Domiciliar (VD) e o seu respectivo cuidado ao longo do tempo, na forma de Atenção Domiciliar, são ferramentas diretamente ligadas aos preceitos da Atenção Primária à Saúde (APS). Além disto, cuidar em casa permite o conhecimento do contexto em suas mais diferentes vertentes, ou seja, desde o contexto mais próximo, individual e familiar, até o contexto amplo cultural e comunitário, o que significa dizer que o cuidado domiciliar também favorece cumprimento dos aspectos derivativos da APS.

Já os SAD, dentro de uma proposta de se constituírem em um nível de atenção específico para o cuidado domiciliar, cumprem um papel de verdadeiro observatório de toda a rede de atenção à saúde, pois ao acessar todo este rol de informações que permeiam o cuidado no domicílio, seus profissionais conseguem identificar falhas na condução do caso e demandas por atenção previamente desconhecidas.

Este livro, assim, se propõe a trazer elementos desta prática de cuidados que se refletem no processo de ensino dos cuidados domiciliares no âmbito da formação em saúde. O mesmo abordará os seguintes temas: conceitos, organização e gestão de equipes e serviços, critérios de elegibilidade para AD, níveis e transição do Cuidado, Cuidadores e Famílias, Vulnerabilidade Familiar, Ostomias, Ventilação Mecânica, Cuidados paliativos, Feridas, Situações de Urgência e o papel do Agente Comunitário de Saúde como promotor do cuidado.

Entende-se que este material é parte das estratégias necessárias para capacitar a força de trabalho dos sistemas de saúde para uma AD pertinente, baseada nas melhores evidências, e que permita que possamos consolidar este cuidado como um dos pilares de uma atenção à saúde mais humanizada, qualificada, e atinente às necessidades das pessoas.

Propõe-se neste livro a discussão da organização de serviços que realizem atenção domiciliar, a estruturação do cuidado contextualizado e adequado para as especificidades do domicílio, um processo seguro de trânsito do paciente na RAS, de maneira a ofertar o cuidado mais seguro possível no tempo oportuno, abordagem dos principais problemas e

intercorrências domiciliares, e uma abordagem adequada da família e dos cuidadores da pessoa que está impossibilitada de acessar Serviços de Saúde.

Toda nossa gratidão à editora UFOP que nos oferece a possibilidade de lançarmos este material que se destina a qualificar a atenção no âmbito domiciliar visando propiciar cuidados para a população brasileira baseados nos conhecimentos das ciências da saúde, mas também socialmente referenciados.

Leonardo Cançado Monteiro Savassi

LISTA DE FIGURAS

- 30 **FIGURA 1.1.** LINHA DO TEMPO DA EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR NO BRASIL.
- 43 **FIGURA 1.2.** INSTRUMENTO DE GESTÃO DE VISITAS: PERIODICIDADE E RESPONSABILIDADES
- 103 **FIGURA 4.1.** SIMBOLOGIA DO GENOGRAMA
- 110 **FIGURA 4.2.** MODELO DE GENOGRAMA 1
- 111 **FIGURA 4.3.** MODELO DE GENOGRAMA 2
- 118 **FIGURA 5.1.** CÂNULA METÁLICA
- 119 **FIGURA 5.2.** - CÂNULA PLÁSTICA, DE PVC
- 122 **FIGURA 5.3.** TROCA DE CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA METÁLICA
- 124 **FIGURA 5.4.** CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA PVC COM SAÍDA DE SECREÇÃO TRAQUEAL.
- 129 **FIGURA 5.5.** BOLSA DE COLOSTOMIA - TIPO ABERTA: DUAS PEÇAS E ÚNICA PEÇA.
- 129 **FIGURA 5.6.** BOLSA DE COLOSTOMIA - FECHADA: ÚNICA PEÇA
- 133 **FIGURA 5.7.** TROCA DE BOLSA FECHADA DE COLOSTOMIA DE ÚNICA PEÇA
- 133 **FIGURA 5.8.** TROCA DE BOLSA ABERTA DE COLOSTOMIA DE DUAS PEÇAS
- 134 **FIGURA 5.9.** SONDA DE FOLEY E BOLSA COLETORA DE URINA
- 137 **FIGURA 5.10.** POSICIONAMENTO CORRETO DO PACIENTE EM LEITO E DA BOLSA COLETORA PARA EVITAR REFLUXO DE URINA.
- 138 **FIGURA 5.11.** SONDA DE GASTROSTOMIA MODELO KANGAROO
- 138 **FIGURA 5.12.** SONDA DE GASTROSTOMIA TIPO BOTTON (MIC-KEY)

- 141 **FIGURA 5.13.** Sonda de gastrostomia tipo Botton
(mic-key) com extensor.
- 143 **FIGURA 5.14.** Procedimento de troca de sonda tipo
Botton (mic-key)
- 144 **FIGURA 5.15.** Sonda tipo Botton (mic-key) – teste de
insuflação do balonete.
- 160 **FIGURA 6.1.** Avaliação do cuidador para VMD.
- 164 **FIGURA 6.2.** Ventiladores: modo e modalidades.
- 165 **FIGURA 6.3.** Modalidades de ventilação no ventilador
bilevel/ bi-nível.
- 170 **FIGURA 6.4.** Insumos e equipamentos necessários para a
VMD
- 171 **FIGURA 6.5.** Filtros do ventilador
- 187 **FIGURA 7.1.** Evolução dos cuidados paliativos
- 205 **FIGURA 8.1.** Estrutura da pele.
- 247 **FIGURA 10.1.** Fluxograma norteador da atuação do ACS.
- 248 **FIGURA 10.2.** Mapa mínimo de relações

LISTA DE TABELAS E QUADROS

- 52 **QUADRO 2.1.** MODALIDADES DE ATENÇÃO DOMICILIAR E SEUS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
- 68 **QUADRO 3.1.** CINCO PASSOS PARA DEFINIR A INDICAÇÃO DO CUIDADO DOMICILIAR.
- 72 **TABELA 3.1.** SENTINELAS PRESENTES NA FICHA A DO SIAB UTILIZADAS NO CÁLCULO DE VULNERABILIDADE FAMILIAR SEGUNDO A EVF-CS
- 73 **TABELA 3.2.** FAIXAS DE VULNERABILIDADE FAMILIAR A PARTIR DO CÁLCULO DO ESCORE DA EVF-CS
- 74 **QUADRO 3.2.** ESCALA PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE CLÍNICA PARA PACIENTES EM VISITA DOMICILIAR NA APS (FORTALEZA-CE)
- 75 **QUADRO 3.3.** PLANEJAMENTO DAS VISITAS ATRAVÉS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE, DE ACORDO COM A PONTUAÇÃO E PLANEJAMENTO TEMPORAL DAS PRÓXIMAS VISITAS
- 76 **QUADRO 3.4.** ESCALA ABCDE, DO HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS (BELO HORIZONTE-MG)
- 77 **TABELA 3.3.** SENTINELAS DE RISCO INDIVIDUAL E CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO PARA AVALIAR A COMPLEXIDADE DO CUIDADO PARA O PACIENTE IDOSO, SEGUNDO A ESCALA DA UFOP DE RISCO INDIVIDUAL PARA O IDOSO (OURO PRETO-MG)
- 78 **QUADRO 3.5.** DETERMINAÇÃO DO NÍVEL E PERIODICIDADE DO CUIDADO DA EQUIPE DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA SEGUNDO A ESCALA DA UFOP DE RISCO INDIVIDUAL PARA O IDOSO. (OURO PRETO-MG)

- 81 **QUADRO 3.6.** INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ELEGIBILIDADE
E COMPLEXIDADE DA ATENÇÃO DOMICILIAR (IAEC-AD). BRASIL,
2023.
- 108 **QUADRO 4.1.** ESCALA DE AVALIAÇÃO SUBJETIVA DA SOBRECARGA
DO CUIDADOR (ESCALA DE ZARIT)
- 165 **QUADRO 6.1.** PARÂMETROS RECOMENDADOS PARA ADULTO
- 175 **QUADRO 6.2.** PARÂMETROS RECOMENDADOS PARA A CRIANÇA
- 190 **QUADRO 7.1.** ESCALA DE DESEMPENHO DE KARNOFSKY
(KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS SCALE – KPS)
- 190 **QUADRO 7.2.** ESCALA DE DESEMPENHO EM CUIDADOS
PALIATIVOS (PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE – PPS)
- 192 **QUADRO 7.3.** AVALIAÇÃO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA
BÁSICAS (KATZ, 1970)
- 193 **QUADRO 7.4.** AVALIAÇÃO DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA
INSTRUMENTAL (LAWTON & BRODY, 1969)
- 210 **QUADRO 8.1.** COMPARAÇÃO ENTRE ÚLCERAS VENOSAS E
ARTERIAIS
- 211 **QUADRO 8.2.** DIFERENCIAÇÃO ENTRE PÉ NEUROPÁTICO E PÉ COM
ALTERAÇÕES VASCULARES.
- 212 **QUADRO 8.3.** AVALIAÇÃO DE LESÕES (ESCALA DE BRADEN)
- 215 **QUADRO 8.4.** CLASSIFICAÇÃO DE LESÕES
- 218 **QUADRO 8.5.** AVALIAÇÃO DAS LESÕES
- 249 **QUADRO 10.1.** INTERVENÇÕES DO ACS
- 249 **QUADRO 10.2.** INSTRUMENTOS PARA O ACS COMO PROMOTOR
DE SAÚDE

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAFP:	<i>AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS</i>
ABRASAD:	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR
ACS:	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
AD:	ATENÇÃO DOMICILIAR
AD1:	ATENÇÃO DOMICILIAR: NÍVEL 1
AD2:	ATENÇÃO DOMICILIAR: NÍVEL 2
AD3:	ATENÇÃO DOMICILIAR: NÍVEL 3
AMMFC:	ASSOCIAÇÃO MINEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
APMFC:	ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
APS:	ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE
AVE:	ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO
CP:	CUIDADOS PALIATIVOS
EMAD:	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR
EMAP:	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE APOIO A ATENÇÃO DOMICILIAR
EMAP-R:	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE APOIO PARA REABILITAÇÃO
EMULTI:	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE
eSF:	EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
ESF:	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
EVF:	ESCALA DE VULNERABILIDADE FAMILIAR
GT:	GRUPO DE TRABALHO
GTT:	GASTROSTOMIA
IAM:	INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO
MFC:	MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

NEAD:	NÚCLEO NACIONAL DAS EMPRESAS DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR
ODT:	OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA
OMS:	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
PACS:	PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
PNAB:	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA
PNCP:	POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS
PSF:	PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
RAS:	REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE
RDC:	RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA
SAD:	SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR
SAMDU:	SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DOMICILIAR DE URGÊNCIA
SAMU:	SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DE URGÊNCIA
SBMFC:	SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE
SUS:	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TQT:	TRAQUEOSTOMIA
UBS:	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
UFOP:	UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
VD:	VISITA DOMICILIAR
VM:	VENTILAÇÃO MECÂNICA
VMI:	VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA
VMNID:	VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO-INVASIVA DOMICILIAR

SUMÁRIO

25	APRESENTAÇÃO
29	CAPÍTULO 1 HISTÓRICO, CONCEITOS E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR
29	1.1. Histórico breve da Atenção Domiciliar
34	1.2. Conceitos fundamentais em Atenção Domiciliar
34	1.2.1. <i>Visita Domiciliar enquanto ferramenta.</i>
37	1.2.2. <i>Atenção Domiciliar</i>
39	1.3. Organização da Atenção Domiciliar
39	1.3.1. <i>Cadastro e análise da estrutura domiciliar</i>
41	1.3.2. <i>Planejamento de Visitas Domiciliares</i>
42	1.3.3. <i>Monitoramento e avaliação em AD</i>
45	1.4. Perspectivas futuras
53	CAPÍTULO 2 NÍVEIS E TRANSIÇÃO DO CUIDADO
53	2.1. A definição dos Níveis de Cuidado em Atenção Domiciliar.
55	2.2. A organização do cuidado
57	2.3. Transição do Cuidado
59	2.4. Segurança do Paciente no Domicílio
61	2.4.1. <i>Critérios Administrativos</i>
63	2.4.2. <i>Critérios Clínicos (BRASIL, 2020; BRASIL, 2024)</i>
69	CAPÍTULO 3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA AD1 E AD2/AD3
70	3.1. Critérios para o cuidado em AD
71	3.1.1. <i>Critérios Administrativos</i>

71	3.1.2. Critérios Clínicos
72	3.2. Critérios de inelegibilidade
73	3.3. Avaliação e planejamento para o cuidado domiciliar a partir da demanda do território para AD1
82	3.4. Critérios de Elegibilidade para AD2/ AD3
87	3.5. Critérios de elegibilidade utilizados em serviços privados e da saúde suplementar
101	CAPÍTULO 4
	ABORDAGEM DOS CUIDADORES E DA FAMÍLIA
101	4.1. Abordagem de Cuidadores
103	4.2. Abordagem da família
113	4.3. Abordagem do cuidador
123	CAPÍTULO 5
	ABORDAGEM DAS OSTOMIAS NO DOMICÍLIO
123	5.1. Conceitos básicos em ostomias.
124	5.2. Ostomia respiratória: Traqueostomia
128	5.2.1. Ações no domicílio e respectivas responsabilidades
128	5.2.2. Realização de procedimentos com TQT
131	5.2.3. Higiene da Cânula interna
135	5.2.4. Intercorrências domiciliares com traqueostomias
136	5.3. Ostomia intestinal: Colostomia
139	5.3.1. Indicações domiciliares das colostomias
143	5.3.2. Intercorrência domiciliares com colostomias
144	5.4. Ostomia urinária: Cistostomia
147	5.4.1. Intercorrência domiciliares das cistostomias
149	5.5. Ostomias alimentares
151	5.5.1. Indicações domiciliares das ostomias alimentares
158	5.5.2. Intercorrência domiciliares
160	Sugestão de Atividades de Fixação para alunos e residentes

169	CAPÍTULO 6
	VENTILAÇÃO MECÂNICA NO DOMICÍLIO
170	6.1. Indicações da Ventilação Mecânica Domiciliar
171	6.2. Contra- indicações para a VMD
171	6.2.1. <i>Contra-indicações para VM invasiva e não invasiva, segundo Parecer número 1735/2006 e respectivo Protocolo nº 1809/2006 do Conselho Regional de Médica do Paraná aprovado pelo CFM (CRM-PR, 2006)</i>
172	6.2.2. <i>Contra indicações específicas da ventilação Não Invasiva</i>
172	6.3. Critérios para inclusão na VMD
176	6.4. Tipos de ventiladores
177	6.4.1. <i>Ventilador - CPAP</i>
177	6.4.2. <i>Ventilador Bi-Level (dois níveis)</i>
178	6.4.3. <i>Ventilador com suporte de vida</i>
184	6.5. Equipamentos e dispositivos fundamentais.
187	6.6. Principais Complicações na VMD
191	6.7. Especificidades da criança
205	CAPÍTULO 7
	BREVE INTRODUÇÃO AOS CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARES
209	7.1. Passos para definir cuidados paliativos
209	7.1.1. <i>Avaliando a pessoa</i>
209	7.1.2. <i>Avaliando a funcionalidade</i>
214	7.2. Prognosticando em cuidados paliativos
215	7.3. Plano de cuidados
221	CAPÍTULO 8
	ABORDAGEM DE LESÕES NO DOMICÍLIO
221	8.1. Relevância
222	8.2. Uma breve revisão da Anatomia e Fisiologia da Pele
226	8.3. Lesões: do conceito à classificação

227	8.4. Lesões crônicas prevalentes
228	8.4.1. Úlcera venosa
229	8.4.2. Úlcera arterial
229	8.4.3. Úlcera mista
232	8.4.4. Lesões por pressão
237	8.5. Cuidados com a pele
238	8.6. Avaliação das lesões
240	8.7. Curativos, Tratamento e Coberturas.
247	CAPÍTULO 9
	VISITA DOMICILIAR EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA (NÃO PROGRAMADA)
252	9.1. Tomada de Decisão. Senso de Urgência/emergência.
253	9.2. Ações que poderiam ser programadas e planejadas
255	9.3. Interface com os princípios da APS.
257	9.4. Princípios éticos.
259	9.5. Princípios Legais
261	9.6. Prevalência de eventos emergenciais na APS.
267	CAPÍTULO 10
	O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COMO PROMOTOR DO CUIDADO NO DOMICÍLIO.
267	10.1. O ACS como agente promotor da saúde
269	10.2. Mapa mínimo de relações
275	SOBRE O ORGANIZADOR

APRESENTAÇÃO

A AD tem especificidades que demandam que o profissional de saúde contextualize sua prática, adaptando condutas de outros pontos de atenção para a realidade de cada domicílio, singularizando a sua prática e tornando necessário estabelecer-se uma nova forma de produção de cuidado.

Não por acaso, é a partir da AD que muitas vezes se organizam novas possibilidades de cuidado para pessoas que se encontravam em situações insólúveis, ou são descortinadas situações não identificadas previamente, a despeito destas pessoas sobre cuidados terem percorrido vários pontos desta rede. Assim, os SAD acabam sendo exitosos em identificar quais os pontos da rede não estão funcionando corretamente, assim como quais as trilhas de cuidado são usadas pelas pessoas para acessarem o sistema e, com isto, são capazes estabelecer pontes factíveis para um itinerário pedagógico eficaz.

Já a desospitalização configura-se como eixo técnico-científico fundamental na AD, pois ao proporcionar a troca do cuidado hospitalar pela atenção no domicílio, propicia alta precoce, reduzindo risco de infecções por patógenos hospitalares, minimizando intercorrências e favorecendo um cuidado humanizado, bem como mais adequado a melhora do quadro a partir do reconhecimento – notadamente em idosos e crianças – de que o domicílio favorece a interação familiar, a qualidade de vida, reduz o risco de confusão mental secundária a permanência em ambiente inóspito, e permite a oferta de suporte emocional nas situações de terminalidade. Favorece ainda um melhor suporte por parte do cuidador familiar, tendo em vista que em seu local de vida ele pode se organizar de maneira mais adaptada, favorecendo a autonomia do cuidador e da pessoa sob cuidados.

Os desafios do cuidado no domicílio levam a um maior grau de incerteza na tomada de decisões e à necessidade de adaptação de con-

dutas, o que torna o trabalho desafiador, mas gratificante, na medida em que novas formas de cuidado são construídas, integrando o saber em saúde com os demais elementos de vida das pessoas. A participação de pacientes, cuidadores e equipe, tornam ímpar a organização da atenção, que demanda compromisso muito mais intenso e mais maleável do que aquele meramente prescrito em livros, linhas-guia e manuais de saúde.

Profissionais da AD relatam envolvimento intenso no processo de cuidado, o que gera sofrimento em especial nas perdas de vidas, mas também importante amadurecimento da maioria dos profissionais, que relatam que a humanização proporcionada pelo vínculo estabelecido com as linhas da vida dentro dos lares é o maior ganho que já tiveram no trabalho em Saúde. Os relatos habituais são de inegável satisfação e motivação entre todos os envolvidos.

Portanto, este é um nível de atenção que demanda aprendizado e dedicação constantes, demandando formação, material didático de apoio, e formação desde os primeiros anos da graduação, passando pela formação e pós-graduação em saúde. Este livro pretende somar apoio a estes esforços.

Mariana Borges Dias

CAPÍTULO 1

HISTÓRICO, CONCEITOS E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Leonardo Cançado Monteiro Savassi

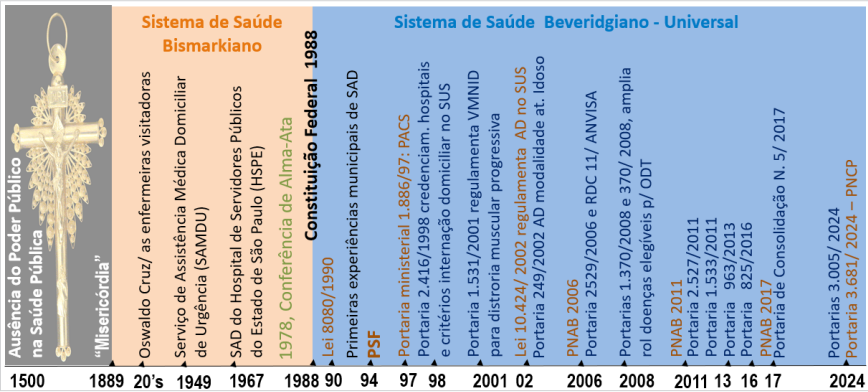
Mariana Borges Dias

1.1. HISTÓRICO BREVE DA ATENÇÃO DOMICILIAR

A AD, enquanto modalidade de cuidados, já representou o principal meio de contato entre profissionais de saúde - notadamente médicos - e seus pacientes. O cuidado primordial a saúde nos séculos anteriores era realizado no domicílio, e não em consultórios e ambulatórios.

Na medida em que as cidades passaram a concentrar serviços, progressivamente o hospital e seus ambulatórios, e posteriormente clínicas e consultórios passaram a ser o *locus* primordial de cuidado entre profissionais de saúde e as pessoas. Notadamente ao longo do século XX, os hospitais passaram a ser o lugar de cuidado às doenças, até que por volta da década de 1980 serviços de *Home Care* passaram a ofertar cuidado em casa para pessoas inicialmente sem perspectiva de cura.

Figura 1.1. Linha do tempo da Evolução da Atenção Domiciliar no Brasil.



Em marrom, legislação com aderência à temática da AD; de azul, portarias específicas da AD; de preto, ações e experiências que embasaram a construção da AD no Brasil, e de verde, no mundo.

Legenda: ODT – Oxigenoterapia Domiciliar Terapêutica; PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde; PNAB – Política Nacional de Atenção Básica; PNCP – Política Nacional de Cuidados Paliativos; RDC – Resolução da Diretoria Colegiada; SAD – Serviço de Atenção Domiciliar; VMNID – Ventilação Mecânica Não-invasiva Domiciliar;

Fonte: elaboração própria (os autores).

No Brasil, é clássica a referência ao Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), e Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (HSPE), como experiências primordiais de serviços de AD ao longo do século passado (BRASIL 2011). Mas o primeiro enfoque da intervenção domiciliar na Saúde Pública nacional ocorreu no início do século XX, através de estratégias de sanitarismo campanhista, e a VD constituiu-se como estratégia de ação contra doenças transmissíveis através de ações de busca ativa de casos suspeitos, e para campanhas de vacinação. (CUNHA; GAMA, 2012)

Serviços voltados para cuidados domiciliares ambulatoriais expandiram-se antes mesmo do SUS, mas a partir da implantação do então Programa Saúde da Família (PSF), hoje reconhecido como uma estraté-

gia de organização da APS, que ocorre realmente a organização de serviços ambulatoriais sistematicamente organizados para serem responsáveis por ações realizadas no domicílio. Da mesma forma, em municípios de médio e grande porte, de forma pioneira, iniciativas municipais e estaduais fundam os primeiros SAD por ciclos de vida, ou por problemas de saúde específicos, com foco em cuidados contínuos, gerenciamento de casos ou internações domiciliares. (BRASIL 2011, SAVASSI, 2016)

A partir de 2006, com o acúmulo de experiências de cuidados domiciliares no SUS, e as primeiras propostas de cuidados específicos, tais como Oxigenoterapia Domiciliar Terapêutica (ODT) para pneumopatias restritivas graves (BRASIL, 2002), e do reconhecimento dos cuidados domiciliares ao idoso como modalidade factível no SUS, somadas a expansão das ações domiciliares das equipes de Saúde da Família (eSF), o Ministério da Saúde avançaria na regulamentação dos cuidados domiciliares, com a Portaria 2529/2006 que definiria a internação domiciliar no SUS e consecutiva implantação nacional de SAD – mas que nunca chegou a ser efetivada nos territórios – e com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 11, de 26 de janeiro de 2006, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que rege também aqueles serviços domiciliares realizados no âmbito privado, e define os seguintes conceitos e procedimentos em AD (BRASIL, 2006):

A. Admissão em Atenção domiciliar: processo que se caracteriza pelas seguintes etapas: indicação, elaboração do Plano de Atenção Domiciliar e início da prestação da assistência ou internação domiciliar.

B. Alta da Atenção domiciliar: ato que determina o encerramento da prestação de serviços de atenção domiciliar em função de: internação hospitalar, alcance da estabilidade clínica, cura, a pedido do paciente e/ou responsável, óbito.

C. Atenção domiciliar: termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio.

D. Assistência domiciliar: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.

E. Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

F. Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAD: profissionais que compõem a equipe técnica da atenção domiciliar, com a função de prestar assistência clínico-terapêutica e psicossocial ao paciente em seu domicílio.

G. Internação Domiciliar: conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

H. Plano de Atenção Domiciliar - PAD: documento que contempla um conjunto de medidas que orienta a atuação de todos os profissionais envolvidos de maneira direta e ou indireta na assistência a cada paciente em seu domicílio desde sua admissão até a alta.

I. Serviço de Atenção Domiciliar - SAD: instituição pública ou privada responsável pelo gerenciamento e operacionalização de assistência e/ou internação domiciliar

J. Tempo de Permanência: período compreendido entre a data de admissão e a data de alta ou óbito do paciente. (BRASIL, 2006, p.1)

Cabe enfatizar que posteriormente, em 2016, numa nota técnica conjunta com a ANVISA, a Coordenação Geral de Atenção Domiciliar (CGAD) do Ministério da Saúde esclareceu que o uso da terminologia “tempo integral” na situação de “Internação Domiciliar”, não necessariamente exigia a presença 24h da equipe, ou membro da mesma, em domicílio. Porém far-se-ia necessário um plano terapêutico que garantisse acesso e cuidado em tempo integral ao paciente e o cuidado prestado pelo cuidador, desde que devidamente orientado e pactuado, e a inclusão de equipe e rede de saúde vigilantes, atentas às possíveis intercorrências clínicas. Assim, no que tange aos quadros de maior densidade de cuidados, esta é uma diferença importante da AD no SUS em relação ao subsistema suplementar. (BRASIL, 2016)

A partir de 2011, as Portarias 2027 e Portaria 2527 reorganizariam a AD no âmbito do SUS, trazendo uma ampla gama de objetos e fina-

lidades para o cuidado domiciliar, englobando promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde, para além da assistência, utilizando estratégias para a educação em saúde. Assim, em 2011 AD foi redefinida no âmbito do SUS com as seguintes características (BRASIL, 2011):

- Ser “substitutiva” ao cuidado realizado em alguns locais das Redes de Atenção à Saúde (RAS), principalmente ao cuidado hospitalar e de Unidades de Pronto Atendimento após a estabilização de condições agudas ou crônicas agudizadas;

- Se “complementar” a cuidados iniciados em alguns outros locais da RAS, como aquele realizado nas principalmente nas Unidades Básicas de Saúde, cujo papel é insubstituível, mas também a UPA e Hospital.

- Ampliar o grau de autonomia do paciente, de seu cuidador e familiares, ao colocar o usuário e suas necessidades no centro das decisões;

- Integrar-se às RAS, potencializando um cuidado transversal e estabelecendo fluxos e protocolos com os diversos serviços dentro dessa rede;

- Funcionar como o elo que garante a continuidade do cuidado, estabelecendo ligação entre os diversos pontos da RAS e garantindo a segurança do paciente na transição entre estes diferentes níveis.

A AD, portanto, deve ser percebida como um dispositivo com a capacidade de promover a “desinstitucionalização do cuidado”, criando novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde a partir da demanda pelo ineditismo na construção do cuidado, integrando o saber formal em saúde com o saber informal, das pessoas, incluindo pessoas e seus familiares na tomada de decisão (FEUERWERKER & MERHY; 2008).

As portarias subsequentes avançaram no sentido de ampliar as possibilidades de expansão da AD como uma política de amplo alcance nacional, facilitando a inclusão de novas equipes em municípios de porte populacional menor, consorciamentos municipais, criando formatos de equipes que pudessem contemplar os diferentes arranjos municipais e apoiando a organização dos níveis de atenção. (BRASIL, 2016B, SAVASSI et al, 2022)

Assim, a partir da portaria MS GM 3.005/2024, as modalidades de cuidados AD1, AD2, AD3, se consolidaram, reforçando que a AD1 é a modalidade realizada pelas equipes de atenção primária a saúde, e que AD2 e AD3 é realizada pelos SAD, através da EMAD, apoiadas pelas equipes multiprofissionais de apoio (EMAP), e nos municípios com AD1 sem SAD, pelas Equipes Multiprofissionais de Apoio para Reabilitação (EMAP-R). A discussão sobre os níveis de atenção, perfil de equipes e critérios será realizada no capítulo 02 (BRASIL, 2024)

1.2. CONCEITOS FUNDAMENTAIS EM ATENÇÃO DOMICILIAR

1.2.1. Visita Domiciliar enquanto ferramenta.

A VD torna-se uma ferramenta do cuidado, em especial no nível da APS, a partir do momento em que este nível de atenção é responsável pela continuidade do cuidado e pelo provimento de acesso. É impen-sável considerar integralidade e universalidade para pacientes restritos ao domicílio, para pacientes complexos e para abordar famílias sem o conhecimento da realidade domiciliar e da realização de atendimento dentro do lar. Assim, a VD é um atendimento realizado no domicílio, que pode ocorrer de maneira isolada ou fazer parte de um processo mais continuado de cuidados. (BRASIL, 2020)

A *American Academy of Family Physicians* (AAFP) define quatro classes principais de VD: *Illness visits* (para avaliar doenças), *visits to dying patients* (cuidados paliativos), *home assessment visits* (visitas para avaliação do domicílio), e as *follow-up visits after hospitalization*. (visitas a egressos hospitalares), a serem realizados pela APS (UNWIN & JERANT, 1999).

A VD é realizada pelo médico, enfermeiro e outros integrantes da equipe de APS de acordo com a disponibilidade, tempo, população

adscrita e necessidades inerentes ao paciente, família ou comunidade. Trata-se de ferramenta fundamental para o cuidado, na medida em que fornece informações e possibilidades que o consultório não provê, com identificação de novas necessidades de saúde que ampliam a qualidade do cuidado.

A prestação de serviço de saúde em domicílio ao cliente e à família amplia significativamente a possibilidade da oferta de atenção de qualidade e a autonomia da Equipe de Saúde. Médicos de Família que realizam VD relatam um maior nível de satisfação com a prática que aqueles que não oferecem este serviço. (SAVASSI, 2016)

No âmbito da APS, a VD adquire aspectos únicos, visto que enquanto profissionais da integralidade, médicos, enfermeiros e equipe de Atenção Primária têm a responsabilidade primordial pela continuidade e coordenação do cuidado e pelo provimento de acesso aos pacientes de sua abrangência. Assim, a VD responde aos quatro princípios fundamentais da Atenção Primária, e sendo assim torna-se indispensável para uma boa prática em saúde neste âmbito:

A VD como instrumento da Acessibilidade/ primeiro contato: a principal ferramenta utilizada para prover acesso em maior proporção/ responder às demandas da população é o atendimento a demanda espontânea. No caso de pacientes acamados, restritos ao domicílio ou por algum motivo impossibilitados de comparecer ao CS, porém, torna-se uma ferramenta iníqua e inócua. Além disto, nem acolhimento, nem consultas individualizadas ou relatos de profissionais da equipe dão a real dimensão do microambiente familiar na gênese e/ou complicação da qualidade de vida e da saúde das pessoas. A VD, neste contexto, torna-se um importante instrumento de acesso, visto que no acolhimento, a não ser que um parente ou o ACS traga a necessidade do paciente impossibilitado, o mesmo não será contemplado pelo sistema de saúde.

B - VD como instrumento da coordenação do cuidado: presente na casa do paciente com demandas especiais, o profissional de saúde é capaz de acessar de maneira mais completa exames pertinentes, prontuários domiciliares, entrevistar diretamente o paciente e, portanto, coordena-

nar mais efetivamente o cuidado do que simplesmente colhendo dados através de terceiros. O paciente que necessita frequentar vários serviços de saúde em diferentes lugares tem a demanda por um profissional capaz de coordenar este cuidado. O domicílio é também um ambiente privilegiado para a coordenação do cuidado pelo simples fato da casa estar na esfera central de todas as ações, uma vez que o paciente frequenta serviços de APS, secundária, urgência, hospital, mas invariavelmente retorna ao domicílio.

C - VD como instrumento da longitudinalidade: ao se postar como aquele profissional “que vai a casa”, o médico, enfermeiro e demais membros da equipe acabam transformando aqueles contatos repetidos e programados em cuidado ao longo do tempo, propiciando uma tomada de decisões contextualizada de acordo com as preferências da pessoa cuidada, reconhecendo com maior exatidão mudanças relevantes de comportamento, e evitando iatrogenias. Ser longitudinal com o paciente também permite a redução do número de visitas a serviços de urgência, que tendem a ser mais invasivos, se comparados aos SAD e a APS.

D - VD como instrumento da integralidade do cuidado: Cuidar de acordo com a necessidade e prover acesso ao nível de cuidado necessário. Diretamente ligado ao conceito chave de equidade. Envolve invariavelmente ações intersetoriais, visto que a partir das necessidades individuais e familiares, são identificadas demandas sanitárias, educacionais, de assistência social, etc. as quais os profissionais de APS são conclamados a responder ou encaminhar.

Visitas devem ser realizadas inicialmente - e sempre que possível - em equipe, o que possibilita um agendamento de tarefas multiprofissionais, e cabe ao Agente Comunitário de Saúde (ACS) encabeçar o grupo, procurando-se legitimar a sua representatividade. (COELHO & SAVASSI, 2004)

1.2.2. Atenção Domiciliar

Antigamente, se realizava uma diferenciação formal entre “Atenção” e “Internação” Domiciliar, entendendo “internação” como o cuidado domiciliar de egressos de hospitalização (ou candidatos a ela), significando demanda de maior intensidade da atenção, de material médico-hospitalar, terapêutica invasiva, e levaria a necessidade de estabelecer uma atenção diária por parte da equipe de saúde e da família, no papel de cuidadora. Na percepção do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, este atendimento não substituiria a internação hospitalar (BRASIL, 2003). Hoje se entende o termo “Atenção” como o guarda chuva que engloba todos os outros, sendo este o termo designado para as diferentes formas e modalidades de cuidado no âmbito do SUS.

O processo de assistência domiciliar é complexo. Não é específico de uma patologia concreta, nem de um ciclo de vida específico, sendo que sua indicação vem determinada pelo grau de necessidade e/ou incapacidade do enfermo. A demanda de assistência nem sempre é gerada pelo enfermo e sua família, muitas vezes é resultante do próprio sistema de saúde e suas especificidades. A AD requer em muitos casos, a prestação de serviços ou cuidados, tanto assistenciais como sociais, sendo necessário que exista uma boa conexão entre estes dois. Neto & Dias (2014) apontam que a complexidade em AD está diretamente ligada a fatores únicos, tais como:

- Trabalhar com famílias em situações de vulnerabilidade nos mais diversos graus;
- Atender pessoas com privação, temporária ou definitiva, da mobilidade e autonomia;
- Construir redes de apoio a cuidadores extenuados (ver capítulo sobre cuidadores);

- Executar no domicílio planos terapêuticos baseados em evidências de ponta;
- Determinar o cuidado pela demanda do paciente, não pela patologia, grupo etário ou área de risco;
- A demanda muitas vezes é gerada pelo sistema de Saúde insuficiente na promoção da integralidade;
- Ausência de retaguarda física da Instituição, exigindo postura diferente na casa do outro (não somos nesta etapa os senhores doutores, mas uma visita que humildemente se coloca na casa do outro, o que não é ensinado na academia);
- Requer, em muitos casos, a prestação de cuidados assistenciais e sociais, necessitando boa conexão entre ambos e promoção de efetiva intersetorialidade, via rede social de apoio.

Em razão do grau de complexidade dos cuidados a serem prestados, a colaboração e adequada articulação entre recursos da Atenção Secundária e Terciária com da APS se faz necessária, sendo imprescindível que exista uma integração adequada com outros elementos e recursos que complementam a assistência, tais como hospitais-dia, centros de reabilitação, estrutura de Saúde Mental e outros, estabelecendo linhas de cuidado. Para que possa desenvolver-se corretamente, a AD demanda a participação e apoio dos elementos familiares, da vizinhança e do uso de uma rede de apoio disponível ou a ser construída na comunidade e sociedade. São princípios fundamentais da AD (NETO & DIAS, 2014):

- Abordagem integral ao paciente e à família

- Consentimento da família, participação do usuário e existência de cuidador (consentimento informado/termo de adesão). A participação é fundamental.
- Trabalho em equipe/interdisciplinariedade
- Territorialização para adscrição da clientela
- Inserção nas políticas de saúde e social locais
- Estímulo às redes de solidariedade e formação de parcerias

1.3. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

O cuidado no domicílio demanda planejamento, que passa pelo conhecimento da demanda de cuidados no âmbito do Território, no caso de equipes de APS, e no município como um todo, no caso dos SAD. Assim, é necessário mapear indivíduos candidatos ao cuidado domiciliar, seu perfil de doenças, autonomia e dependência, demandas de cuidados e, portanto, traçar um perfil clínico-epidemiológico da população adscrita.

A partir deste perfil, é fundamental estabelecer um plano de ação que envolva o diagnóstico situacional, o planejamento de ações, e a previsão de indicadores capazes de apoiar o monitoramento e a avaliação destas ações para subsidiar a correção de estratégias e o aprimoramento contínuo do cuidado.

1.3.1. Cadastro e análise da estrutura domiciliar

Devem ser cadastradas aquelas pessoas que possam se beneficiar do cuidado domiciliar, famílias cujas vulnerabilidades demandem investi-

mento das equipes, e demais situações que se apresentem como factíveis de uma atenção *in loco*. A partir deste cadastro inicial, deve-se organizar um plano de avaliação de casos, e a seguir, propor um cronograma de avaliação de critérios de elegibilidade que também deve levar em conta, diante das informações previamente existentes, a VD inicial a candidatos que, ainda que não conhecidos em profundidade, devem ser aqueles que provavelmente se beneficiarão deste cuidado.

Após a confirmação de que aquela pessoa seja realmente uma candidata a ser beneficiada pelo cuidado domiciliar, que a visita é viável e factível, e pactuar a atenção e os papéis da equipe e familiares, *é fundamental estabelecer a análise da infraestrutura domiciliar*, classificação da complexidade e determinação de um plano de cuidados. (BRASIL, 2020).

Caso o problema de saúde em questão, ou o arranjo familiar demonstrem a inviabilidade do cuidado no domicílio para a equipe de APS, será necessário o acesso a outros serviços. Se a questão se relaciona a maior densidade tecnológica, equipes multiprofissionais de AD (SAD e EMAD) podem assumir o caso. Se há inviabilidade para o cuidado ser realizado no domicílio, o nível e o tipo do cuidado deverão ser feitos em hospitais ou em outros pontos da rede.

Naqueles casos em que o cuidado deveria ser realizado pelas equipes de APS, mas o domicílio apresenta empecilhos de ordem física, de dinâmica ou de estruturação familiar ou outros, cabe à própria equipe lançar mão da intersetorialidade e da rede de apoio social para criar as condições necessárias para o cuidado, através de um trabalho intersetorial, que estabeleça novos caminhos para o cuidado, especialmente com as estruturas de Assistência Social. (SAVASSI & CUNHA, 2018).

Por outro lado, ao estabelecer o domicílio como âmbito possível de cuidados e a APS como a responsável pelo paciente, passa-se à estratificação dos riscos e da vulnerabilidade e ao desenho do plano de cuidados de acordo com a demanda estabelecida e as possibilidades de oferta de cuidado pela equipe.

1.3.2. Planejamento de Visitas Domiciliares

One of the keys to conducting a successful home visit is to clarify the reason for the visit and carefully plan the agenda.

(UNWIN & JERANT 1999).

Definindo-se o plano de cuidados a ser adotado, é necessário planejar a VD e organizar o material, membros da equipe e a logística de realização da ação fora da Unidade de Saúde. Uma série de pontos de verificação, dispostos a seguir em etapas, devem ser cumpridos para que os resultados não sejam comprometidos. No processo de planejamento, todas as questões relativas à operacionalização devem ser previstas e bem planejadas, proporcionando a otimização de tempo e recursos para cada equipe, conforme descrito a seguir (CUNHA & GAMA, 2012; SAVASSI & CUNHA, 2017):

- Definição do itinerário, mapeamento da área e do transporte a ser utilizado. O uso de ferramentas de livre acesso da Internet, como *Google Maps*®, *Waze*®, ou similar é desejável, bem como a consulta ao mapa de abrangência de cada microárea.
- Previsão do tempo para execução da VD em cada domicílio, mediante discussão com equipe, e notadamente com o ACS responsável.
- Previsão de equipamentos, insumos e medicamentos a serem utilizados em cada visita.
- Organização de prontuários, receituários, guias e formulários que serão provavelmente necessários na visita.

- Priorização do horário preferencial das famílias para a realização das VD, de acordo com as possibilidades de equipe e cuidadores mais relevantes naquele momento.
- Agendamento prévio e confirmação do horário da VD ao domicílio.
- Organizar o início da rota de visitas pelos domicílios que provavelmente demandarão menos tempo.

Na organização da VD, alguns itens devem ser observados para se garantir o alcance do objetivo proposto com a priorização de indivíduos e famílias de maior risco. A equipe deve dispor de materiais devidamente acondicionados em maleta que garantam o desenvolvimento de suas atividades no domicílio, incluindo uma previsão de insumos, medicamentos e material médico para aferição de dados vitais e exames/ testes rápidos.

Por outro lado, torna-se cada vez mais evidente o papel da tecnologia, ao potencializar a vigilância de pessoas acamadas ou domiciliadas por telemonitoramento telefônico ou mediado por tecnologias presentes em aparelhos celulares móveis tipo *smartphone*, bem como ampliar muito a utilização de telecapacitações, tele diagnóstico, tele consultoria, tele segunda opinião. Assim, é fundamental estabelecer correlação entre o planejamento de VD e o uso destas tecnologias para otimizar o cuidado, visando propiciar mais acesso a mais pessoas.

1.3.3. Monitoramento e avaliação em AD

A partir dos critérios de elegibilidade, da classificação da complexidade do cuidado, e da definição do rol de pacientes sob cuidados, é necessário organizar a prática de cuidados, seja no âmbito da APS, seja nas equipes de AD. Portanto, instrumentos de gestão do cuidado fazem-se

necessárias. Algumas escalas definem a periodicidade do cuidado e serão abordadas no capítulo seguinte. Outros instrumentos podem ser úteis e atuam de forma visual.

Um deles seria um quadro de visitas domiciliares a serem feitas pelos integrantes da equipe, no qual o membro da equipe designado para o cuidado é marcado no quadro no mês em que precisa ser realizada a VD. Ao término de sua visita, ele marca a sua visita com um “X” ou “check” sobre a letra da sua profissão e indica qual a próxima visita com a letra de qual profissional deveria realizá-la. Assim, tem-se um instrumento visual que demonstra qual a necessidade, a periodicidade, o profissional responsável e ainda permite identificar visitas que não foram realizadas, possibilitando o monitoramento. (Figura 2)

Outra opção são as gavetas de fichas de atendimento por meses do ano, que podem estar disponíveis em uma parede da UBS ou em um arquivo. No início de cada mês, são consultadas as fichas de sua gaveta específica, identificando-se a demanda de atendimentos, e programando-se o cuidado na reunião de equipe. A partir da realização da VD, se muda a ficha para o mês do próximo atendimento. E, ao final de cada mês, aqueles pacientes que não foram visitados permanecem com suas fichas no mês correspondente, deixando claro e de forma visual para a equipe que há a necessidade de reorganizar o cuidado para cumprimento das metas.

CrITÉRIOS de avaliação da qualidade do cuidado em AD são divergentes daqueles adotados para o cuidado ambulatorial em alguns aspectos. Por exemplo, a morte no domicílio é um critério de qualidade do cuidado, quando se considera o cuidado paliativo. Por outro lado, a redução do número de atendimentos em Unidades de Urgência e Internações Hospitalares é desejável. Assim, critérios de desempenho do cuidado em relação a parâmetros nacionais e loco regionais são desejáveis, ao invés da simples produtividade em termos de número de visitas, ou número de pessoas visitadas.

Outros elementos fundamentais para o monitoramento e avaliação referem-se a efeitos adversos do cuidado, tais como iatrogenia e falha na

segurança do paciente. Sob este aspecto, é fundamental estabelecer uma transição segura do cuidado entre os diferentes níveis do sistema, bem como estabelecer estratégias de prevenção de eventos adversos, como descrito nos capítulos seguintes. O estabelecimento deste processo de monitoramento deve ser contínuo e levar em conta os indicadores de processos, de desempenho, e de resultados, que devem ser discutidos periodicamente com a equipe visando à qualificação do cuidado em AD.

Figura 1.2. Instrumento de gestão de visitas:
periodicidade e responsabilidades (UFOP, 2017)

Equipe: _____

Microárea 1

Total pacientes:

Paciente	J	F	M	A	M	Jn	Jl	A	S	O	N	D

Microárea 2

Total pacientes:

Paciente	J	F	M	A	M	Jn	Jl	A	S	O	N	D

Microárea 3

Total pacientes:

Microárea 4

Total pacientes:

A: ACS; M: Médico; E: Enfermeiro; TE: Técnico de Enfermagem; AS: Assistente Social;
U: Universidade (alunos/ internos); R: Residentes

Fonte: Adaptado de Rosa *et al.*, 2017, mediante autorização.

1.4. PERSPECTIVAS FUTURAS

Por fim, devido à pandemia de COVID-19 que atingiu o mundo em 2020, a organização dos sistemas de saúde foi rediscutida para se tentar identificar arranjos exitosos e, em todo o mundo, remanejamentos e adaptações foram realizadas no sentido de ofertar a melhor resposta às populações. Nesse âmbito, os hospitais passaram a ser vistos – inclusive pela população leiga – como realmente devem ser: um local centrado na doença, que pode ser fonte de outras doenças, que representa riscos e deve ser destinado a casos graves, instáveis, com potencial risco de vida. Portanto, um espaço que não deveria ser o local destinado ao cuidado à saúde, e a casos estáveis. (SAVASSI et al, 2020)

Além disso, a sobrecarga ocasionada pela COVID-19 estabeleceu a necessidade de organizar pontos de atenção dedicados ao paciente com quadros agudizados, mas sem instabilidade, bem como a condições crônicas com necessidade de reabilitação perene e casos demandantes de maior densidade tecnológica. Isto demonstrou o papel da AD como uma modalidade de cuidado adequada e maleável às necessidades do sistema, reforçando o papel dos SAD e do cuidado domiciliar prestado pela APS.

Se por um lado, a pandemia de COVID-19 acelerou o uso da Telemedicina, que provavelmente permanecerá como ferramenta cada vez mais útil, por outro a limitação de atendimentos presenciais, tanto no domicílio, quanto em casa, demonstrou que é possível intercalar tais atendimentos, remotos e presenciais, ampliando as possibilidades de cuidados de pacientes em casa e provavelmente ampliando a número de pessoas potencialmente atendidas. (SAVASSI et al, 2020)

Assim, percebe-se que o cuidado domiciliar se apresenta como uma alternativa viável para a organização dos sistemas de saúde, com papel crescente como uma opção substitutiva a Internação Domiciliar para um número relevante de problemas de saúde, como uma prática promotora de universalidade em situações de cuidados ambulatoriais, e como um potente nível de atenção no conjunto dos sistemas de saúde, apresentan-

do características que permitem potencializar o cuidado, principalmente se integrado às RAS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. [Acrescenta capítulo e artigos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2002. p.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003. 47 p. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_Cuidadores_Profissionais.pdf. Acesso em: 30 jan. 2021

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n. 11 de 26 de janeiro de 2006. [Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar]. Diário Oficial da União de 30 Jan 2006. Suplemento - Seção 1, p 1-2. Disponível http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral da Atenção Domiciliar. Caderno de Atenção Domiciliar, volume 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf. Acesso em 30 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Segurança do paciente no domicílio.

Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 40 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_domicilio.pdf. Acesso em: 30 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasil: Diário Oficial da União de 26 de abril de 2016B, Ed. 78, Seção 1, p. 33.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 98 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf. Acesso em 30 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. Altera as Portarias de Consolidação 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC). Diário Oficial da União, de 05 jan 2024. Edição 4, Seção 1, p. 56.

COELHO Flávio Lúcio G, SAVASSI Leonardo CM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. Rev Bras Med Fam Comunidade 1(2):19-6. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc1\(2\)104](https://doi.org/10.5712/rbmfc1(2)104)

CUNHA, Carlos Leonardo F; GAMA, Mônica Elinor A. A Visita Domiciliar no âmbito da Atenção Primária em Saúde. In: Malagutti, W. Assistência Domiciliar: atualidades da Assistência de Enfermagem. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. P 37-48.

FEUERWERKER, Laura Carmargo M; MERHY, Emerson E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Revista Panamericana

de Salud Pública, 24: 3, 2008. p. 180-188. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2008.v24n3/180-188/>. Acesso em 30 jan. 2021.

OLIVEIRA-NETO, Aristides V; DIAS, Mariana B. Atenção Domiciliar no Sistema unico de Saude: o que representou o Programa melhor em Casa? Divulgação em Saúde para Debate, v. 51, p. 58-71, 2014.

ROSA, Liliane A.; Xavier, Denise; Vieira, Jaqueline et al. Projeto de Intervenção: “Revisão de pacientes em Visita Domiciliar na ESF Nova Aliança e definição de critérios para atenção domiciliar de acordo com a população adscrita”. Ouro Preto: Escola de Medicina da UFOP, 2017. Trabalho de conclusão da disciplina Medicina de Família e Comunidade (MED195). Manuscrito.

SAVASSI Leonardo CM; Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária a Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. Rev Bras Med Fam Comunid v. 11, n. 38, p. 1-12, ago. 2016. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1259](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1259). Acesso em 30 jan. 2021.

SAVASSI Leonardo CM; CUNHA Carlos Leonardo F Atenção Domiciliária como estratégia do cuidado na Atenção Primária a Saúde. In: CUNHA, Carlos Leonardo Figueiredo; SOUZA, Inês Leoneza. Guia de Trabalho para o Enfermeiro na Atenção Primária a Saúde. 1ed. Curitiba-PR: Editora CRV Ltda, 2017, v. 1, p. 287-310.

SAVASSI Leonardo CM; LAGE Joana Lourenço; COELHO Flávio Lúcio G. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. JMPHC - ISSN 2179 - 6750. v. 3, n. 2, pp. 179-85 (2012). ISSN 2179 -6750. Disponível em <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/155>

SAVASSI, Leonardo CM; REIS, Gustavo Valadares L; DIAS, Mariana B et al. Recomendações para a Atenção Domiciliar em período de pandemia por COVID-19: Recomendações do GT em Atenção Domiciliar da SBMFC e ABRASAD. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020;15(42):2611. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2611](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2611)

SAVASSI, Leonardo CM.; MELO, Cibele GL; DIAS, Mariana B; RIBEIRO, Marco Túlio AM; ZACHI, Mara Lúcia R. *Tratado de Atenção Domiciliar*. 1. ed. Santana do Parnaíba-SP: Manole, 2022. v. 1. 1298p.

UNWIN Brian K; JERANT Anthony F. The Home Visit. *Am Fam Physician*. 1999 Oct 1;60(5):1481-1488. Disponível em <https://www.aafp.org/aafp/1999/1001/p1481.html>. Acesso em 30 jan. 2021.

CAPÍTULO 2

NÍVEIS E TRANSIÇÃO DO CUIDADO

Leonardo CM Savassi
Marco Tulio AM Ribeiro
Cibelle Gomes Lima Melo

2.1. A DEFINIÇÃO DOS NÍVEIS DE CUIDADO EM ATENÇÃO DOMICILIAR.

Em 2011, o Ministério da Saúde redefiniu a AD no âmbito do SUS e a portaria 2529/2011 tem como grande virtude o reconhecimento, pela primeira vez enxerga, da integração entre APS e SAD como estratégia para uma transição adequada de cuidados, propondo níveis de complexidade clínica e tecnológica que delimitem o cuidado entre eles, mas que permitissem uma espiral de cuidados que mantivesse a rede de atenção necessariamente conectada. A definição da modalidade depende das necessidades de cuidado, da periodicidade entre as visitas, da intensidade do cuidado e do perfil de uso de equipamentos ou dos procedimentos a serem realizados (BRASIL 2024).

Assim, reconheceram-se as ações domiciliares da APS como o nível 1 da Atenção Domiciliar (AD1), que se integram a dois níveis de AD (AD2 e AD3) realizados por Equipes Multiprofissionais de AD (EMAD) destinadas a este fim, sob a necessidade de integração entre níveis (BRASIL, 2011). Posteriormente, com a evolução dos SAD, e da própria RAS, foram redefinidas as atribuições dos três níveis de AD, até que em 2024, se chegou a seguinte definição de equipes e modalidades (BRASIL, 2024):

Quadro 2.1. Modalidades de Atenção Domiciliar e seus critérios de inclusão (Brasil, 2016)

Modalidade	Perfil do usuário	Equipe Responsável
AD 1	Indicação de AD por condição crônica estável e a restrição ao leito ou lar, requeira cuidados da equipe de saúde com frequência espaçada e programada, a ser definida conforme seu Projeto Terapêutico Singular, com acompanhamento regular em domicílio	Equipes de Atenção Primária a Saúde (APS) + Equipe Multiprofissional na APS (Emulti)
AD 2	Indicação de AD, necessite cuidados multiprofissionais, transitórios e intensificados, minimamente semanais, e atendimentos regulares fora do horário de funcionamento dos serviços de APS, e que apresente certos critérios clínicos	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipe Multiprofissional de apoio para Atenção Domiciliar (EMAP)
AD 3	Indicação de AD, necessite cuidados multiprofissionais, e o uso de equipamentos ou procedimentos de maior densidade tecnológica ou demanda por procedimentos sistemáticos em domicílio	EMAD e EMAP
(AD2/AD3)	Equipe Multiprofissional de Apoio para Reabilitação (EMAP-R) cadastradas, preferencialmente, na APS; em municípios com menos de 20.000 habitantes, sem a necessidade de constituição prévia de um SAD, para reabilitação domiciliar, como apoio a AD1	Equipe Multiprofissional de Apoio para Reabilitação (EMAP-R)

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2011; BRASIL 2016; BRASIL, 2024;.

Importante ressaltar que ao longo das políticas de 2011 a 2016, o objetivo foi sempre ampliar a atuação (BRASIL 2011; BRASIL 2016B), mas que novos desafios permitiram entender, por exemplo, que fazia mais sentido a construção de uma EMAP-R para apoiar o trabalho das equipes de APS, que tentar consorciar municípios menores de 20.000 hab para ter uma EMAD dividida entre eles (BRASIL 2024). Da mesma maneira, foi necessário avançar na definição de AD2 como um perfil cada vez mais voltado para a pessoa com problemas agudos de saúde,

a ser cuidada de forma transitória, mas ampliar o perfil da AD3 para incluir a terminalidade da vida, e outros procedimentos de maior complexidade que definem uma pessoa com problemas crônicos, e não transitórios (SAVASSI et al, 2022; BRASIL 2024).

Ressalta-se que o papel das EMAD não substitui as ações realizadas no domicílio pelas equipes de APS, em especial as eSF. Pelo contrário, ao considerar a AD1 como de responsabilidade destas equipes, o MS reconhece o seu trabalho como um eixo fundamental ao mesmo tempo em que as EMAD se apresentam como uma possibilidade de serem complementares, quando as demandas dos pacientes superam a capacidade de resposta das equipes de APS (SAVASSI, 2016)

2.2. A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO

O domicílio é o espaço do outro, o mais íntimo, e para adentrá-lo é necessário respeito às singularidades e padrões culturais de cada família. A comunicação entre equipe, família e paciente é essencial, deve ser clara, objetiva, simples para atravessar todas as barreiras e assim garantir a segurança do paciente.

A AD como modalidade de atenção à saúde resulta de uma escolha pactuada entre equipe e família-paciente. Essa pactuação é primordial para que adesão ocorra e seja possível a construção de um projeto terapêutico que respeite as singularidades e as preferências da família, enquanto responde às demandas técnico-assistenciais. Baseia-se em uma pactuação que deve ocorrer antes mesmo da escolha desta modalidade de atendimento, e se estende para todo atendimento da equipe da AD, em uma aliança terapêutica verdadeiramente construída.

Para que o cuidado domiciliar seja efetivo, a equipe de saúde deve estar preparada para ir a campo e esse preparo demanda organização logística mínima pré e pós alta. E para isso, uma das premissas do cuidado domiciliar é o trabalho em equipe, pois é somente com ele que os pro-

fissionais assistentes alcançarão uma organização individualizada para cada visita, o que garantirá a equidade do cuidado.

Minimamente, antes de qualquer atendimento domiciliar, os profissionais devem conhecer o seu território de abrangência, identificar situações de maior vulnerabilidade e reunir-se em equipe para discussão ampliada dos casos, para que as famílias que necessitem de cuidado domiciliar sejam mapeadas e a definida a ordem de prioridade das visitas. Em seguida faz-se necessária a organização logística necessária para o acesso aos domicílios. Para auxiliar nestas definições os profissionais podem responder às seguintes perguntas (PINHEIRO *et al.*, 2019): Quando visitar? Qual a frequência das visitas domiciliares na agenda de uma equipe? Como visitar? Qual integrante da equipe deve realizar as visitas? Por que visitar? Quem visitar? Quando visitar?

O tempo e turno da VD devem ser definidos em reunião de equipe, com a presença do ACS responsável por aquela família. Alguns elementos ajudam no processo de decisão sobre o horário de agendamento: a vulnerabilidade social e situações que possam colocar a equipe em risco, como violência, a disponibilidade de horários mais convenientes dentro da rotina familiar, o meio de deslocamento presente na UBS, questões geográficas que afetem o acesso e a pressão assistencial. (PINHEIRO *et al.*, 2019)

A frequência das VD será definida a partir do planejamento e organização. Algumas ferramentas podem ser úteis para um planejamento inicial, como será visto nos capítulos subsequentes. Influenciam no processo decisório, além dos fatores já descritos acima, o quadro clínico em questão, o grau de acometimento, o profissional que será mais útil no cuidado, o número de pacientes com demandas de AD e a sobrecarga na agenda da equipe. Geralmente, os profissionais da APS determinam um turno de quatro horas semanais e realizam de 4 a 5 visitas nesse turno. (PIMENTA *et al.*, 2016)

Quanto ao meio, sugere-se o uso de veículo da instituição, quando presente. Na ausência do mesmo, alguns profissionais recorrem a veículo próprio ou visitas percorrendo o território a pé, quando as condições

geográficas permitem. Recomenda-se que estas visitas sejam realizadas com o ACS, que têm maior vínculo com o território e com a família. (PINHEIRO *et al.*, 2019)

O plano de cuidado desenhado na reunião de equipe, e reavaliado a cada contato, definirá o integrante da equipe mais adequado para realizar VD. Isto inclui a lista dos motivos de atendimento de cada pessoa, as metas propedêuticas e terapêuticas pactuadas, o tipo de ação de saúde e material médico-hospitalar necessário e as intercorrências já identificadas, ou passíveis de ocorrer. VD devem ter sua periodicidade definida de acordo com critérios objetivos, os mesmos que determinam quais pacientes serão foco de cuidados domiciliares, e quais deverão ser encaminhados para outras formas de cuidado em saúde. (BRASIL, 2020)

O motivo principal da visita é o provimento de acesso a serviços de saúde quando o indivíduo está temporariamente impossibilitado de frequentar estes serviços, porém VD para abordagem das famílias, vigilância em saúde, e mesmo “visitas-meio” que permitam o estabelecimento de canais de comunicação e de reconhecimento de novas formas de cuidado, são também indicações de motivos para VD. (BRASIL, 2011; SAVASSI & COELHO, 2004)

2.3. TRANSIÇÃO DO CUIDADO

“Transição do cuidado” é o nome dado a um conjunto de ações práticas de segurança que devem ser realizadas para garantir a continuidade da atenção ao usuário de um serviço de saúde, baseada em uma coordenação do cuidado realizada entre dois serviços, ou níveis de atenção dentro do sistema de saúde, cujo foco é que esta atenção se dê de forma contínua sem que esta transição represente riscos ao paciente. (COLEMAN *et al.*, 2007).

As ações de referência e contra-referência estão diretamente relacionadas à “Transição do Cuidado”, especialmente quando se destinam à mudança no protagonismo do provedor de cuidados. Assim, para que

haja transição adequada, idealmente dever-se-iam estabelecer momentos síncronos destinados ao contato presencial e virtual de profissionais e serviços para um melhor ajuste neste processo. Outras intervenções tais como sumários eletrônicos padronizados, podem facilitar um intercâmbio dasquelas informações mais pertinentes sobre o paciente que transita entre os níveis de atenção. (KRIPALANI *et al*, 2007)

Na AD, por estarem em contato com todos os pontos da rede, os SAD muitas vezes são os serviços que mais têm a possibilidade de fomentar e se responsabilizar por uma transição segura do cuidado. Notadamente nos processos de desospitalização, as EMAD cumprem um importante papel de receber o paciente ainda sem condições de alta plena, fazendo de forma segura a transição para que a APS assuma seu papel de cuidado longitudinal.

Por outro lado, déficits na comunicação e de informações na alta hospitalar podem afetar adversamente o acompanhamento do paciente do cuidado domiciliar. Já no âmbito da AD1, a comunicação direta entre médicos hospitalares e da APS é infrequente, bem como a disponibilidade de sumários de alta na íntegra, ou que apresentem informações suficientes para uma transição segura do cuidado. Isto interfere na qualidade do atendimento nas VD de acompanhamento, uma vez que é relevante ao profissional da APS conhecer dados importantes, como resultados de exames complementares e intervenções realizadas durante a hospitalização, bem como desempenhar os planos terapêutico, propedêutico, e de seguimento. (KRIPALANI *et al.*, 2007)

Outro fator relevante refere-se à escassez tanto de núcleos profissionais quanto numero suficiente dos mesmos em alguns pontos da RAS, falta de conhecimento acerca da importância ou ausência de estratégias para uma alta segura e transição efetiva do cuidado, bem como falta de tempo e meios para realizar o contato entre os dois serviços e realizar de forma efetiva essa transição.

O cuidado compartilhado exige alternativas de comunicação efetiva e de trabalho conjunto entre equipes, setores e serviços da RAS. A elaboração conjunta de um plano de cuidados, contendo a lista de problemas,

regime de medicação, alergias, condição física e cognitiva e informações de contato dos cuidadores e profissionais de saúde, facilita a comunicação e a continuidade do cuidado. Estes dados devem estar registrados de forma sistematizada, e uma forma para se organizar isto é através de uma folha de rosto (figura 2.1).

Em um cenário ideal, o município deve utilizar a mesma fonte de registros para os diferentes serviços, propiciando o acesso a informações de forma ágil. Também deve manter atualizados sistemas de dados e canais de informação acessíveis para que profissionais e usuários consigam viabilizar mecanismos de transição e compartilhamento do cuidado. (COLEMAN & BOULT, 2003).

A transferência de cuidados para o domicílio exige quadro clínico compatível com os recursos do usuário e do próprio serviço (SAD ou APS) que o receberá. Dependendo do Nível da AD (AD1 a AD3), será necessário avaliar a disponibilidade, presença e capacitação do cuidador, o nível de monitorização necessária, a via de aplicação de medicamentos, a disponibilidade da equipe e a frequência do cuidado. Portanto, exige que haja comunicação e interlocução entre equipes da instituição em que o paciente se encontra e das que o receberão, para que efetivamente este esteja em condições de manter o cuidado.

2.4. SEGURANÇA DO PACIENTE NO DOMICÍLIO

A segurança do paciente é definida pela Organização Mundial de Saúde como a forma de redução mínima de riscos e danos associados aos cuidados, assim evitando, prevenindo ou melhorando os resultados adversos ou lesões originadas no processo de atendimento. Assim, segurança do Paciente refere-se a reduzir riscos de “danos desnecessários” associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. Desde os primórdios da medicina, com Hipocrates, se estabeleceu a máxima de *Primum non nocere.*, ou seja, primeiro não causar dano, que é a base da filosofia da segurança do paciente. (WHO, 2009).

Danos desnecessários também são conhecidos como “efeitos adversos”, que são ações nocivas não intencionais, causadoras de lesões, agravamento ou óbito no processo de cuidados às pessoas, e que não são resultantes da própria evolução dos problemas de saúde que afetam estas pessoas. Entende-se como dano “mínimo aceitável” aquele nível de cuidados factível de ser atingido de acordo com a tecnologia atual em saúde, tendo em vista que o erro humano é inevitável. A despeito da evolução tecnológica, a assistência traz riscos na maioria das vezes desnecessários, relacionados a um processo assistencial não seguro.

Embora a maioria destes eventos ocorra no âmbito hospitalar, o que nos faz pensar que a desospitalização seja um fator protetor, falhas no processo de cuidado podem ocorrer também no âmbito da AD, e estes dados são ainda menos estudados. O Ministério da Saúde enfatiza e preconiza os seguintes fatores, que estão sistematizados no documento Segurança do paciente em domicílio (BRASIL, 2016A):

- Avaliação criteriosa de elegibilidade
- Informação e comunicação efetivas
- Garantia de continuidade do cuidado
- Garantia de insumos necessários e transporte em tempo oportuno
- Práticas sistematizadas para: precauções básicas, prevenção de infecções e de lesões por pressão, cuidados na administração de medicamentos
- Promoção de ambiente seguro
- Qualificação do cuidador

- Cuidado com os profissionais e educação permanente
- Gerenciamento de resíduos
- Monitoramento e avaliação
- Notificação de incidentes ou eventos adversos

As políticas para a melhoria da qualidade assistencial estiveram muito voltadas para os riscos à segurança do paciente nos hospitais. Como o domicílio não era considerado um local de assistência, não se pensava em segurança do paciente em AD. Com o crescimento exponencial mundial dos SAD e da iniciativa Hospital at Home, se fez necessário atenção a segurança do paciente neste ambiente. Atualmente há dois protocolos de Segurança do paciente no domicílio que podem ser acessados com informações fundamentais para o cuidado: o Manual de segurança do paciente no domicílio do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016A), e o “Caderno de Boas Práticas: Segurança do paciente na atenção domiciliar”, do Núcleo das Empresas de Atenção Domiciliar (NEAD, 2017).

No setor de saúde público brasileiro, para garantia da segurança do paciente no domicílio foram determinados critérios de elegibilidade e inelegibilidade na atenção domiciliar, que podem ser divididos em critérios administrativos e critérios clínicos.

2.4.1. Critérios Administrativos

2.4.1.1. Avaliação de Cuidador:

- Presença de cuidador quando o usuário se encontra dependente funcionalmente.

- Avaliação psicológica desse cuidador e de seus cuidados no domicílio antes da admissão e durante todo acompanhamento.
- Presença de cuidador apto, comprometido com o cuidado, bem treinado previamente pelo hospital para o início de atendimento e manutenção pela equipe com capacitações permanentes
- Assinatura do Termo de Consentimento Informado

2.4.1.2. Avaliação de Domicílio:

- Presença de saneamento básico (suprimento de água potável, fornecimento de energia elétrica segura) e possibilidade de cadastro de prioridade para religamento de rede elétrica.
- Disponibilidade de meio de comunicação de fácil acesso, como telefone para contato com a equipe e com serviços de urgência como SAMU.
- Facilidade de acesso para veículos (ambulância pode estacionar na frente do domicílio do paciente)
- Ambiente com janelas, específicas para o paciente, com dimensões mínimas para um leito e os equipamentos como recomendado na RDC 11 da ANVISA (BRASIL,2006)

2.4.2. Critérios Clínicos (BRASIL, 2020; BRASIL, 2024)

Critérios para inclusão na modalidade ADI

- Paciente com problemas de saúde controlados e compensados, por condição crônica estável e restrição ao leito ou lar, com dependência para as atividades de vida diária;
- Que requeira cuidados da equipe de saúde com frequência espaçada e programada, a ser definida conforme seu PTS, permitindo maior espaçamento entre as visitas, podendo ser visitas mensais ou no máximo semanais;
- Não demandar procedimentos repetidos, uso de equipamentos de maior densidade tecnológica ou técnicas de maior complexidade;
- Na faixa etária do idoso, o Ministério da Saúde através do Caderno de Atenção Domiciliar (volume 2) preconiza o uso da Escala da UFOP (Tabela 3.3 e quadro 3.5) para avaliação da complexidade clínica do cuidado. (BRASIL, 2013) Esta escala está disponível no capítulo seguinte.
- Outras escalas, como a escala ABCDE do Hospital Municipal Odilon Beherens podem ser usadas para classificar a prioridade de visitas em pessoas já selecionadas para AD. Esta escala também está disponível no capítulo seguinte (quadro 3.4).

Assim, os critérios clínicos para admissão em AD serão discutidos no capítulo subsequente de forma mais detalhada, complementando os critérios de segurança do paciente no domicílio.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n. 11 de 26 de janeiro de 2006. [Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar]. Diário Oficial da União de 30 Jan 2006. Suplemento - Seção 1, p 1-2. Disponível http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.529 de 27 de outubro de 2011. [Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)]. Diário Oficial da União 208, de 28 out. 2011. Seção 1. p. 44.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Segurança do paciente no domicílio. Brasília: Ministério da Saúde, 2016A. 40 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_domicilio.pdf. Acesso em: 30 jan. 2021. 2016A.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portaria 825, de 25 de Abril de 2016. [Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas]. Brasília (DF): Diário Oficial da União de 26 de abril de 2016B, Ed. 78, Seção 1, p. 33. 2016B

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 98 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf. Acesso em 30 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. Altera as Portarias de Consolidação 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMec). Diário Oficial da União, de 05 jan 2024. Edição 4, Seção 1, p. 56.

COELHO Flávio Lúcio G, SAVASSI Leonardo CM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 1(2):19-6. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc1\(2\)104](https://doi.org/10.5712/rbmfc1(2)104)

COLEMAN, Eric A; PARRY, Carla; CHALMERS, Sandra A; CHUBH, Amita; MAHONEY, Eldon. The central role of performance measurement in improving the quality of transitional care. *Home Health Care Services Quarterly*, New York, v. 26, no. 4, p. 93-104, 2007.

COLEMAN, Eric A; BOULT, Chad. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(4):556-7.

KRIPALANI, Sunil; LEFEVRE, Frank; PHILLIPS, Christopher O, WILLIAMS, Mark V; BASAVIAH, Preetha; BAKER, David W. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *JAMA*. 2007;297(8):831–841. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.297.8.831>. Acesso em 30 jan. 2021.

NEAD. Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar. Segurança do Paciente na Atenção Domiciliar. Caderno Boas Práticas, Fascículo 3. São Paulo: NEAD, 2017. 51 p. Disponível em: <https://www.neadsaude.org.br/wp-content/themes/nead/nead-digital/boaspraticas03/> Acesso 31 jan. 2021.

PINHEIRO, Juliana Viana; RIBEIRO, Marco Túlio AM; FIUZA, Tatiana Monteiro; MONTENEGRO-JUNIOR, Renan M. Ferramenta para avaliação e gestão da visita domiciliar na atenção primária à saúde: um relato de experiência. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2019;14(41):1818. [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1818](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1818)

PIMENTA Natália D.Q.; ESPERIDIÃO Alba Larissa S.; SAVASSI Leonardo C.M.; PEREIRA Rodrigo Pastor A. User Embrace and house calls: evaluation of access tools among primary health care professionals Anais do 21st Wonca World Congress. 21st World Conference of Family Doctors., 2016, Rio de Janeiro. 21st World Conference of Family Doctors. Galoa Proceedings, 2016. v. 1. p. 54836. Disponível: <https://proceedings.science/wonca-2016>. Acesso 07 set. 2017.

SAVASSI, Leonardo C.M. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária a Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. Rev Bras Med Fam Comunid v. 11, n. 38, p. 1-12, ago. 2016. ISSN 2179-7994. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1259>. Acesso em: 21 ago. 2016. doi: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1259](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1259).

SAVASSI, Leonardo CM.; MELO, Cibele GL; DIAS, Mariana B; RIBEIRO, Marco Túlio AM; ZACHI, Mara Lúcia R. Tratado de Atenção Domiciliar. 1. ed. Santana do Parnaíba-SP: Manole, 2022. v. 1. 1298p.

WHO. World Health Organization. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety v1.1. Final Technical Report and Technical Annexes, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>. Acesso em 18 jan. 2021.

CAPÍTULO 3

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA AD1 E AD2/AD3

Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro
Leonardo Cançado Monteiro Savassi
Mariana Borges Dias

A AD deve ser feita mediante critérios, caso contrário se torna uma mera atividade social. Para que a equipe se organize de forma adequada para atender a necessidade da pessoa e da família que necessita de cuidado domiciliar, os profissionais devem ter claros os objetivos de cada VD específica, bem como das possibilidades de cuidados a partir dela.

No âmbito da APS, a avaliação de condições para AD é fundamental para início do atendimento e para a VD ao paciente. A Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade (AMMFC) propôs, no ano de 2009, cinco etapas para definir as possibilidades de cuidado no domicílio (Quadro 2.1):

Quadro 3.1. Cinco passos para definir a indicação do cuidado domiciliar.

1. *Avaliação da resolutividade da VD* (A VD será resolutiva);
2. *Avaliação da razoabilidade da VD* (A VD é a melhor alternativa);
3. *Aderência do usuário e sua família ao acompanhamento* (engajamento e co-responsabilização);
4. *Autorização do usuário e da família* (termo de consentimento que deverá ser anexado ao prontuário);
5. *Análise da infra-estrutura domiciliar* (avaliação para análise de caso, classificação da complexidade e determinação do plano de cuidados).

Fonte: AMMFC *apud* SAVASSI & CUNHA, 2016

Inicialmente a avaliação da AD pela equipe de APS responsável ocorre no intuito de verificar se realizar uma VD como proposta inicial seria realmente a melhor estratégia para o cuidado, tanto em termos de resolver o problema que se apresenta, quanto de ser a estratégia mais provável para a resolução deste.

Nessa avaliação, a equipe da APS deve verificar com paciente-família-cuidador essa possível estratégia de cuidado. A autorização pela família e a construção do plano de cuidados baseado na Atenção domiciliar juntamente com todos interessados aumenta a garantia de resolutividade da VD e aderência ao cuidado. A escolha de realizar AD não se faz somente com a autorização, engajamento da família e de todos, se faz também com a avaliação pela equipe responsável, sendo fundamental a avaliação de condições para AD, se fazendo necessária, a seguir, a análise da infra-estrutura domiciliar.

A APS é responsável pelo cuidado chamado de AD1, ou Atenção Domiciliar de primeiro nível, que é a mais comumente exercida, como discutido no capítulo 2. Ela se integra aos demais níveis de AD (AD2 e AD3) realizados por Equipes Multiprofissionais de AD (EMAD) destinadas a este fim. Como tal, a AD1 destina-se a pessoa com condição crônica estável e a restrição ao leito ou lar, demandando cuidados da equipe de saúde com frequência espaçada e programada e acompanhamento regular em domicílio. (BRASIL, 2024)

3.1. CRITÉRIOS PARA O CUIDADO EM AD

A modalidade AD é destinada a paciente restrito ao leito ou lar, geralmente dependente de cuidadores, ou famílias com algum grau de vulnerabilidade que torne a abordagem domiciliar a melhor escolha de atenção. Na avaliação clínica do paciente AD1, é primordial que a equipe de APS verifique se o paciente encontra-se com quadro de estabilidade clínica que permita a continuidade do cuidado sem a necessidade de saídas frequentes para outros serviços e que os problemas de saúde este-

jam relativamente controlados para que a frequências de visitas estejam dentro da capacidade de cuidado das equipes de APS. Para essa avaliação podemos utilizar algumas escalas para apoio ao profissional, quanto a plano de cuidado e o projeto terapêutico singular da equipe multiprofissional.

3.1.1. Critérios Administrativos

São critérios para o atendimento domiciliar:

- Presença de cuidador em tempo integral, quando usuário apresentar algum grau de dependência funcional. Caso não apresente dependência funcional, não seria obrigatória a presença do cuidador. Pode-se utilizar as escalas de avaliação de Atividades de Vida Diária Básicas e Instrumentais para essa avaliação de dependência funcional.
- Consentimento do cuidador ou paciente (dependente) com assinatura de termo de consentimento informado
- Presença de ambiente domiciliar minimamente adequado como frisa a ANVISA (2006): presença de rede elétrica, espaço físico para um leito e os equipamentos necessários para assistência, saneamento básico (suprimento de água potável, rede de esgoto, coleta de lixo), meios de comunicação e fácil acesso para veículos de emergência.

3.1.2. Critérios Clínicos

- Pacientes classificados na modalidade AD1

- Pacientes na modalidade AD2, cuja demanda se enquadre na possibilidade de ser acompanhados pela equipe da APS
- Pacientes que receberam alta da modalidade AD2 e AD3 e evoluíram para AD1.
- Coordenação de cuidados de pacientes em AD2 e AD3 (responsabilidade compartilhada com EMAD e EMAP).
- Impossibilidade ou dificuldade de locomoção até a unidade de saúde por problemas de saúde crônicos que os tornam restritos ao leito ou lar, para os quais a AD seria a oferta mais oportuna para o paciente
- Pacientes restritos ao leito e lar que necessitam de cuidados com menor intensidade e que estejam dentro da capacidade de atendimento da Atenção Básica

3.2. CRITÉRIOS DE INELEGIBILIDADE

Segundo a portaria 3005/2024, são critérios de inelegibilidade (BRASIL, 2024):

- Necessidade clínica que demande assistência de qualquer profissional de saúde presencial permanente e/ou monitorização contínua;
- Necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência;

- Necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou
- Instabilidade hemodinâmica ou respiratória ou outras condições que configurem risco de piora abrupta e ameaça imediata à vida, salvo nos casos de cuidados paliativos em fase final de vida em que o usuário já tenha Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) manifestando vontade de falecer em domicílio e equipe (s) do SAD com condições de prestar assistência adequada para alívio do sofrimento.

Além destas, para o perfil de AD2 e AD3, a ausência dos Serviços de AD no território.

Assim, percebe-se que, dentre as sentinelas de vulnerabilidade, há algumas individuais e outras relacionadas ao domicílio, o que permite ampliar o olhar para o território onde se inserem as famílias.

3.3. AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO PARA O CUIDADO DOMICILIAR A PARTIR DA DEMANDA DO TERRITÓRIO PARA AD1

Para avaliar e planejar visitas sugere-se que o profissional de saúde, Pinheiro et al (2019) sugerem que se siga os seguintes passos:

1º passo) Faça a territorialização e o diagnóstico de situação da equipe para conhecer onde está e quais os principais problemas são identificados. Dentre esta avaliação, a equipe identifica, com apoio fundamental dos ACS, quantos e quais são os pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção, que teriam necessidade de atendimento domiciliar.

2º passo) Definir quantos e quais turnos seriam necessários para realizar as visitas, além de quais profissionais deveriam realizar, para estabelecer um cronograma de visitas.

3º passo) Solicitar que os ACS avaliem a vulnerabilidade familiar (Tabelas 3.1 e 3.2), através da Escala de Savassi e Coelho (SAVASSI,

LAGE, COELHO, 2011) para priorização das visitas de acordo esta classificação. Embora seja voltada para a análise da vulnerabilidade familiar, a escala de Savassi e Coelho é útil para apoiar o trabalho dos ACS e para triar ou identificar pacientes vulneráveis.

Tabela 3.1. Sentinelas presentes na Ficha A do SIAB utilizadas no cálculo de vulnerabilidade familiar segundo a EVF-CS

Dados da ficha A SIAB (Sentinelas de Risco)	Pontuação para o escore de vulnerabilidade
Acamado	3
Deficiência Física	3
Deficiência Mental	3
Baixas condições de saneamento	3
Desnutrição grave	3
Drogadição	2
Desemprego	2
Analfabetismo	1
Indivíduo menor de seis meses de idade	1
Indivíduo maior de 70 anos de idade	1
Hipertensão Arterial Sistêmica	1
Diabetes Mellitus	1
Relação morador/ cômodo maior que 1	3
Relação morador/ cômodo igual a 1	2
Relação morador/ cômodo menor que 1	0

Fonte: COELHO & SAVASSI, 2004

Tabela 3.2. Faixas de vulnerabilidade familiar a partir do cálculo do escore da EVF-CS

Escore total	Vulnerabilidade Familiar
Abaixo de 5	V0- Vulnerabilidade habitual
5 e 6	V1- Vulnerabilidade menor
7 e 8	V2- Vulnerabilidade média
Igual ou maior que 9	V3- Vulnerabilidade máxima

Fonte: COELHO & SAVASSI, 2004

4º passo) Realização das visitas programadas, de acordo com reunião de equipe e decisão, a partir da análise de vulnerabilidade familiar e demandas individuais.

5º passo) Após realização da consulta do profissional médico, enfermeiro ou outro profissional de nível superior, sugere-se avaliação dos critérios clínicos, familiares e sociais, através da aplicação da escala de risco e vulnerabilidade de Pinheiro, Ribeiro e Fiuza (Pinheiro *et al*, 2018):

Quadro 3.2. Escala para classificação de risco e vulnerabilidade clínica para pacientes em visita domiciliar na APS (Fortaleza-CE)

Nome: _____			
DN: ____/____/____		Idade: _____	
Indicador	Situação	Escore de risco e vulnerabilidade	Pontuação obtida:
Idade	75 a 84 anos	1	
	>85 anos	2	
Multimorbidade	Nº de comorbidades (≥ 5)	2	
	Descompensação clínica	5	
Polifarmácia	Nº de medicamentos (≥ 5)	2	
Dependência Funcional	AVDs instrumentais	1	
	AVDs Básicas e Instrumentais	2	
Mobilidade	Dificuldade de marcha	1	
	Risco de queda	2	
	Acamado	3	
Suporte familiar	Disfunção familiar [A1] [A2]	1	
	Sobrecarga do cuidador [A3] [A4]	1	
Fragilidade [A5]	Síndrome demencial, depressão, Parkinson, neoplasia, sarcopenia, desnutrição, disfagia, incontinência, Paralisia cerebral	2 (cada)	

Nome: _____			
DN: ____/____/____		Idade: _____	
Indicador	Situação	Escore de risco e vulnerabilidade	Pontuação obtida:
Idade	75 a 84 anos	1	
	>85 anos	2	
Multimorbidade	Nº de comorbidades (≥ 5)	2	
	Descompensação clínica	5	
Polifarmácia	Nº de medicamentos (≥ 5)	2	
Dependência Funcional	AVDs instrumentais	1	
	AVDs Básicas e Instrumentais	2	
Mobilidade	Dificuldade de marcha	1	
	Risco de queda	2	
	Acamado	3	
Suporte familiar	Disfunção familiar [A1] [A2]	1	
	Sobrecarga do cuidador [A3]	1	
	[A4]		
Cuidados Paliativos	PPS(*) 80 A 100	2	
	PPS 50 A 70	5	
	PPS 30 A 50	8	
	PPS < 20	10	
	*PPS: <i>Palliative Performace Scale</i> [A6]		
TOTAL			

Fonte: PINHEIRO *et al*, 2018

* PPS (Palliative Performace Scale): Escala de Performance Paliativa (PPS) é uma ferramenta amplamente utilizada para avaliação e classificação de cuidados paliativos, sendo um instrumento validado para o contexto e língua portuguesa em 2009 (MACIEL & CARVALHO, 2009)

6º Passo) Após a avaliação, o profissional de saúde e sua equipe poderão classificar quanto ao risco e vulnerabilidade clínica seus pacientes de VD. Esta classificação poderá auxiliar no planejamento das próximas visitas, conforme se sugere no quadro 3.3.

Quadro 3.3. Planejamento das visitas através da classificação de risco e vulnerabilidade, de acordo com a pontuação e planejamento temporal das próximas visitas

Classificação quanto ao Risco e vulnerabilidade	Escore	Tempo médio para planejamento das próximas visitas
Baixo	Menor ou igual a 5	6 meses a 1 ano
Médio	6 a 10	4 a 6 meses
Alto	11 a 15	2 a 3 meses
Muito alto	15 ou mais	1 a 2 meses

Fonte: PINHEIRO *et al*, 2018

É importante ressaltar que a abordagem centrada na pessoa deve ser o norte para este planejamento; de acordo com a comorbidade e com a situação de cada paciente os profissionais terão autonomia para agendar os retornos e fazer modificações e concessões ao aprazamento inicialmente proposta.

Seguindo estes passos e aplicação das ferramentas para visita domiciliar, os profissionais possivelmente qualificarão seu trabalho, realizarão acessibilidade e equidade aos pacientes em situação de atendimento domiciliar.

Existem outras escalas que procuram estabelecer critérios para AD1. Estas escalas são voltadas para análises individuais de pacientes, não se aplicando para análises de dinâmica ou vulnerabilidade familiar, mas critérios clínico-epidemiológicos de cunho mais pessoal. Dentre elas a Escala ABCDE (quadro 3.4) e a Escala de elegibilidade da UFOP para classificação da complexidade do cuidado ao idoso (tabela 3.3 e quadro 3.5)

Quadro 3.4. Escala ABCDE, do Hospital Municipal
Odilon Behrens (Belo Horizonte-MG)

A (autonomia)	Totalmente dependente para AVD básicas	2
	Parcialmente dependente para AVD básicas	1
	Independente para AVD básicas	0
B (Base social): Risco sócio-famili- ar + transporte)	R) Risco socio-famili- ar frente à média das famílias da área abrangência: 2 risco acima da média 1 risco na média 0 risco abaixo da média;	2
		1
	T) Transporte/acesso ao centro de saúde: 2 muito dificultado 1 médio 0 viável.	0
	Somatório dos itens R+T: R+T= 4 ou 3 - 2 pontos (frágil) R+T= 2 - 1 ponto (regular) R+T= 1 ou 0 - 0 ponto (usual)	
C (Cuidador)	Cuidador disponível e capacitado	2
	Cuidador disponível, não capacitado	1
	Sem cuidador disponível	0
D (Doença)	Doença restringe a locomoção gravemente	2
	Doença restringe a locomoção moderadamente	1
	Doença não restringe a locomoção	0
E (especialidades)	Consulta-se regularmente em outros serviços	- 2
	Consulta-se ocasionalmente em outros serviços	- 1
	Não se consulta em outros serviços	0

Fonte: Knupp, apud SAVASSI et al, 2022; ALBUQUERQUE et al, 2015.

A escala desenvolvida na Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) para definir critérios de elegibilidade na AD se limita a classificar o idoso. Ela utiliza a lógica de pontuação de sentinelas da escala do SAD Hospital da Aeronautica dos Afonsos, porém as sentinelas são oriundas do Caderno de Atenção Básica de Saúde do Idoso (Tabela 3.3):

Tabela 3.3. Sentinelas de risco individual e critérios de pontuação para avaliar a complexidade do cuidado para o paciente idoso, segundo a Escala da UFOP de risco individual para o idoso (Ouro Preto-MG)

Critérios de avaliação*	0	1	2	3
AVDB	Independente para todas as AVDB (escore 6)	Dependente para até 2 AVDB (escore 4-5)	Dependente para até 4 AVDB (escore 2-3)	Dependência para 5 ou 6 AVDB (escore 0-1)
AVDI	Sai de casa sem ajuda para realizar atividades sociais e controlar as finanças	Necessita de ajuda para sair de casa e para realizar as atividades sociais e controlar as finanças	Não sai de casa, mas realiza as tarefas de casa sem ajuda/ou controla suas finanças	Não tem nenhuma autonomia
Função cognitiva (MEEM)	Sem alterações cognitivas e sensoriais	Alterações cognitivas ou sensoriais	Alterações cognitivas e sensoriais	Sem total funcionalidade cognitiva (vida vegetativa)
Escore de Framingham	Baixo risco < 10 %	Risco moderado 10 a 20%	Alto risco > 20%	–
Presença de úlcera de pele	Ausente e sem fatores de risco	Ausente e com fatores de risco	Presente	–
Estado Nutricional (IMC)	Eutrófico IMC entre 22 e 27	Baixo peso (IMC < 20) ou sobrepeso (IMC ≥ 30)	Perda de peso acentuada (> 5% em 1 mês ou > 10% em 6 meses)	Caquexia ou obesidade mórbida que impeça deambulação
Incontinência Urinária	Ausente	Incontinência transitória	Incontinência de estresse, urgência ou refluxo	Incontinência funcional
Avaliação do humor	Sem alterações no humor	Presença de fatores de risco ou indícios de depressão	Depressão clínica ou escores sugestivos de gravidade	Depressão clínica associado a risco de suicídio

Critérios de avaliação*	0	1	2	3
Funcionalidade familiar	Família funcional	Boa funcionalidade familiar, mas pouca resiliência ou recursos sociais	Família disfuncional	Mora sozinho e sem auxílio familiar

FONTE: Adaptado de SAVASSI *et al.*, 2011.

*AVDB - Atividades de vida diária básicas; AVDI- Atividades de vida diária instrumentais; MEEM- Mini exame do estado mental; IMC- Índice de Massa Corporal.

Quadro 3.5. Determinação do nível e periodicidade do cuidado da Equipe de Saúde na Atenção Primária segundo a Escala da UFOP de risco individual para o idoso. (Ouro Preto-MG)

Nível de Cuidados	Suporte oferecido pela equipe
Pontuação de 0 a 3	Paciente com sua capacidade funcional preservada e baixo risco de agravos à saúde, sem indicação para assistência domiciliar. Acompanhamento habitual da eSF
1º Nível de Cuidados (Pontuação de 4 a 6)	Visita mensal da ACS Visita da enfermagem trimestral Atendimento médico semestral (ou pelo tempo máximo pertinente à prescrição médica) e em casos de intercorrências
2º Nível de Cuidados (Pontuação de 7 a 18)	Visita mensal da ACS Visita da enfermagem bimestral e atendimento em casos de intercorrências Atendimento médico quadrimestral e atendimento em casos de intercorrências Atendimento do técnico de enfermagem ou enfermeiro quando indicado e prescrito pela equipe (exemplo: cobertura para úlceras de membros) Acionar a EMAD quando a necessidade de atenção superar a capacidade de oferta da eSF

3º Nível de Cuidados (Pontuação maior que 19)	Visita mensal da ACS Visita da enfermagem mensal e atendimento em casos de intercorrências Atendimento médico bimestral e atendimento em casos de intercorrências Atendimento do técnico de enfermagem ou enfermeiro quando indicado e prescrito pela equipe Atendimento do Serviço Social de suporte se necessário Acionar a EMAD quando a necessidade de atenção superar a capacidade de oferta da eSF
---	---

FONTE: SAVASSI *et al.*, 2011.

Por fim, uma análise da César (2025) apontou os seguintes critérios para a inclusão de pacientes em AD1, definindo os seguintes critérios com forte consenso entre especialistas em AD:

- Pessoa Acamada;
- Dependência para AVDB;
- Cuidados paliativos - doença grave, progressiva e ameaçadora a vida com comprometimento da capacidade funcional;
- Alteração da mobilidade;
- Doença de base avançada/ em estágio avançado - individualizados em diretrizes de especialidades, com por exemplo insuficiência cardíaca estágio NYHA IV; doença pulmonar obstrutiva crônica estágio mMRC3; doença de Alzheimer CDR3; dentre outras que causem restrição funcional;
- Cuidador não capacitado, demandando VD para capacitação.

Foram definidos ainda como critérios, ainda que com menor consenso:

- Uso de ostomias e de oxigenoterapia;
- Dependência para AVDI;
- Pós internação;
- Deficiência física;
- Alteração da função cognitiva ou comunicação.

3.4. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA AD2/ AD3

São indicações para a inclusão nas modalidades de cuidado AD2 e AD3, sob cuidado das EMAD e EMAP sediadas nos SAD (BRASIL, 2024):

- Afecções agudas, com necessidade de tratamentos parenterais ou outros procedimentos frequentes;
- Afecções crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados sequenciais, tratamentos parenterais ou reabilitação com possibilidade de ganho de funcionalidade;
- Afecções que demandem cuidados paliativos, com necessidade de visitas sequenciais para manejo de sintomas não controlados; e

- Prematuridade com necessidade de ganho ponderal ou de procedimentos sequenciais

Usuários classificados como AD3 são aqueles com problemas de saúde, dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma UBS, com maior frequência de cuidado, de recursos de saúde, mas com um perfil de acompanhamento contínuo e com utilização contínua de equipamentos, ou necessidade de procedimentos domiciliares de repetição. Assim, destina-se a pacientes com demanda do cuidado multiprofissional mais frequente, e equipamentos como suporte ventilatório invasivo ou não invasivo, ou agregação de procedimentos de repetição e maior complexidade, tais como nutrição parenteral, transfusão sanguínea; diálise peritoneal e hemodiálise; drenagens repetidas (toracocentese, paracentese e outras); cuidados paliativos em fase final de vida; ou condições crônico-degenerativas progressivas (BRASIL, 2024).

Em revisão ampla de literatura, o Ministério da saúde, em 2013 aponta que os seguintes critérios tem sido os mais consensuados entre as diversas escalas: aspectos clínicos (utilização de serviços de saúde/quadro clínico/suporte terapêutico/reabilitação/uso de drenos, cateteres e estomias/cuidados de enfermagem/realização de exames complementares e cuidados paliativos), aspectos sócio econômicos e ambientais (risco social e familiar/presença de cuidador e necessidade de treinamento/estrutura familiar, consentimento e participação, idoso sozinho, rede de apoio/condições de moradia/segurança dos profissionais e acessibilidade do domicílio). (BRASIL, 2013)

Assim, em 2023, foi lançado o Instrumento de Avaliação de Elegibilidade Clínica (IAEC) que tem a proposta de diferenciar aqueles pacientes com perfil de AD1, daqueles com perfil de AD2/ AD3 (Quadro 3.6), melhorando a comunicação e a transição do cuidado entre estes níveis (BRASIL, 2023).

Quadro 3.6. Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar (IAEC-AD). Brasil, 2023.

INDICAÇÕES CLÍNICAS MAIS FREQUENTES PARA AD2/AD3

Selecione uma ou mais das seguintes opções para definir a principal indicação clínica do paciente	() Condição de saúde crônica agudizada que requeira atendimento multiprofissional no domicílio, com foco no melhor controle de sintomas causados pela condição de base, incluindo situações de cuidados paliativos.
	() Lesão de pele de difícil manejo pela equipe assistente que requeira avaliação semanal em domicílio, além do possível uso de coberturas especiais.
	() Reabilitação multiprofissional com possibilidade de ganho funcional, especialmente após cirurgia de grande porte, evento agudo, fratura ou hospitalização prolongada.
	() Uso de antibioticoterapia parenteral domiciliar ou outra medicação parenteral seriada, desde que haja mínima estabilidade clínica para permanência no domicílio.
	() Prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.
	() Nenhuma das condições acima.

SISTEMA DE PONTUAÇÃO

INDICAÇÕES CLÍNICAS ESPECIAIS OU GATILHOS		Pontuação
Selecione uma ou mais das opções a seguir. (A presença de qualquer uma delas já classifica o usuário como AD2 ou AD3, <u>INDEPENDENTE DA PONTUAÇÃO FINAL</u>)	() AD2: Necessidade diária de curativos complexos e/ ou medicação parenteral (IM/ EV/SC - exceto insulina) – 5 pontos	
	() AD3: Necessidade de tratamentos de alta complexidade ou intensidade no domicílio: transfusão sanguínea, paracentese, nutrição parenteral, cuidados paliativos sequenciais para manejo de sintomas mal controlados, dentre outros E/OU uso de Ventilação Mecânica Invasiva – 5 pontos	

USO DO SISTEMA DE SAÚDE		Pontuação
Histórico de internação hospitalar nos últimos três meses .	() Nenhuma internação hospitalar nos últimos 3 meses – 0 ponto	
	() Pelo menos uma internação hospitalar nos últimos 3 meses – 1 ponto	
	() Duas ou mais internações hospitalares nos últimos 3 meses – 2 pontos	
	() Pelo menos uma internação em UTI nos últimos 3 meses – 4 pontos	
Frequência de procura por serviços de urgência nos últimos três meses (SAMU, UPA, Pronto-Socorro)	() Nenhuma procura por serviço de urgência nos últimos 3 meses – 0 ponto	
	() Procurou por serviço de urgência 02 vezes nos últimos 3 meses – 1 ponto	
	() Procurou por serviço de urgência de 03 a 04 vezes nos últimos 3 meses – 2 pontos	
	() Procurou por serviço de urgência 05 ou mais vezes nos últimos 3 meses – 3 pontos	
Tempo de permanência hospitalar nos últimos três meses . Considerar o maior período no caso de múltiplas internações prévias.	() Sem história de internação prévia – 0 ponto	
	() Até 07 dias – 1 ponto	
	() De 07 a 30 dias – 2 pontos	
	() Mais de 30 dias – 3 pontos	

VULNERABILIDADE SOCIAL		Pontuação
Relação morador-cômodo: divida o número demoradores pelo número de cômodos, selecionando a opção apropriada.	() Menor que 01 – 0 ponto	
	() Igual a 01 – 1 ponto	
	() Maior que 01 – 2 pontos	

SUPORTE FAMILIAR/CUIDADO		Pontuação
Identifique o suporte de cuidado, seja da família ou de cuidadores.	() Paciente com suporte familiar adequado – 0 ponto	
	() Paciente com suporte familiar inadequado – 1 ponto	

FUNCIONALIDADE			Pontuação
Preencha este campo considerando a idade do paciente, para posterior identificação do grau de dependência, de acordo com sua faixa etária.			
Para crianças de até 07 anos	Em relação ao desenvolvimento neuropsicomotor	() Acompanha o desenvolvimento neuropsicomotor – 0 ponto	
		() Não acompanha o desenvolvimento neuropsicomotor – 6 pontos	
Para crianças maiores de 07 anos, adultos e idosos	Capacidade para tomar banho	() Independente – 0 ponto	
		() Dependente parcial – 1 ponto	
		() Dependente completo – 2 pontos	
	Capacidade para alimentar-se	() Independente – 0 ponto	
		() Dependente parcial – 1 ponto	
		() Dependente completo – 2 pontos	
	Capacidade para locomover-se	() Independente – 0 ponto	
		() Dependente parcial – 1 ponto	
		() Dependente completo – 2 pontos	

POLIFARMÁCIA		Pontuação
Uso de cinco ou mais medicações de uso contínuo, diariamente	() Não – 0 ponto	
	() Sim – 1 ponto	

PONTUAÇÃO FINAL	
-----------------	--

Modalidade AD	Pontuação no instrumento
AD1	Até 09 pontos
AD2	De 10 a 15 pontos
AD3	Maior ou igual a 16 pontos

Fonte: Brasil, 2023

3.5. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE UTILIZADOS EM SERVIÇOS PRIVADOS E DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Tendo em vista que no setor privado, ao contrário do SUS, a organização é regida ainda pela RDC número 11 de 2006 da ANVISA, e que o mesmo não se organiza de acordo com os níveis AD1 a AD3 de modalidades de cuidado, trazem-se aqui os critérios utilizados pelos mesmos. Algumas ferramentas que definem critérios de inclusão para estes Serviços do setor privado ou na saúde suplementar são bastante consolidadas para definição de necessidades de cuidados.

As mais comuns são as escalas do Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar (NEAD) e da Associação Brasileira de empresas de medicina domiciliar (ABEMID). A finalidade de ambas é, através da estimativa de necessidade presencial de horas de enfermagem, precificar os valores ao consumidor.

O SUS, por sua vez, acompanha a grande tendência internacional, de não apontar para enfermagem continua no domicílio, porem incentiva uma rede de atenção à saúde articulada e com resposta rápida à qualquer necessidade do paciente, bem como aposta na boa qualificação e instrumentalização dos cuidadores e familiares, com acesso contínuo às equipes dos SAD sempre que preciso.

Cabe ressaltar que em 2016 foi lançada a “Nota Técnica Conjunta GGTES/CGAD nº 01/2016”, com a finalidade de elucidar a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº11, de janeiro de 2006, que dispõe sobre atendimento domiciliar à luz das definições previstas nos atos de regulamentação dos Serviços de Atenção Domiciliar no SUS. (BRASIL, 2016) Nesta, fica explicito que:

Em relação à realização de ventilação mecânica invasiva no domicílio e demais procedimentos de maior complexidade: entende-se como atenção integral a oferta de cuidado intensivo, com maior necessidade de frequência de visitas e de abordagem multiprofissional da equipe, atrelado à presença de cuidador capacitado inclusive para reconhecer as intercorrências possíveis e resolvê-las ou acionar

a retaguarda apropriada. Não indica, portanto, exigência de presença de membro da equipe em tempo integral no domicílio. Cabe destacar, entretanto, que todas as ações e procedimentos previstos devem ser descritos no PAD (Plano de Atendimento Domiciliar), com seus respectivos responsáveis e que o Responsável Técnico pelo SAD responde pelo funcionamento e eventuais intercorrências na assistência prestada. (Brasil, 2016, p.1)

A Escala do Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar (NEAD) tem três etapas de critérios a serem preenchidos:

O Grupo 1 classifica a Elegibilidade do cuidado, definindo se há: cuidador em período integral, ausência de riscos no domicílio e impedimento para se deslocar até a rede de referência credenciada para o cuidado. A negativa para qualquer dessas três situações levaria ao cancelamento, ou não inclusão na AD;

O Grupo 2 avalia se há critérios para “internação domiciliar imediata”, lembrando que serviços privados são regidos pela RDC 11 da Anvisa (Vide capítulos 1 e 2) e diferenciam “internação domiciliar” de “atenção domiciliar”: Alimentação Parenteral, demanda de Aspiração De Traqueostomia (TQT) / Vias Aéreas Inferiores, indicação de Ventilação Mecânica Contínua Invasiva, Hipodermóclise ou Medicação Parenteral indicam esta modalidade. Nesta etapa, classifica-se o cuidado como contínuo (24 horas), parcial (12 horas) ou Assistência “ambulatorial” domiciliar. A classificação é de acordo com o maior parâmetro nas situações citadas acima (exemplo: se há demanda de medicação parenteral até quatro vezes ao dia (ambulatorial) x várias vezes ao dia = 24 horas, ou de aspiração contínua de TQT/ Vias aéreas inferiores, ou ainda se o desmame de VM é superior a 12 horas).

Por fim, o Grupo 3 atua com a pontuação de critérios para planejamento de periodicidade e nível de cuidados, avaliando estado nutricional, alimentação ou medicações por via enteral, Atividades básicas de vida diária pela escala de KATZ, internações no último ano, demanda de aspirações vias aéreas superiores, presença de lesões, demanda de fisioterapia respiratória, uso de oxigenioterapia, nível de consciência e por fim medicações. De acordo com esta última pontuação, definem-se:

- Até 5 Pontos - Considerar procedimentos pontuais exclusivos ou outros programas
- De 6 a 11 Pontos - Atendimento Domiciliar Multiprofissional
- De 12 a 17 Pontos - Considerar Internação Domiciliar 12h
- 18 ou mais Pontos - Considerar Internação Domiciliar 24h

Já a Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar (ABEMID) avalia o paciente de acordo com as Tabelas de avaliação de Complexidade Clínica, seguida de Tabela de avaliação socioambiental (VILAR, 2003).

Inicialmente, a tabela de complexidade assistencial da ABEMID avalia, com pontuação de zero a cinco, o suporte terapêutico (sondas e ostomias), quimioterapia, suporte ventilatório (oxigenoterapia e Ventilação Mecânica em suas diferentes modalidades), lesões, independência, demanda de reabilitação, e de terapia nutricional, classificando o paciente como:

- Até 7 pontos Paciente não elegível para AD
- De 8 à 12 pontos Baixa Complexidade
- De 13 à 18 pontos, ou 5 pontos em qualquer das avaliações, Média Complexidade
- Acima de 19 pontos Alta Complexidade

Já a tabela de avaliação socioambiental identifica questões familiares (estrutura, consentimento, participação e cuidador).

Na avaliação social, avalia-se portanto (A) estrutura familiar, (B) o consentimento e participação familiar, e (C) aceitação do cuidador formal ou informal pontuando 0, 2, 5 ou 10 para cada item e gerando a seguinte avaliação:

- 1) Somatório dos itens A+B+C atinge 0 e 6 pontos: Pacientes não elegível para ID
- 2) Somatório dos itens A+B+C atinge 7 a 15 pontos: Paciente elegível condicionalmente
- 3) Somatório dos itens A+B+C atinge 16 ou mais pontos: paciente elegível

A avaliação ambiental considera: (A) Espaço Físico, (B) Acesso Físico e (C) Segurança e Meio Ambiente, pontuando os itens A e B com 0, 2, 5 ou 10, e identificando no espaço C quaisquer situações que contraindicam a AD. Assim o escore A+B reflete-se em:

- 1) Somatório dos itens A+B entre 0 e 2 pontos Paciente não elegível para ID
- 2) Somatório dos itens A+B entre 3 e 7 pontos Paciente elegível condicionalmente
- 3) Somatório dos itens A+B acima de 8 pontos Paciente totalmente elegível para ID

Sugestão de Atividades de Fixação para alunos e residentes

Situação Problema1:

M.B.S, 68 anos, casado há 20 anos pela segunda vez com A.B.S de 56 anos. Teve três filhos do primeiro casamento, mas não possui contato com esses. Vive em residência de dois cômodos, sem saneamento básico e com grande quantidade de lixo acumulado e de roedores. Evangélico, porém não consegue ir a igreja por impossibilidade de deambulação. Etilista pesado durante 48 anos, tendo interrompido o hábito há 2 anos. A esposa é usuária de crack e é quem recebe a aposentadoria do paciente. Segundo ele, esta gasta com o uso da droga e não provém o domicílio com alimentos e produtos de consumo. Recebe alimentação escassa pelos vizinhos. Apresenta incontinência urinária e não toma banho há 1 semana. Caiu 3 vezes no último mês quando ia do quarto para o banheiro. O paciente possui insuficiência hepática secundária à cirrose. Encontra-se na rede, onde passa a maior parte do tempo, bastante abatido. Queixa dor em queimação em mmii, dispneia e fadiga. Sem uso de medicamentos no momento.

Ao exame: Emagrecido, acianótico, ictérico ++\4+, hipocorado ++\4+. Membros inferiores com lesões infectadas e eczema. MV diminuído, sem RA. RCR 2T sem sopros. Ascite e hepatomegalia 8 cm. Dor a palpação de hipocôndrio direito.

Fonte: Adaptado de AGUIAR et al (Programa de Residência Médica - UFC)

Utilizando seus conhecimentos sobre cuidados paliativos, qual o percentual este paciente atinge na Escala de performance Paliativa? (Ver escala PPS no capítulo de Cuidados Paliativos)

a) 20

b) 30

c) 50

d) 60

Resposta: o paciente encontra-se acamado durante a maior parte do tempo, o que, pelo PPS lhe dá uma classificação PPS50%. Além disto, tem doença extensa que o incapacita, demanda assistência considerável e encontra-se com cognição preservada, o que mantém a classificação no patamar.

Utilizando a escala de risco e vulnerabilidade para atenção domiciliar de Ribeiro, Fiuza e Pinheiro, qual o escore obtido e qual o risco para este paciente.

a) 8 risco baixo a médio

b) 11 risco moderado

c) 13 risco alto

d) 20 risco muito alto

Resposta: 5 pontos por descompensação clínica, 2 pontos por dependência funcional, 3 pontos por ser acamado, 1 ponto por disfunção familiar, 1 ponto por sobrecarga do cuidador, 2 pontos por incontinência, 2 pontos por depressão, e 8 pontos pelo PPS50% = escore= 20 pontos.

Situação Problema 2:

Um Agente comunitário de Saúde acaba de retornar de uma localidade rural onde cadastrou uma família com duas senhoras acima de 70 anos. VVF, uma delas, é viúva e hipertensa. MLE, a outra, é hipertensa, analfabeta e tem deficiência mental moderada. A antiga fazenda onde moram tem fossa séptica, água limpa de nascente e o lixo é queimado. São dez cômodos, há fogão à lenha e um bom café feito na hora.

Fonte: Adaptado de Savassi & Cunha (2017)

Com o cadastro desse domicílio e respectivas famílias, é hora do ACS verificar as sentinelas de risco para classificar a vulnerabilidade da família para fins de avaliar a necessidade de visitas pelos demais membros da equipe. Qual o escore final e classificação de Vulnerabilidade desta família?

- a) 6 pontos – V1- Vulnerabilidade menor
- b) 6 pontos – V2- Vulnerabilidade média
- c) 7 pontos – V1- Vulnerabilidade menor
- d) 8 pontos – V2- Vulnerabilidade média
- e) 9 pontos – V3 - Vulnerabilidade máxima

Resposta: A primeira moradora tem mais de 70 anos (1 pt) e é hipertensa (1 pt). A segunda moradora tem mais de 70 anos (1 pt), hipertensa (1 pt.), deficiência mental (3 pt) e analfabetismo (1 pt).

A casa não tem nenhuma sentinela sanitária grave (0 pt), pois para este item classificamos pela presença do pior cenário na ficha do SIAB (lixo a céu aberto, esgoto a céu aberto, água não tratada).

A relação morador/ cômodo é inferior a um, ou seja, não há aglomeração de pessoas.

O escore final soma oito pontos, o que representa uma vulnerabilidade “média” na classificação.

REFERÊNCIAS:

ALBUQUERQUE NP, GIL CN, OLIVEIRA SMS, MIRANDA TT, ALVES VLT. COC44 Escore de necessidade de atenção domiciliar: adaptação do instrumento e sistematização. Anais do 13º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade. Natal: SBMFC, 2015. p. 28. Disponível em https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/media/ANAI_Sbmfc.pdf Acesso 09 mar 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral da Atenção Domiciliar. Cadernos de Atenção Domiciliar, volume 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 205 p. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf Acesso em 30 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica conjunta GGTES/CGAD nº 01/2016. [Assunto: elucidar a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº11, de janeiro de 2006, que dispõe sobre atendimento domiciliar à luz das definições previstas nos atos de regulamentação dos Serviços de Atenção Domiciliar no SUS]. Disponível em <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/04/Nota-Tecnica-conjunta-GGTESCGAD-n-012016.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar (IAEC-AD). Disponível

em <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScQPloSm9Q7017Rg2m-RyetsRQOsS33GZBYMlE8V7KsjB3uDA/viewform> . Acesso 10 mar 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. Altera as Portarias de Consolidação 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMec). Diário Oficial da União, de 05 jan 2024. Edição 4, Seção 1, p. 56.

CÉSAR, Camillo de Alcântara. Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: experiências de Ouro Preto/MG e proposta de matriz de elegibilidade para visita domiciliar. 2024. 85 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Escola de Medicina, Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2024. Disponível em <https://www.repositorio.ufop.br/handle/123456789/19679>. Acesso 09 mar 2025.

COELHO Flávio Lúcio G, SAVASSI Leonardo CM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. Rev Bras Med Fam Comunidade 1(2):19-6. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc1\(2\)104](https://doi.org/10.5712/rbmfc1(2)104)

DAL BEN, Luiza Watanabe; GAIDIZNSKI, Raquel Rapone. Sistema de classificação de pacientes em assistência domiciliária. Acta Paul Enferm 2006;19(1):100-8.

MACIEL, Maria Goretti Sales; CARVALHO, Ricardo Tavares. A Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos versão 2 (EDCP v2). Tradução brasileira para a língua portuguesa (Portuguese Brazilian translation of Palliative Performance Scale - PPS version 2). 2009. Disponível em https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/07/pps_-_portuguese_brazilian_-_sample.pdf Acesso em 28 jan. 2021.

NEAD. Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar. Tabela de avaliação para planejamento de Atenção Domiciliar. Online. Disponível em <https://www.neadsaude.org.br/wp-content/uploads/2018/11/5-FINAL-SITE.pdf>. Acesso em 18 jan. 2021.

PINHEIRO, Juliana Viana; RIBEIRO, Marco Túlio AM; FIUZA, Tatiana Monteiro; MONTENEGRO-JUNIOR, Renan M. Ferramenta para avaliação e gestão da visita domiciliar na atenção primária à saúde: um relato de experiência. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2019;14(41):1818. [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1818](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1818)

SAVASSI, Leonardo C.M.; LAGE, Joana L.; COELHO, Flávio Lúcio G. Sistematização de Instrumento de Estratificação de Risco Familiar: A Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. *JMPHC*. v. 3, n. 2, pp. 179-85 (2012). ISSN 2179 -6750. Disponível em <http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/view/155>

SAVASSI, Leonardo C.M. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 11, n. 38, p. 1-12, ago. 2016. ISSN 2179-7994. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1259>.

SAVASSI, Leonardo C.M; CUNHA, Carlos Leonardo F Atenção Domiciliária como estratégia do cuidado na Atenção Primária a Saúde. In: Carlos Leonardo Figueiredo Cunha; Inês Leoneza de Souza. (Org.). *Guia de Trabalho para o Enfermeiro na Atenção Primária a Saúde*. 1ed. Curitiba-PR: Editora CRV Ltda, 2017, v. 1, p. 287-310.

SAVASSI, Leonardo C.M; JABER, Sati M.; MELO, Cibele G.L.; LOPES, Heitor R. Avanços nas políticas de atenção domiciliar e nas estratégias de cuidado e seu impacto na atenção primária a saúde. In: *Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*; AUGUSTO, Daniel K.;

UMPIERRE, Roberto N. PROMEF Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade: Ciclo 13. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2019. p.25-69.

SAVASSI, Leonardo CM.; MELO, Cibele GL; DIAS, Mariana B; RIBEIRO, Marco Túlio AM; ZACHI, Mara Lúcia R. **Tratado de Atenção Domiciliar**. 1. ed. Santana do Parnaíba-SP: Manole, 2022. v. 1. 1298p.

VILAR, Josier M. Visão da ABEMID sobre o cenário atual de assistência à saúde privada no Brasil. Rev Bras Home Care. 2003; 8(97):4.

CAPÍTULO 4

ABORDAGEM DOS CUIDADORES E DA FAMÍLIA

Leonardo Cançado Monteiro Savassi
Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro

4.1. ABORDAGEM DE CUIDADORES

Entende-se como “Cuidador(a)” aquela pessoa que se torna responsável por cuidar de outra pessoa com perda de autonomia que depende da primeira e sem a qual é incapaz de continuar vivendo na sua casa (DUARTE, 2006). Em atenção domiciliar consideramos Cuidador como “pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o usuário em suas necessidades e atividades da vida cotidiana” (BRASIL, 2016)

Cuidadores são classificados como “formais”, quando são pessoas que prestam cuidados de maneira autônoma ou contratados a partir de agências específicas, em geral profissionais da enfermagem, ou que realizaram cursos específicos, compreendendo uma modalidade de atuação que desde 2002 foi incluída no Código Brasileiro de Ocupações. (DUARTE, 2006).

A maioria das pessoas em cuidados domiciliares, entretanto, é apoiada pelos cuidadores “informais”, pessoas da família, amigos próximos e/ou vizinhos que exercem tarefas de apoio e cuidados voluntários para suprir a incapacidade funcional do paciente sendo o domicílio o espaço sociocultural natural. Geralmente nestes casos há um cuidador principal e outros membros atuam de maneira complementar, como cuidadores secundários. (SAVASSI & MODENA, 2013)

As pessoas se tornam cuidadoras por motivos diversos, como o parentesco e a conjugalidade, a proximidade física, a proximidade afetiva,

a ausência de outras pessoas disponíveis para o cuidado, falta de recursos financeiros, a obrigação moral baseada em aspectos culturais e religiosos, e o gênero feminino. (GONÇALVES et al, 2006; SAVASSI & MODENA, 2013)

O papel de cuidador familiar geralmente vai sendo desenhado ao longo dos anos e dos ciclos de vida, sob influência de diversos fatores da história familiar, até que chega o momento de iniciar o processo de cuidado, quando assumem este papel tão logo o familiar demande, como se estivessem pré-determinados a isto, como se soubessem que ocupariam esse lugar (SILVEIRA et al, 2006).

Cuidadores informais apresentam uma dicotomia de sentimentos relevante, levando a relatos ora otimistas, ora pessimistas dessa tarefa. Cuidar se relaciona a sobrecarga, visto que a atuação ocorre em tempo integral, mas também eleva o espírito, como o cumprimento de um dever moral e de princípios religiosos, com satisfação pela manifestação de gratidão e reconhecimento (SILVEIRA et al, 2006; GONÇALVES et al, 2006;). Por fim, há:

uma rica epistemologia na literatura quanto ao volume de trabalho do cuidador – que é referido pelos autores sob vários termos tais como *burnout*, sobrecarga, estresse, fadiga, desgaste, vulnerabilidade, “limite”. O ato de cuidar tem vários fatores estressores, tais como o físico, social, emocional ou laboral. (SAVASSI & MODENA, 2013, p.317-18)

Entendendo o cuidador como parte de um sistema mais amplo, o familiar, seja por pertencer a família da pessoa cuidada, ou por se inserir na intimidade do domicílio, entende-se que há a necessidade de entender a família, avaliar a sua funcionalidade, e pactuar processos de organização de responsabilidades pelo cuidado. Assim, temos três vertentes que devem ser abordadas na APS ao lidar com a família cuidadora: a abordagem familiar como um todo, abordagem especificamente técnica do cuidador enquanto sujeito provedor de cuidados, e o cuidado à pessoa que cuida.

4.2. ABORDAGEM DA FAMÍLIA

Para realizar abordagem integral da pessoa no domicílio é necessário compreender a dinâmica familiar e os papéis de seus integrantes. Para isso, é fundamental a utilização das ferramentas para abordagem familiar.

A abordagem da família no domicílio exige conhecimentos advindos da atenção primária, dos cuidados paliativos (CP), e da psicologia. Abordar famílias em situação de sofrimento, estando ao mesmo tempo dentro de crises previsíveis e situações de saúde grave, exige da equipe de cuidados domiciliares um olhar amplo, que permitam entendimento dos papéis de cada um dentro daquela família. (CHAPADEIRO, ANDRADE, ARAÚJO, 2011)

Entender como aquela família lida com a perda progressiva da funcionalidade, ou o aumento das necessidades de cuidados da pessoa domiciliada, e ao mesmo tempo permita abordar o cuidador, ou o conjunto de cuidadores, ao mesmo tempo de forma clínica, e técnica, considerando as possibilidades de apoiar este cuidador, ou grupo de cuidadores em seu processo de cuidados.

Assim, uma série de instrumentos de abordagem familiar podem ser utilizados, entendendo que há elementos de classificação das famílias, de representação familiar, de análise de suas relações, e de abordagem. Sugere-se a aplicação do genograma a todas as famílias visitadas para compreender a relação entre os familiares, possíveis conflitos, possíveis e potenciais cuidadores. Por ser uma ferramenta de rápida aplicação e fácil compreensão, o genograma é uma ferramenta essencial na visita domiciliar. Caso haja necessidade de se aprofundar a avaliação desta família podemos aplicar outros instrumentos como o PRACTICE, FIRO e ECOMAPA. (CHAPADEIRO, ANDRADE, ARAÚJO, 2011)

Inicialmente deve-se entender o tipo de família com a qual estamos lidando. A análise da tipologia familiar, conforme o número de pessoas, suas relações parentais e situações especiais pode seguir algumas classificações (KASLOW, 2001):

- Família nuclear bigeracional: núcleo familiar composto por pais e filhos;
- Famílias extensas, incluindo 3 ou 4 gerações;
- Famílias acolhedoras (*foster families*);
- Famílias adotivas, incluindo bi-raciais / multiculturais;
- Casais vivendo separadamente (*commuter couples*);
- Famílias monoparentais, chefiadas por pai ou mãe;
- Casais homossexuais com ou sem crianças;
- Famílias resultantes de divórcios (*remarried/step families*)
- Várias pessoas vivendo juntas, sem laços legais, mas com forte compromisso mútuo.

Em Belo Horizonte, ao se pesquisar famílias sob o ponto de vista da Assistência Social, foram definidas as seguintes tipologias familiares (BELO HORIZONTE, 2013):

- a) Nuclear simples: casal heterossexual e os filhos;
- b) Monoparental feminina simples;
- c) Monoparental masculina (simples ou extensa);

- d) Nuclear extensa: pai e a mãe com seus filhos e/ou outros menores e outros adultos, parentes ou não;
- e) Monoparental feminina extensa: mãe com seus filhos e/ou outros menores e outros adultos, parentes ou não;
- f) Família convivente: famílias juntas mesmo domicílio;
- g) Família nuclear reconstituída: um/ambos genitores em nova união;
- h) Família de genitores ausentes: adultos com parentesco responsáveis pelas crianças ou adolescentes;
- i) Família nuclear com crianças agregadas: pai e a mãe com seus filhos e/ou outros menores

Após a classificação desta família, pode-se identificar qual a etapa do ciclo vital esta família se encontra. Os ciclos de vida podem ser considerados previsíveis ou acidentais e podem variar de acordo com a classe social, identidade de gênero e orientação sexual. Quanto às crises previsíveis, podemos classificá-los de forma mais simplificada desta forma (FERNANDES & CURRA, 2005):

- Adulto jovem ao sair de casa:
- Casamento
- Gravidez

- Casal com filhos pequenos
- Adolescência
- Ninho Vazio
- Envelhecimento

Na fase de adulto jovem, ao sair de casa, muitas pessoas não se identificam como crise, pois normalmente estes jovens estão terminando um curso de graduação, iniciando uma carreira profissional, adquirindo mais autonomia dos pais, iniciando relacionamentos. No entanto, nesta etapa é necessário cumprir tarefas tais como estabelecer a independência pessoal e financeira, desenvolver relacionamentos com jovens iguais, e iniciar a separação emocional de seus pais. Muitos adultos jovens não conseguem desenvolver esta independência o que poderá prejudicar em outros ciclos da vida.

O casamento também é considerado outra etapa previsível. Embora o casal esteja planejando uma vida nova a dois, exigem também algumas tarefas a serem cumpridas, tais como: estabelecer uma relação íntima com o outro; maior desenvolvimento da separação emocional com os pais; aprender com o outro, convívio e primeiros conflitos; dividir os vários papéis do casal; estabelecer nova relação, com a família e os amigos. Normalmente a maioria do casal passa tranquilo por esta fase, mas outros não conseguem conviver com as diferenças e esta crise pode ser considerável.

A gravidez, dentro do casamento é considerada a terceira crise previsível. Na grande maioria das vezes é um desejo do casal, mas algumas vezes podem ser não planejadas ou não desejadas. Devem ser consideradas as mudanças no corpo da mulher; a diminuição do libido e da atividade sexual do casal; alterações psicológicas da mulher tais como introspecção, reedição da própria vida; avaliação da relação com sua mãe;

medo e ansiedade; além da necessidade de inclusão e aprendizado do futuro pai. Esta é uma etapa muito importante na vida do casal, e deverá ser abordada adequadamente durante as consultas de pré-natal.

O nascimento do primeiro filho, quarta crise previsível, deve ser abordada durante as consultas puerperais e de puericultura. Compreender o que significou para aquele casal a chegada do novo ente para aquela família; como está relação entre marido e mulher, e que mudanças podem ocorrer; além de identificar como estas mudanças afetaram o casal.

A próxima crise é a família com filhos pequenos. Nesta etapa podemos observar a regressão de habilidades já adquiridas (fala, controle de esfínteres, etc.); agressões dos filhos aos pais e ao bebê; além dificuldades na escola e outras manifestações de ciúme e medo de abandono.

A adolescência é a crise vital mais “famosa”, e talvez a mais sofrida pelos pais e pelos adolescentes. Nesta etapa, conhecida como “Família com filhos adolescentes”, quando os filhos chegam à adolescência, os pais estão chegando à meia idade e os avós à aposentadoria e a velhice, e toda a família vive uma crise do desenvolvimento; Normalmente ocorrem brigas dos filhos com os pais por mais liberdade; e ansiedade dos pais quanto a crescente autonomia dos filhos. Nesta fase os jovens estão descobrindo a sexualidade, expostos a uso de álcool e outras drogas, violência urbana, o que gera preocupação dos pais. É fundamental que esta etapa seja abordada pela equipe de saúde, visto que os adolescentes não procuram os serviços de saúde, e muitas equipes não realizam atividades específicas para esta população. Quanto mais em paz estão os pais e os avós com a nova etapa de suas próprias vidas, mais tranquila é a adolescência dos filhos.

O ninho vazio é a fase da vida de um casal que ocorre quando os filhos começam a sair de casa e os pais vivem novamente sozinhos, face a face consigo mesmos e um com o outro, vivendo a crise da meia idade e a perspectiva da morte de seus próprios pais. É muito comum a procura frequente aos serviços de saúde pela mulher de meia idade com queixas vagas e múltiplas. Essas queixas podem ser expressão das dificuldades de adaptação a nova situação de vida.

Finalmente a última fase, o envelhecimento. Nesta fase o idoso deve lidar com a independência dos filhos; vivenciar o nascimento dos netos e bisnetos; vivenciar a morte dos pais e entes queridos, além da perspectiva da morte do companheiro e da própria morte. Além disso, devem aprender a lidar com outras perdas e limitações como a aposentadoria; doenças crônicas; diminuição do libido e da sexualidade. Mas também colher os frutos plantados durante as fases anteriores do ciclo vital. Normalmente os pacientes que são atendidos no domicílio e seus cuidadores encontram-se nesta fase, e por isso o médico e sua equipe devem ter habilidade e atitudes adequadas para identificar esta possível crise do ciclo vital e abordá-la adequadamente.

Além das crises previsíveis, existem as crises acidentais ou não previsíveis. Dentre estas destacam-se situações relativamente simples como mudança de domicílio; desemprego e diminuição de renda; rupturas conjugais prematuras, mas que podem gerar um transtorno ou desequilíbrio da dinâmica familiar, assim como situações mais traumáticas como a morte de entes queridos; incapacidades físicas e psicológicas; catástrofes; acidentes; miséria ou violência.

Percebe-se, portanto, que os Ciclos de Vida são estudados do ponto de vista hetero-normativo, com padrão familiar típico de famílias de classe média, o que cada vez menos representa a diversidade das pessoas e famílias sob cuidado das equipes de APS. Após classificar o tipo de família e identificar as crises do ciclo vital, propõe-se utilizar algumas ferramentas para melhor compreender estas famílias, tais como o genograma.

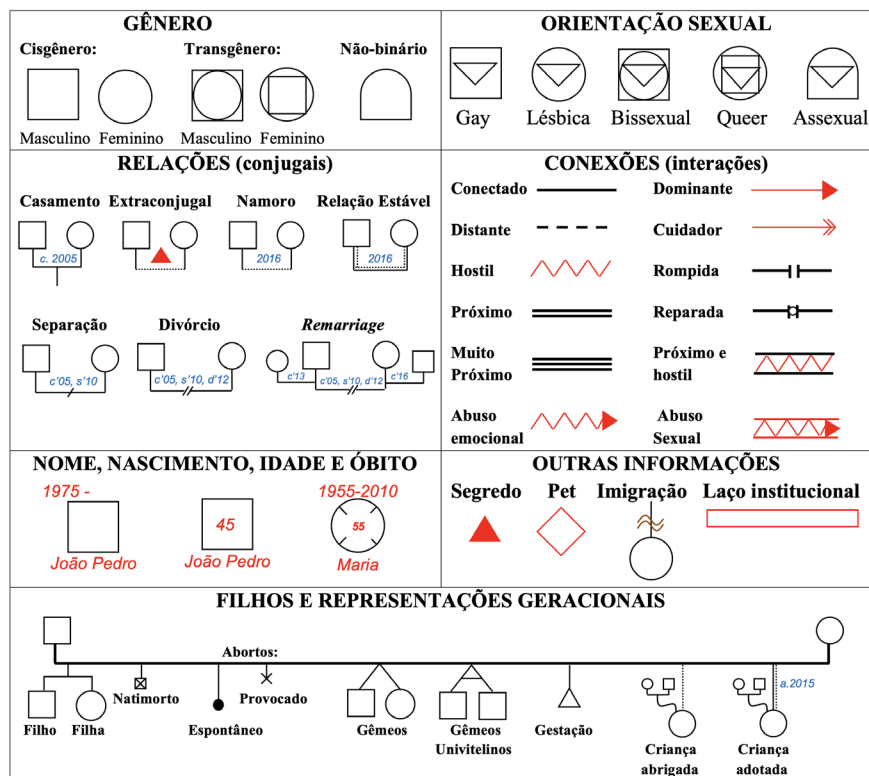
O genograma ou árvore familiar é uma representação gráfica de uma família, como uma foto ou um mapa. Quando olhamos o genograma, podemos compreender vários elementos representados. O genograma pode ser útil para melhorar o vínculo com as pessoas, e conhecê-las melhor; conhecer doenças mais frequentes na família possibilitando ações efetivas de promoção de saúde nos seus descendentes; além de ter valor diagnóstico e terapêutico; permite avaliar o padrão de relacionamento dos membros da família (McGOLDRICK; GERSON; PETRY, 2020).

Normalmente, indica-se o desenho do genograma para os seguintes pacientes:

- Estão em atenção domiciliar,
- Têm sintomas inespecíficos,
- Fazem a utilização excessiva dos serviços de saúde;
- Apresentam várias doenças crônicas,
- São resistentes ao tratamento ou tem dificuldade para aceitar o diagnóstico;
- Alteração nos papéis familiares, por eventos agudos.

Para representar o genograma, existem algumas simbologias clássicas (figura 4.1), embora se possa representar a família a partir de diagramas com outros símbolos, desde que munidos de uma legenda compreensível, de acordo com a necessidade e com a criatividade.

Figura 4.1. Simbologia do Genograma



Adaptado de McGOLDRICK; GERSON; PETRY, 2020

Outra ferramenta que poderá ser aplicado às famílias é o PRACTICE, que complementar as informações do GENOGRAMA.

P – Problema apresentado;

R – Roles- Papéis desempenhados pelos integrantes da família;

A – Afeto

C – Comunicação

T – Tempo no Ciclo de Vida

I – *Illness in Family*/ Doenças na família no passado e presente

C – *Coping* / Enfrentando o estresse

E – Ecologia- ambiente

Descrevendo melhor cada uma destas características a seguir:

P- Preseting Problem (s)- Problema apresentado;

Qual é a queixa e/ou problema atual do paciente ou família?

O problema é agudo ou crônico?

Ele é autolimitado ou com potenciais seqüelas?

Quais as modificações ou limitações que esse problema pode trazer a vida do paciente e família?

R- Roles- Papéis desempenhados pelos integrantes da família;

Quais os papéis sociais são assumidos pelos integrantes da família?

Quem é o cuidador?

Quem dependente de cuidados?

Quem é o provedor do lar?

Que são os dependentes financeiramente?

A- Afeto

Existem sentimentos como angústia, ansiedade, tristeza, raiva, culpa, etc.?

Sinais ou sintomas de depressão?

Existem sentimentos de raiva, indiferença?

Como são expressos os sentimentos?

Qual é o “respeito” que os membros da família têm pelos sentimentos dos familiares?

C- Comunicação:

Como os membros da família se comunicam?

Falam uns pelos outros?

“Ninguém escuta ninguém”?

Sabem falar e ouvir?

Falta de diálogo?

Existe um porta voz?

Uso do plural que indiferencia os indivíduos das opiniões?

A comunicação é espontânea e clara?

Como é a comunicação do paciente com o médico e equipe de saúde da família?

Existe a “Lei do silêncio”?

T- Tempo no ciclo de vida:

Quais as crises do ciclo de vida do paciente e família já vivenciaram e como “sobreviveram à elas”?;

Viveu ou está vivendo crises acidentais do ciclo vital?

Como o estágio atual do ciclo de vida da família, e suas tarefas, afetam a doença e vice-versa?

I- Illness in Family (Past and Present)- Doenças na família no passado e presente

Existem outros membros da família com patologias agudas e/ou crônicas?

Qual o significado dessa (s) patologias para o indivíduo e para a família?

Qual (is) as consequências dessa (s) patologias para a rotina dessa família?

C – Coping with stress (Enfrentando o estresse)

Quais os estressores atuais?

Como a família lida com a crise atual?

Como a família lidou com as crises no passado?

Quais as “forças” são identificadas pelo MFC?

Quais as alternativas de enfrentamento?

O paciente e/ou membros da família utilizam mecanismos primitivos para lidar com fatores estressores? (Exemplo: Negação? Transferência? Violência?)

O paciente e ou familiares apresenta(m) sinais compatíveis com transtornos somatoformes? Somatização?

E - Ecologia- ambiente

Quais as instituições familiares ou comunitárias que podem servir de suporte para o paciente e/ou sua família?

Como é o ambiente onde a família vive?

Qual a rede social desta família?

Quais são os apoios e crenças da família?

Quem são as pessoas-chave para buscar apoio e amparo?

Em que base cultural estaremos interagindo com a família?

Qual a crença religiosa?

Notadamente no caso de pessoas com incapacidades permanentes e expectativa limitada de controle da doença, é importante abordar a família sob o ponto de vista da terminalidade, o e outros cuidados de fim de vida. Tendo em vista que o paciente domiciliado é acamado, ou apresenta graves restrições a casuística de pessoas que se encontram em cuidados nestas situações é mais comum. Tal abordagem se dá de maneira mais completa no capítulo específico.

4.3. ABORDAGEM DO CUIDADOR

“O cuidador é um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação.”

(BRASIL, 2008)

Cuidador é a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração.

Cuidadores familiares não são selecionados por critérios específicos, mas sim subjetivos. Embora quem se torne cuidador sempre estivesse “pronto para isto”, sua atuação se dá a partir de arranjos familiares diversos. Cuidadores familiares são classificados como informais - partindo do preceito de que há cuidadores profissionais que se preparam para tal.

No CBO (Código Brasileiro de Ocupações) já existe designação específica para a função de cuidador- entretanto, a regulamentação como profissão encontra-se em trâmites pendentes de discussão no Congresso nacional, vinculada à propostas ainda inconclusas de política nacional de cuidados.

No contexto da crescente demanda por assistência domiciliar, o cuidador se insere em questões complexas psicossociais que envolvem o cuidado domiciliar. A formação de cuidadores, ou mesmo a regula-

mentação da profissão, não resolverão os problemas de cuidado para as pessoas no domicílio. Isto porque a maioria das pessoas sob este cuidado não terão condições de contratar estes profissionais, dependendo de cuidadores familiares. Além disso, ainda que cuidadores formais estejam presentes, uma série de cuidados com a pessoa serão exercidos pelos cuidadores familiares/ informais. (GIACOMIN; UCHOA; LIMA-COSTA, 2005)

Por outro lado, há limitações determinadas por conselhos de classes profissionais da saúde impedem que um grande número de ações sejam exercido somente por profissionais da saúde, sejam eles, profissionais da enfermagem, da reabilitação, etc. Assim, é complexa a abordagem do cuidador sob o ponto de vista da capacitação.

Cuidadores são classificados em “formais” - aqueles que passaram por alguma capacitação e são contratados para este fim, notadamente profissionais de enfermagem - e informais - pessoas leigas geralmente familiares, amigos ou vizinhos que assumem circunstancialmente a responsabilidade por apoiar a pessoa com perda de autonomia, e em geral acabam prolongando-se nesta tarefa por meses ou anos.

Uma grande questão para os cuidadores informais é a dedicação “exclusiva” ao paciente. Para estas pessoas a dedicação se estende ao período noturno e fins de semana e mesmo algum tempo livre proporcionado pelo apoio de outro familiar em geral é dedicado a atividades burocráticas deste paciente como benefícios, renovações de receita, marcações de consulta, comprovações junto ao sistema bancário e da assistência social (HUFFMAN, 2000).

Além desta dedicação no presente, há falta de perspectiva da mudança de vida no futuro. Cuidadores em geral não se vêem fazendo outra tarefa até o fim da vida do ente sob cuidado, e frequentemente abandonam suas carreiras ou estudos para esta dedicação, frequentemente não retornando a suas vidas anteriores ao final deste processo. (SCHULZ & BEACH, 1999)

Para fins de avaliação do cuidador, notadamente o informal, é importante entender o “processo de trabalho”, ainda que não sistematizado.

Queixas ortopédicas são frequentes, e medidas preventivas dificilmente são adotadas por eles. Além disso, dificilmente irão limitar atividades que geram sobrecarga articular. Lembre-se que este cuidador, ao contrário dos profissionais de saúde, não foi orientado quanto à ergonomia.

O cuidador então desempenha uma função primordial, auxiliando outra pessoa em situação de risco, limitações e fragilidades, visando sempre o autocuidado e preservação da autonomia. A atenção à saúde mental dos cuidadores é primordial para garantir a segurança do paciente, sendo importante a avaliação dos mesmos para a identificação de situações de Burnout no cuidador, e avaliação de uma possível substituição do mesmo ou rever o processo de cuidado.

A escala de Zarit (quadro 4.1) é um instrumento validado para a versão em português, que permite avaliar a sobrecarga dos cuidadores, o resultado é fundamental para o planejamento do cuidado.

Quadro 4.1. Escala de avaliação subjetiva da sobrecarga do Cuidador (Escala de Zarit)

(0)Nunca (1)raramente (2)algumas vezes (3)as vezes (4)frequentemente

Perguntas	Escores	0	1	2	3	4
01. O Sr/Sra. sente que S* pede mais ajuda do que ele(a) necessita?						
02. O Sr/Sra. sente que por causa do tempo que o Sr/Sra. gasta com S*, o Sr/Sra. não tem tempo suficiente para si mesmo (a)? "						
03. O Sr/Sra. se sente estressado(a) entre cuidar de S* e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?						
04. O Sr/Sra. se sente envergonhado(a) com o comportamento de S*?						
05. O Sr/Sra. se sente limitado(a) quando S* está por perto?						
06. O Sr/Sra. sente que S* afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?						
07. O Sr/Sra. sente receio pelo futuro de S*?						
08. O Sr/Sra. sente que S* depende do Sr/Sra.?						

Perguntas	Escore				
	0	1	2	3	4
09. O Sr/Sra. se sente tenso(a) quando S* esta por perto?					
10. O Sr/Sra. sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S*?					
11. O Sr/Sra. sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S*?					
12. O Sr/Sra. sente que a sua vida social ter sido prejudicada porque está cuidando de S*?					
13. O Sr/Sra. não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S*?					
14. O Sr/Sra. sente que S* espera que cuide dele(a), como se o Sr/Sra. fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender?					
15. O Sr/Sra. sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S*, somando-se as suas outras despesas?					
16. O Sr/Sra. sente que será incapaz de cuidar de S* por muito mais tempo?					
17. O Sr/Sra. sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S*?					
18. O Sr/Sra. gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S*?					
19. O Sr/Sra. se sente em dúvida sobre o que fazer por S*?					
20. O Sr/Sra. sente que deveria estar fazendo mais por S*?					
21. O Sr/Sra. sente que poderia cuidar melhor de S*?					
22. De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra. se sente sobrecarregado(a) por cuidar de S**?					
No texto S refere-se a quem é cuidado pelo entrevistado(a). Durante a entrevista o entrevistador usa o nome desta pessoa. ** Neste item (22) as respostas são: nem um pouco=0, um pouco=1, moderadamente=2 muitos=3, extremamente=4.					

Fonte: Escala De Zarit (2017)

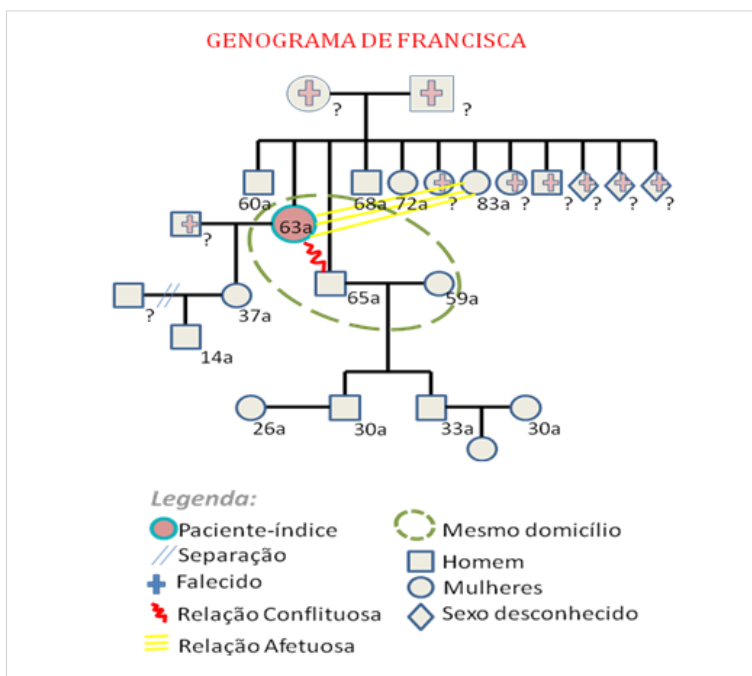
Uma vez identificada qualquer grau de sobrecarga do cuidador, deve ser estabelecido um plano terapêutico para este paciente, envolvendo a equipe multi e interprofissional no cuidado. Por fim, pela centralidade do cuidador informal na atenção a todos os indivíduos dependentes de

algum tipo de cuidado, é fundamental que se atue no sentido de se estruturar uma política publica nacional de cuidados, para apoio à estes indivíduos habitualmente exauridos, e àqueles sem cuidadores, no intuito de se evitarem hospitalizações e institucionalizações somente para ações de cuidados diários de higiene e alimentação.

Sugestão de Atividades de Fixação para alunos e residentes

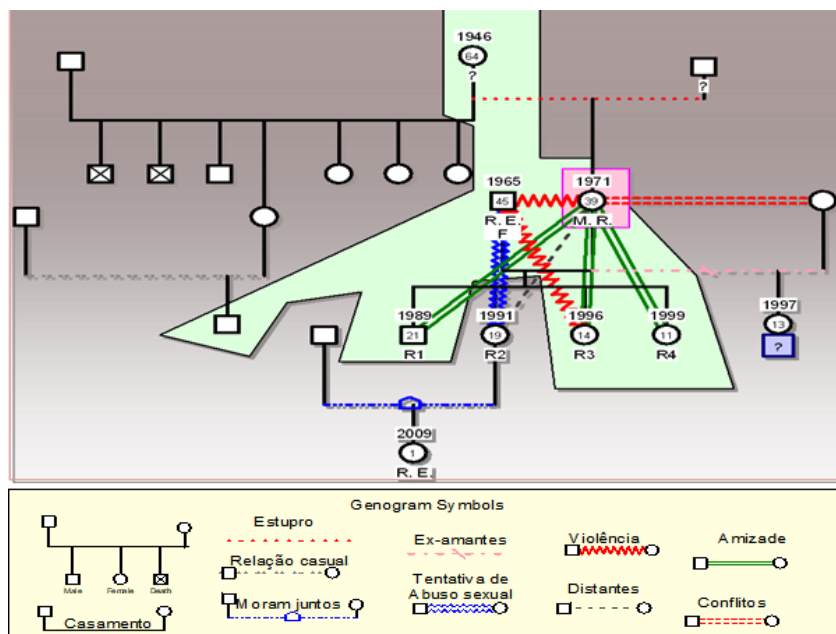
A seguir, são representados alguns exemplos de genograma para utilização com fins de interpretação junto aos alunos:

Figura 4.2. Modelo de genograma 1



Fonte: Disponibilizado por Marco Túlio Aguiar

Figura 4.3. Modelo de genograma 2



Fonte: Disponibilizado por Marco Túlio Aguiar

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 64 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf. Acesso em 31 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 825/2016. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União 78, de 26 abr 2016. Seção 1, p. 33-8.

BELO HORIZONTE. Diagnóstico da situação da criança, do adolescente e do jovem em Belo Horizonte: Livro 4: configurações familiares. Belo Horizonte: UNILIVRECOOP, 2013. Disponível em <https://prefeitura.pbh>.

gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/smasac/2018/documentos/cmdca/livro_4_2013_diagnostico_cmdca.pdf. Acesso 31 jan. 2021.,

DUARTE, Yeda AO. O cuidador no cenário assistencial. O mundo da saúde. São Paulo, 2006.jan/ mar 30 (1): 37-44.

FERNANDES, Carmem L; CURRA, Leda Chaves D. Ferramentas de Abordagem à família. PROMEF: Ciclo 1, Módulo 1; Capítulo 1. Florianópolis: SBMFC, 2005.

FIUZA, Tatiana M, RIBEIRO, Marco Túlio AM, RAMOS, André VA, Gomes Kênia WL. Atenção ao paciente no contexto familiar. In: Silva AC, Carvalho HMB, Campos JS, Sampaio TC, organizadores. Livro do Médico de Família-Seção1: Medicina de Família e Comunidade.LCR. Fortaleza 2008.p. 59-66

CHAPADEIRO, Cibele A.; ANDRADE, Helga Y.S.; ARAÚJO, Maria Rizoneide N. A família como foco da Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte: UFMG (NESCON), 2011. 100p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2726.pdf>. Acesso em 31 jan. 2021.

GONÇALVES LHT, ALVAREZ AM, SENA ELS, SANTANA LWS, VICENTE FR. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006 Out-Dez; 15(4): 570-7.

GIACOMIN, Karla C; UCHOA, Elizabeth; LIMA-COSTA, Maria Fernanda F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(5):1509-1518, set-out, 2005

HUFFMAN, GB. Caregiving as a risk factor for mortality. American Family Physician, May 15, 2000.

KASLOW, FW. Families and Family Psychology at the Millenium. American Psychologist . 2001, 56(1):37-46. Disponível <http://content.apa.org/journals/amp/56/1/37> doi:10.1037/0003-066x.56.1.37

KARSCH, UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):861-866, mai-jun, 2003

McGOLDRICK, Mônica; GERSON, Randy; PETRY, Sueli S. Genograms: Assessment and Treatment. London: Norton & Co. Ltd., 2020. 372 p.

SAVASSI, LCM; MODENA, CM. As diferentes facetas do sofrimento daquele que cuida: uma revisão sobre o cuidador. Rev. APS. 2013 jul/set; 16(3): 313-319. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1877/749>

SILVEIRA, TM; CALDAS, CP; CARNEIRO, TF. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(8):1629-1638, ago, 2006.

SCHULZ, R, BEACH, SR. Caregiving as a Risk Factor for Mortality. The Caregiver Health Effects Study. JAMA, December 15, 1999 - Vol 282 (23):2215-9.

CAPÍTULO 5

ABORDAGEM DAS OSTOMIAS NO DOMICÍLIO

Cibelle Gomes Lima Melo

Leonardo Cançado Monteiro Savassi

5.1. CONCEITOS BÁSICOS EM OSTOMIAS.

Ostomias são orifícios artificiais, criados entre um órgão e o meio externo, propiciar o acesso a estes em situações nas quais não funcionam corretamente e cuja patologia é passível de melhora temporária ou definitiva, completa ou parcial com o estabelecimento dessa comunicação com meio externo, para entrada ou saída de substâncias ou gases.

Dividem-se em ostomias respiratórias (traqueostomias), gastrointestinais alimentares (gastrostomia, jejunostomia), intestinais de saída (colostomia, ileostomia), urinárias (cistostomia, uretrostomia, nefrostomia).

Você sabia?

16 de novembro é o Dia Nacional da Pessoa com Estomia. A data é usada para conscientização das demandas de pessoas que dependem destes elementos para manterem as atividades de vida. Isto porque foi publicada a Portaria nº400 de 16 de Novembro de 2009 em que estabelece as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Estomizada. Sendo recomendado que os profissionais de saúde identifique as necessidades dos estomizados e realizem um plano de cuidado individual que potencializam sua reabilitação.

5.2. OSTOMIA RESPIRATÓRIA: TRAQUEOSTOMIA

A Traqueostomia (TQT) é um estoma com a finalidade de entrada e saída de ar dos pulmões e eliminação de secreções traqueobrônquicas quando não possível por via natural . Essa via é realizada através de procedimento cirúrgico. São compostas por diferentes tipos de cânulas, que diferem entre si pela estrutura e composição:

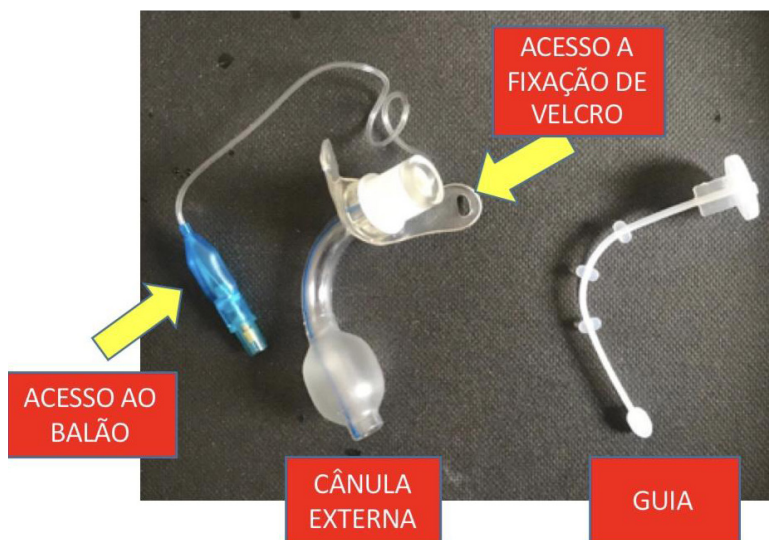
- Metálicas: são de aço ou prata esterilizada. Utilizadas em pacientes adultos crônicos com indicação permanente da traqueostomia e decanulação principalmente (Figura W)
- PVC (Plásticas) com ou sem balão (Figura X).
- Silicone com ou sem balão

Figura 5.1. Cânula metálica



Fonte: Acervo de Cibelle G L Melo.

Figura 5.2. - Cânula Plástica, de PVC



Fonte: Acervo de Cibelle G. L. Melo.

Tanto as cânulas de PVC e Silicone podem possuir fenestras que permitem a passagem de ar por meio da cânula e cordas vocais o que permite a fala do paciente. O balão de ambas as cânulas possuem a função de: vedação do sistema respiratório e em caso de disfagia diminuição do risco de broncoaspiração. O balonete deve sempre ser insuflado com ar e mensurado sua pressão com o cufômetro, sendo que o ideal é que a pressão mantenha-se entre 18-25cmH₂O para evitar lesões em traquéia. Algumas cânulas possuem o supra cuff que serve para a retirada da saliva que fica acumulada acima do cuff. As cânulas podem possuir diversas partes:

- Cânula externa: é colocada na via de traqueostomia. Possui em sua lateral normalmente uma abertura para a fixação do velcro ou cadarço. As cânulas que somente possui cânula externa são utilizadas para pacientes normalmente com pouca secreção traqueal e fluida;

- Cânula interna: é a cânula que encontra-se dentro da cânula externa, também conhecida como endocânula. Os paciente que utilizam essa cânula são aqueles com mais secreção traqueal, sendo grossa e com risco de obstrução da traqueostomias;
- Guia: é colocado na cânula externa para guiar no momento da troca do dispositivo.

Todas as cânulas possuem variações em relação a numeração e comprimento. O tamanho para o adulto homem varia entre 7-9 no homem e nas mulheres, de 5-7 nas mulheres. A numeração nas crianças é proporcional ao peso:

- Prematuros e RN pesando menos que 1kg -2,5mm diâmetro interno
- Entre 1kg e 2,5kg – 3mm
- RN de 0-6 meses – 3-,3,5 mm
- Entre 6-12 meses- 4-4,5mm
- Entre 1 -2 anos – 4-4,5mm
- Maiores que 2 anos – deve-se calcular: idade +16/4.

São Indicações domiciliares de Traqueostomia:

- Doenças congênitas: estenose de glote, subglote ou traqueal

- Obstrução das vias aéreas superiores ocasionadas por neoplasias tais como de laringe, faringe, traquéia, ou por trauma.
- Higiene brônquica (via de eliminação de secreções traqueobrônquicas) devido a situações como doenças neuromusculares, lesão raquimedular.
- Suporte ventilatório invasivo

Recomenda-se também que, em criança somente utilize cânulas de traqueostomia de plástico ou silicone. Isto porque as cânulas metálicas nas crianças geram maior risco de lesão traqueal, tendo em vista a não restrição do movimento cervical da criança. É importante também ressaltar que em Ventilação Mecânica invasiva deve-se sempre utilizar cânulas de PVC(Plásticas) ou silicone com balonete, pois o balonete é essencial para vedar o sistema respiratório. Assim, nestes casos estão contra-indicadas cânulas sem balonete ou metálicas (vide Capítulo de Ventilação Mecânica). A cânula de traqueostomia podem causar complicações clínicas como:

- Perda do PEEP com aumento do risco de Atelectasia
- Diminuição do reflexo de tosse com arqueação da laringe que aumenta o risco de
- Broncoaspiração
- Perda da fala com prejuízo no aprendizado nas crianças
- Prejuízo do olfato e paladar

- Necrose e trauma da traquéia principalmente pela insuflação do balonete fora dos parâmetros de pressão ideal.

5.2.1. Ações no domicílio e respectivas responsabilidades

Cuidados com curativo, troca da fixação de velcro ou cadarço e higiene da cânula interna: podem ser realizados por: Enfermeiro, Auxiliar ou Técnico de enfermagem, e ainda por Cuidador treinado

Troca do dispositivo: Cânula de traqueostomia - Médico. Enfermeiros e fisioterapeutas podem trocar o dispositivo se autorizados / coordenados por médico (CRM-PR, 2018).

Obs: em situação de emergência o cuidador pode ser treinado a recolocar a cânula metálica se saída accidental

Figura 5.3. Troca de cânula de traqueostomia metálica



Fonte: Acervo Cibelle Melo

5.2.2. Realização de procedimentos com TQT

Cuidados com o curativos e troca da fixação de velcro: Devem ser realizadas diariamente para evitar a decanulação acidental, granulomas,

dermatites. Os seguintes materiais são necessários tanto para curativo quanto para a troca da fixação de velcro:

- EPIs: Luvas de procedimento, máscara e óculos
- Gazes
- Bandeja
- Água destilada (AD) ou soro fisiológico (SF)
- Saco plástico para descartar os resíduos.

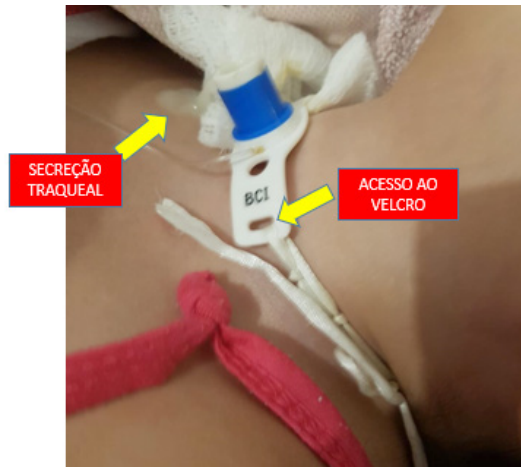
Fixação de velcro ou cadarço

Procedimento:

- Higienização das mãos
- Coloque os EPIs
- Separa o material
- Explicar ao paciente e família sobre o procedimento
- Realize o procedimento já ensinando e treinando o cuidador quanto aos cuidados com o dispositivo
- Coloque as luvas de procedimento

- Retire o curativo anterior e a fixação de velcro ou cadarço sempre segurando a cânula externa para evitar a saída acidental .
- Umedeça as gazes com SF ou AD e inicie a limpeza da pele ao redor da cânula
- Seque o local com a gaze
- utilizar protetores cutâneo ou creme de barreira se necessário na pele periestomal
- Fixe a cânula com o novo fixador de velcro ou cadarço
- Despreze o material infectado
- Higienize novamente as mãos.
- Registre o procedimento em prontuário
- Oriente como o cuidador deve proceder

Figura 5.4. Cânula de Traqueostomia PVC com saída de secreção traqueal.



Fonte: Acervo Leonardo Savassi (Direitos de Imagem cedidos pela Cuidadora da Paciente).

5.2.3. Higiene da Cânula interna

Materiais:

- Curativo e troca da fixação de velcro.
- EPIs: Luvas de procedimento, máscara e óculos
- Gazes
- Bandeja
- Água destilada (AD) ou soro fisiológico (SF)

- Saco plástico para descartar os resíduos.
- Peróxido de hidrogênio

Procedimento:

- Higienização das mãos
- Coloque os EPIs
- Separa o material
- Explicar ao paciente e família sobre o procedimento
- Realize o procedimento já ensinando e treinando o cuidador quanto aos cuidados com o dispositivo
- Coloque as luvas de procedimento
- Retire a cânula interna do paciente e mergulhe em na bandeja com peróxido de hidrogênio sendo $\frac{1}{2}$ porção de água e $\frac{1}{2}$ porção da solução . Deixe no conteúdo por alguns minutos .
- Umedeça as gazes ou uma escovinha para a limpeza interna da cânula
- Retire todo o produto da cânula com água
- Seque a cânula interna com gaze

- Reintroduza a cânula interna dentro da cânula externa
- Despreze o material infectado
- Higienize novamente as mãos.
- Registre o procedimento em prontuário
- Oriente como o cuidador deve proceder no domicílio

Troca de dispositivo:

A troca do dispositivo de TQT pode ser indicada em: (A) Situações de saída accidental do dispositivo, (B) Foco de infecção, (C) Obstrução da cânula. Além disso, as trocas são programadas, seguindo orientações do fabricante quanto ao tempo de validade e durabilidade, sendo recomendado:

- Cânula de Shiley – cânula de PVC siliconado – recomenda troca a cada 28 dias
- Cânula Portex- cânula de PVC – recomenda troca a cada 29 dias
- Cânula Bivona- cânula de Silicone- recomenda troca em 9 meses com a higienização a cada 30 dias
- Cânula Trachoe – cânula de PVC – recomenda troca em 4 meses.

Material necessário para a troca do dispositivo:

- EPIs: Luvas de procedimento/ estéreis, máscara e óculos

- Cânula de Traqueostomia com o guia
- Xilocaína ou lubrificante hidrossolúveis
- Seringa de 5ml
- Gazes
- Bandeja
- Saco plástico para descartar resíduos

- Degermante

Descrição do procedimento:

- Higienize as mãos
- Separe o material
- Coloque os EPIs e a luvas de procedimento
- Remova o curativo antigo
- Realize a limpeza do estoma
- Avalie o tipo de Cânula: numeração

- Coloque as luvas estéreis
- Teste o balão da cânula se essa possuir
- Retire a Cânula antiga
- Lubrifique a extremidade distal da nova Cânula com lubrificante ou xilocaína e insira no estoma com o guia.
- Insuflar o balão da cânula com ar e com o cufômetro verifique a pressão do balão .
- Limpe o estoma para manter a integridade da pele
- Descarte material e resíduos
- Higienize as mãos no fim do procedimento
- Realize a notação do procedimento em prontuário. Importante que em sua anotação esteja descrito o procedimento, numeração e tipo de Cânula

5.2.4. Intercorrências domiciliares com traqueostomias

As intercorrências mais comuns no domicílio são:

- Saída acidental da cânula de traqueostomia: caso de saída deve-se reintroduzir nova cânula do mesmo tamanho e comprimento

- Traqueíte aguda normalmente melhora espontaneamente em algumas semanas . Pode ser prescrito sintomáticos como: antitussígeno e antiinflamatório. Caso apresente sinais de infecção local uso de antibióticos
- Dermatite traqueal: pode-se utilizar cremes de barreira para o tratamento
- Ulcerações e necrose traqueal devido hiperinsuflação do cuff ou balão ou por excessiva movimentação da cânula: necessita de avaliação de especialistas: cirurgia torácica ou otorrinolaringologista. É importante a prevenção e para isso a importância de manter a pressão no cuff em adultos entre: 18-25cmH₂O e nas crianças entre 15-20cmH₂O.
- Obstrução da cânula por secreção traqueal: é possível evitar realizando a aspiração endotraqueal dependendo da necessidade do paciente .
- Fístula traqueocutânea persistente pós decanulação: normalmente fecham espontaneamente sem intervenção, entretanto se persistirem mais que 3 meses é necessário avaliação com especialista para o fechamento cirúrgico.

5.3. OSTOMIA INTESTINAL: COLOSTOMIA

A colostomia é um estoma com a finalidade de eliminação de fezes. Essa via é realizada através de procedimento cirúrgico no cólon. De acordo com o local do procedimento cirúrgico, são classificadas em:

- Colostomia Ascendente:
- Colostomia Transversal
- Colostomia Descendente
- Colostomia Sigmoidal

Ainda de acordo com o local do procedimento cirúrgico, diferentes tipos de bolsas coletoras, através das quais é retirado conteúdo fecal, são necessárias:

- Abertas: são bolsas drenáveis, na qual é possível esvaziar o conteúdo quando necessário
- Fechadas: são bolsas não drenáveis, portanto são bolsas descartáveis quando cheias de conteúdo.
- Única peça: são peças que estão disponíveis a bolsa coletora juntamente com a barreira protetora de pele (placa)
- Duas peças: são peças que estão disponíveis a bolsa coletora separada da barreira protetora de pele (placa).

Figura 5.5. Bolsa de Colostomia - tipo aberta: duas peças e única peça.



Fonte: Acervo Leonardo Savassi

Figura 5.6. Bolsa de Colostomia - fechada: única peça



Fonte: Acervo Leonardo Savassi

5.3.1. Indicações domiciliares das colostomias

- Obstrução intestinal devido: agenesia, atresia anorretal, neoplasias em cólon, reto, megacolon, volvo, doença diverticular, colite;
- Fístulas
- Perfuração cólon devido: trauma ou doença inflamatória intestinal

Abordagem das colostomias no domicílio e responsabilidades profissionais:

A troca da bolsa de colostomia pode ser feita:

1. Enfermeiro,
2. Auxiliar ou Técnico de enfermagem
3. Cuidador treinado
4. Paciente

Em parecer do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo Nº 035/2016 informa que o Enfermeiro pode e deve realizar a capacitação do cuidador ou paciente para a troca de bolsa de colostomia caso necessário.

Quando realizar a troca: sempre que estiver saturada de fezes ou tiver fezes em 1/3 da capacidade da bolsa ou a placa estiver descolando da pele. Deve ser realizada longe dos períodos de refeição.

Realização de procedimento:

- Materiais para a troca da bolsa de colostomia:

- EPIs: Luvas de procedimento, máscara e óculos
 - Bandeja
 - Gazes
 - um recipiente descartável com água morna ou pode ser utilizado AD ou SF0,9%
 - sabonete neutro
 - comadre
 - régua para medição de estoma
 - tesoura
 - caneta
 - bolsa coletora de fezes
 - presilha para fechamento de bolsa coletora
- Procedimento:
- Higienização das mãos

- Separar o material
- Explicar ao paciente e cuidador e inicie o treinamento de paciente, família ou cuidadores
- Coloque os EPIs: máscara e luvas de procedimento
- Esvazie a bolsa coletora de fezes retirando uma pequena parte do adesivo superior.
- Umedeça gazes com água morna e sabonete neutro e limpe a pele ao redor e descole suavemente o adesivo e a barreira protetora de cima para baixo.
- Descarte o material na lixeira
- Seque a pele externa e ao redor do estoma
- Observe nesse momento: coloração da estoma, formato do estoma, tamanho do estoma, altura da estoma, integridade da estoma, integridade da pele periestomal e aspecto das fezes (quantidade, volume, odor,coloração e consistência) para realizar as anotações futuras em prontuário.
- Meça o estoma com régua ou faça um molde colocando um plástico sobre o estoma
- Desenhe o molde da medida do estoma sobre o papel protetor da placa adesiva

- Caso o sistema coletor seja de uma peça deve ajustar a placa ao estoma segurando pelas bordas do adesivo. A parte drenável da bolsa deve estar voltada para os pés. Caso o sistema coletor seja de duas peças deve ajustar a placa ao estoma segurando pela borda adesiva e encaixe a bolsa sobre o flange da placa segurando pela pestana com abertura voltada para os pés e a seguir faça pressão sobre o aro da bolsa coletora e a flange da placa. Se a flange for flutuante coloque os dedos sob esta e os polegares sobre o arco da bolsa para encaixar a bolsa na placa.
- Faça pressão para a placa adesiva aderir a pele
- Feche a abertura da bolsa coletora com a presilha
- Retire as luvas de procedimento e a máscara e descarte no lixo
- Lave a bandeja com água e sabão neutro e seque com papel toalha e passe álcool 70%
- Higienize novamente as mãos
- Anote todo o procedimento e informações de treinamento do cuidador ou paciente em prontuário.

Figura 5.7. Troca de Bolsa fechada de Colostomia de única peça



Fonte: Acervo Leonardo Savassi

Figura 5.8. Troca de Bolsa aberta de Colostomia de duas peças



Fonte: Acervo Leonardo Savassi

5.3.2. Intercorrência domiciliares com colostomias

As intercorrências mais comuns no domicílio são:

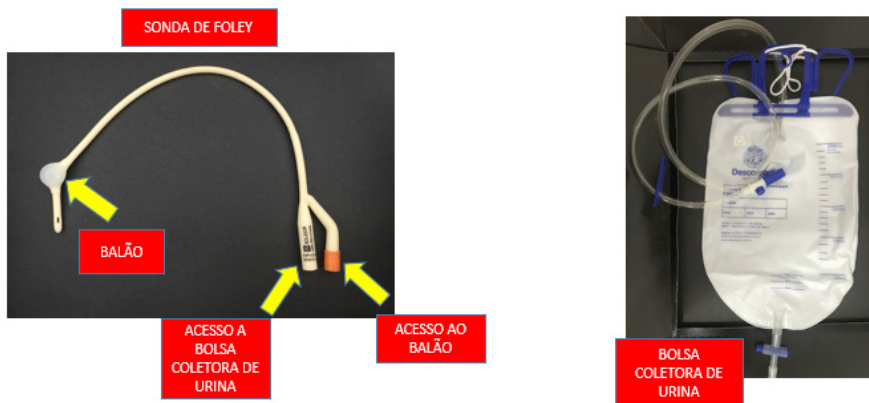
- Saída accidental da bolsa de colostomia: deve-se recolocar nova bolsa seguindo as orientações da equipe de enfermagem

- Dermatite periestomal: pode ser tratada com cremes de barreira .
- Estenose ou retração: avaliação hospitalar
- Necrose: se parcial o tratamento é conservador . Caso seja total deve-se procurar ajuda hospitalar o tratamento é cirúrgico imediato.
- Herniação periestomal: avaliação médica do cirurgião. Alguns casos necessitará de intervenção cirúrgica e outros não .
- Prolapso estomal: avaliação médica do cirurgião . Até essa avaliação é recomendado utilizar um recorte um pouco maior que o estoma e uso de bolsas macias para evitar trauma

5.4. OSTOMIA URINÁRIA: CISTOSTOMIA

Definição: trata-se de um estoma com a finalidade de eliminação de urina. Essa via é realizada através de procedimento cirúrgico na bexiga por via supra púbica. A sonda utilizada para o procedimento é a sonda de foley

Figura 5.9. Sonda de Foley e Bolsa coletora de urina



Fonte: Acervo Cibelle Melo

Indicações domiciliares das cistostomia:

- Obstrução do colo vesical por hiperplasia prostática
- estenose de uretra
- trauma vesical, uretral
- pós uretroplastia e cistoplastia

As principais ações no domicílio e respectivas Responsabilidades se referem à troca do dispositivo, que pode ser realizada por Enfermeiro ou médico, e a troca deve ser realizada conforme orientação do médico, mas normalmente a cada 21 dias

Realização de procedimento:

- Materiais para troca do dispositivo:

- EPIs: Luvas de procedimento, máscara e óculos

- Bandeja
- Gazes
- Agulha 40x12
- Água bidestilada
- Seringa
- Sonda de foley
- Bolsa coletora de urina
- Xilocaína
- Degermante

Procedimento:

- Higienização das mãos
- Separar o material
- Explicar ao paciente e cuidador e inicie o treinamento de paciente, família ou cuidadores
- Coloque os EPIs: máscara e luvas de procedimento

- Realize a assepsia
- Realize o teste do balão em sonda de foley nova
- Retire a água destilada do balão da sonda de foley antiga com uma seringa
- Retire a sonda de foley antiga
- Passe xilocaína na extremidade final da sonda de foley nova e introduza em estoma
- Insuflar o balão com água bidestilada sendo 5-10ml
- Conecte a sonda de foley com a bolsa coletora de urina
- Higienize novamente as mãos
- Anote todo o procedimento e informações de treinamento do cuidador ou paciente em prontuário.

5.4.1. Intercorrência domiciliares das cistostomias

As intercorrências mais comuns no domicílio são:

- Saída acidental da sonda de cistostomia: deve-se imediatamente reintroduzir nova sonda de foley

- Dermatite periestomal: uso de cremes de barreira melhoram o quadro
- Infecção de urina: é um quadro comum . Para o tratamento utiliza-se antibióticos. É também essencial a orientações ao cuidador como:

Cuidados com o estoma para evitar infecção.

- Cuidados com a bolsa coletora como: posicionamento correto da bolsa coletora no leito para evitar refluxo de urina a bexiga
- Lesão em bexiga: necessita de avaliação de médico cirurgião
- Infecção do estoma: tratamento local com antibióticos e se necessário sistêmico
- Obstrução de sonda com bexigoma: retirada da sonda antiga e reintrodução de nova sonda de foley em cistostomia.

Figura 5.10. Posicionamento correto do paciente em leito e da bolsa coletora para evitar refluxo de urina.



Fonte: Acervo Cibelle Melo

5.5. OSTOMIAS ALIMENTARES

Definições:

Gastrostomia: é uma via de alimentação enteral realizada através de procedimento cirúrgico ou endoscópica com a abertura de boca em estômago.

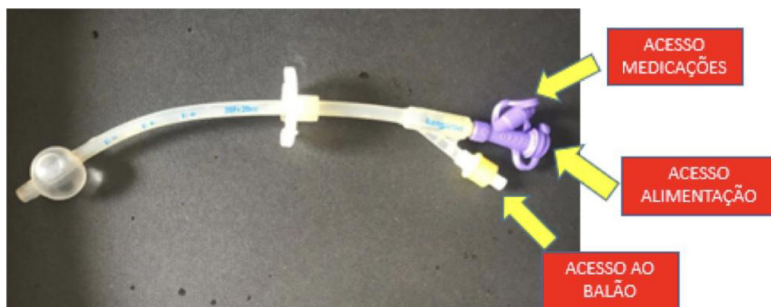
Jejunostomia: é uma via de alimentação enteral realizada através de procedimento cirúrgico ou endoscópica com a abertura de boca em jejuno

Existem alguns tipos de sondas para a realização do procedimento.

- **Âncora:** é uma sonda a qual é utilizada na realização do procedimento por possuir em sua extremidade final uma âncora que tem a finalidade de fixar a sonda e diminuir a saída acidental.

- **Balão:** é uma sonda a qual pode ser utilizada após a primeira troca do dispositivo. Possuem em sua extremidade final um balão que deve ser insuflado para garantir a fixação do dispositivo (figura 5.11).
- **Botton:** é uma sonda menor, para a qual também existem dois tipos: balão ou âncora (Figura 5.12) .

Figura 5.11. Sonda de Gastrostomia modelo Kangaroo



Fonte: Acervo de Cibelle Melo.

Figura 5.12. Sonda de Gastrostomia tipo Botton (Mic-key)



Fonte: Acervo de Leonardo Savassi

5.5.1. Indicações domiciliares das ostomias alimentares

As ostomias alimentares são indicadas em caso de:

- Disfagias:
- Obstrutivas: neoplasias orofaringe, esofágicas, doença de Chagas, gastroparesia, obstruções intestinais
- Neuromuscular: distrofia muscular, ELA, Esclerose múltipla
- Neurológicas: AVE, doença de Alzheimer, Parkinson, TCE.
- Estados hipercatabólicos como grandes queimados e desnutrição protéica grave
- Idosos
- Uso prolongado de Sonda nasoenteral

Ações a serem realizadas no domicílio

A Responsabilidade das ações no domicílio é da equipe. Podem realizar cuidados com curativo: Enfermeiro, Auxiliar ou Técnico de enfermagem e o Cuidador quando capacitado. A troca do dispositivo deve ser feita pelo médico ou pelo Enfermeiro, sendo que este pode realizar a troca do dispositivo gastrostomia e somente poderá realizar a troca da jejunostomia se for enfermeira estomatoterapeuta, caso não seja solicitar a troca por médico seguindo o último parecer do COFEN Nº06/2013.

Os curativos devem ser realizados até 7 dias do procedimento. Esse deve ser realizado com luvas estéreis nos primeiros sete dias. Após o sétimo dia não existe a necessidade de curativo locais. Materiais para o Curativo:

- EPIs: Luvas de procedimento/ estéreis, máscara e óculos
- Gazes
- Bandeja
- Água destilada (AD) ou soro fisiológico (SF)

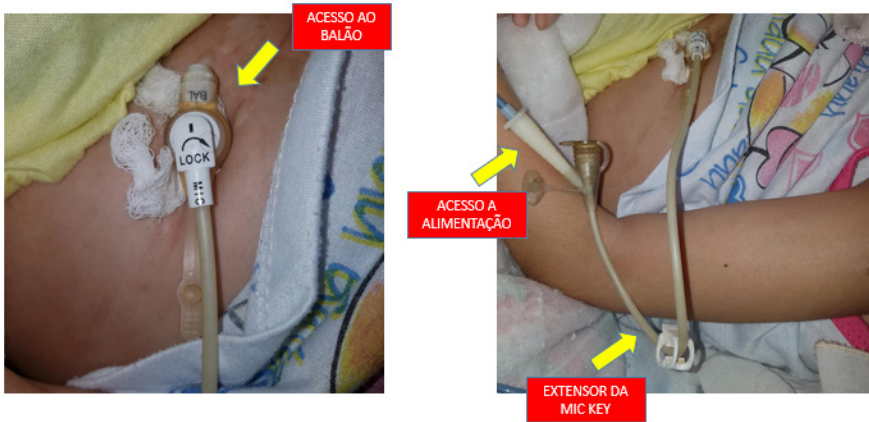
- Saco plástico para descartar os resíduos.

Descrição do Procedimento:

- Higienização das mãos
- Coloque os EPIs
- Separa o material
- Explicar ao paciente e família sobre o procedimento
- Realize o procedimento já ensinando e treinando o cuidador quanto aos cuidados com o dispositivo
- Coloque as luvas de procedimento se mais que 7 dias da introdução da gastrostomia ou jejunostomia e luvas estéreis se menos que 7 dias da colocação do dispositivo.
- Retire o curativo anterior

- Umedeça as gazes com SF ou AD e inicie a limpeza da pele ao redor da sonda e em seguida a sonda próximo à inserção
- Seque o local com a gazeOcluir com novo curativo com gazes estéril e fita adesiva se menos que 7 dias do procedimento. Se mais que 7 dias não se deve ocluir e sim realizar a higienização local com água morna e sabonete pelo menos 1 a 3 x ao dia se necessário e a seguir utilizar protetores cutâneo ou creme de barreira.
- Fixe a sonda na pele com adesivo ou micropor
- Despreze o material infectado
- Higienize novamente as mãos.
- Registre o procedimento em prontuário
- Oriente como o cuidador deve proceder com os cuidados com a gastrostomia se mais que 7 dias do procedimento e reforce ao cuidador não realizar curativo no local se menos que 7 dias do procedimento, pois este deverá ser realizado por equipe de enfermagem da SAD devido risco de contaminação local.

Figura 5.13. Sonda de Gastrostomia tipo Boton (Mic-key) com extensor.



Fonte: Acervo Leonardo Savassi
Cessão de Direitos de Imagem pela Cuidadora da Paciente

Indicações para a troca de dispositivo:

- Situações de saída acidental do dispositivo
- Foco de infecção
- Obstrução da sonda de gastrostomia ou jejunostomia
- Seguindo orientações do fabricante quanto ao tempo de validade e durabilidade.
- O envelhecimento da sonda - especialmente as de látex- pode torná-la tortuosa, com dilatações e neste caso o ideal é também proceder à troca.

Material e procedimentos para a troca do dispositivo:

- EPIs: Luvas de procedimento/ estéreis, máscara e óculos
- Sonda de gastrostomia/ jejunostomia com balão
- Xilocaína ou lubrificante hidrossolúveis
- Seringa de 5ml ou 20ml
- Gazes
- Bandeja
- Água bidestilada (ABD)
- Saco plástico para descartar resíduos
- Degermante
- Procedimento:
- Higienize as mãos
- Separe o material
- Coloque os EPIs e a luvas de procedimento
- Remova o curativo antigo

- Realize a limpeza do estoma e sonda antiga com degermante
- Avalie o tipo de sonda, numeração e quantos centímetros a sonda está introduzida do estoma.
- Coloque as luvas estéreis
- Teste o balão da sonda nova injetando a quantidade de ABD determinada pela sonda e em seguida desinsufle.
- Remova a ABD do balão da sonda antiga com seringa vazia e em seguida a sonda antiga e descarte
- Lubrifique a extremidade distal da sonda nova com lubrificante ou xilocaína e insira no estoma acima 1-2 cm da marcação. Exemplo: marcação 2 cm. Introduza 3-4 cm da sonda nova.
- Conecte o equipo de alimento para avaliar a capacidade de aspiração de conteúdo do estômago.
- Insufle o balão da sonda nova com a quantidade de ABD determinada pela sonda . Normalmente deve-se utilizar no mínimo 5 ml de ABD
- Ajuste a sonda
- Rode a sonda para avaliar se o balão não está em camadas musculares ou tecido adiposo.

- Feche as saídas da sonda
- Limpe o estoma para manter a integridade da pele
- Descarte material e resíduos
- Higienize as mãos no fim do procedimento
- Realize a notação do procedimento em prontuário. Importante que em sua anotação esteja descrito o procedimento, numeração da sonda, tipo de sonda e numeração da marcação do estoma.

Figura 5.14. Procedimento de troca de Sonda tipo Botton (Mic-key)



Fonte: Acervo Leonardo Savassi (Direitos de imagem cedidos pela cuidadora do paciente)

5.5.2. Intercorrência domiciliares

As complicações da gastrostomia incluem:

- Saída acidental da sonda de gastrostomia ou jejunostomia: A extrusão da mesma é resolvida com a breve reintrodução e por vezes ao adentrar o domicílio, o próprio cuidador ou paciente já realizou a reinserção, dada a simplicidade do procedimento. A extrusão ocorre geralmente por esvaziamento ou ruptura do balonete, por isso a importância do teste do balonete antes da introdução da sonda. Também pode ocorrer, não sendo raro, que o paciente com déficit cognitivo grave (paralisia cerebral ou demências) arranque a sonda com o balonete insuflado.

Figura 5.15. Sonda tipo Botton (Mic-key) – teste de insuflação do balonete.



FOTO 1

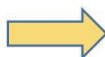


FOTO 2

Foto 1: local de insuflação (BAL) do balonete. Foto 2: Teste de insuflação do balonete em Sonda tipo Botton (Mic-key) com 3 a 5 ml de água destilada, antes de inserção no paciente.

Fonte: Acervo Leonardo Savassi

- Obstrução da sonda: .por vezes, ocorre a obstrução da sonda por alimentos, de acordo com sua espessura, ou por medicamentos

(alguns deles formam cristais, ainda que diluídos). Nestes casos, via de regra, a lavagem da sonda com água filtrada com pressão (uso de seringa de 20 ml) costuma ser suficiente. Em alguns casos, será necessária a troca do dispositivo. É importante que o médico esteja atento às medicações prescritas, pois algumas medicações devem ser trocadas para evitar essa obstrução como por exemplo: omeprazol por ranitidina, óleo mineral por lactulose. Existe uma lista de remédios que aumentam a obstrução das sondas.

- vazamentos e neste caso é importante avaliar o diâmetro, espessura da sonda e o próprio orifício. Verificar se o fechamento da tampa da sonda é hermético.
- Degradação da sonda: em muitos casos a sonda se degrada antes mesmo do período destinado a troca, por temperatura da alimentação, pelo calor corporal, pela exposição excessiva à luz, ou mesmo pelas características (acidez, diluição) da dieta. Caso hajam dilatações ou tortuosidades, pode ser necessária a troca antes do período previsto.
- Alargamento do estoma: pode ser resolvido com a modificação do calibre da sonda, com a alteração da fixação, caso o alargamento seja simétrico e limitado, pode demandar intervenção na própria ferida, de coberturas ou mesmo cirúrgica, pode-se realizar a passagem de uma sonda nasoenteral para alimentação e o tratamento tópico do estoma até sua melhora ou a retirar a sonda de gastrostomia no período noturno fazendo curativo oclusivo no local e mantendo por 6-8 horas para que o estoma contrai e diminua seu diâmetro, após o período repassar nova sonda de gastrostomia.

- Dermatite química: demanda proteção local, com elementos tais como: cremes de barreira
- Infecção periestomal: pode ser resolvida com antibiótico tópico ou sistêmico, dependendo da extensão.
- Granuloma: são processos inflamatórios por fricção ou colonização bacteriana dos orifícios das ostomias. Uma série de possibilidades terapêuticas estão disponíveis: uso de nitrato de prata, gel hiperônico de NaCl e substância amorfa estéril composta de amálgamada, 20% de cloreto de sódio e goma xantana, corticoides tópicos, antibióticos tópicos se processo infeccioso associado, coberturas primárias como óleo de girassol, zinco ou soluções salinas e espumas de poliuretano)
- Peritonite: avaliação hospitalar imediata
- Perfuração de vísceras: avaliação hospitalar imediata
- Fístulas: avaliação do médico cirurgião . Alguns casos necessitam de reintervenção para procedimentos cirúrgicos.

SUGESTÃO DE ATIVIDADES DE FIXAÇÃO PARA ALUNOS E RESIDENTES

Situação Problema

CLH, 45 anos de idade, acamado, restrito ao leito e lar, reside com sua esposa e três filhos em casa com 2 cômodos e com saneamento básico.

co. Apresenta em acompanhamento com a Equipe EMAD Vida desde de sua desospitalização há 1 semana.

1. Lista de Problemas:

- Hipertensão arterial essencial
- Dislipidemia
- Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) evoluindo clinicamente com:
 - disfagia importante em uso de gastrostomia
 - Tetraplegia espástica
 - insuficiência respiratória crônica em uso de traqueostomia e Ventilação Mecânica 24 horas
- Doença Refluxo Gastroesofágica

2- Dieta e Medicações:

- 2.1- Dieta normoproteica normocalórica isenta de sacarose, lactose e glúten 1.0kcal/ml 250 ml 5 x ao dia via gastrostomia
- 2.2- Medicações via gastrostomia:
 - Hidroclorotiazida 25 mg ao dia
 - Enalapril 20 mg de 12/12 h
 - Sinvastatina 20 mg após o jantar
 - Bromoprida 10 mg de 8/8 horas

3- Dispositivos:

- Gastrostomia: hiperemia local e descamação da pele, com sonda de Mic-key n.22
- Traqueostomia: cânula PVC Portex n• 8 com cuff, sem alterações

Registro SOAP no prontuário eletrônico:

Subjetivo: Cuidadora relata ainda angustiada e com dúvidas nos cuidados no domicílio . Refere que há 3 dias vem apresentando lesão em gastrostomia. Refere que quando saiu de alta não foi realizado a troca da gastrostomia e que parece que a gastrostomia está “solta”. Nega outras queixas.

Objetivo: Bom estado geral, corado, hidratado, afebril.

Sinais Vitais: PA 130X80, FC 80bpm, FR 20 irpm, Tax 36°C, SaTO2 98%.

Cardiovascular: Bulhas normofonéticas em 2 T sem sopros. Ritmo cardíaco regular.

Respiratório: Murmúrio Vesicular presente bilateralmente sem ruídos adventícios.

Traqueostomia: presença de estoma sem alterações com cânula de traqueostomia com cuff insuflado e com velcro com sujidades . Avaliação do cuff com cufômetro: pressão no cuff 30 cmH2O

Abdome: flácido, plano, RHA presente, sem dor a palpação. Gastrostomia: sonda deslocada com estoma com hiperemias. Teste do balão: balão com defeito perfurado

Extremidades: Boa perfusão periférica, sem edemas, panturrilha livres

Lesão por pressão sacral: hiperemia.

A respeito deste caso, reflita e responda:

1- Existem algumas intercorrências domiciliares comuns com a gastrostomia. O paciente acima apresenta qual ou quais intercorrências no momento?

A- Alargamento de estoma

B- Risco de saída accidental da sonda devido ruptura do cuff e dermatite química

C- Nenhuma das alternativas

D- Granuloma em estoma

Resposta: B- O paciente acima apresenta dermatite química e cuff de sonda perfurado com risco de saída accidental do dispositivo.

2- Quais são indicações do uso de gastrostomia além da disfagia?

A - Desnutrição Protéico Calórica

B- Uso prolongado de Sonda nasointestinal

C- Nenhuma das alternativas

D- A alternativa A e B estão corretas

Resposta: D. São indicações além da disfagia, desnutrição protéico calórica e uso prolongado de Sonda nasointestinal

3- A pressão no cuff da cânula de traqueostomia encontra-se adequada?

A- Sim. Deve-se manter a pressão no cuff entre 25-30cmH₂O

B- Não. Deve-se manter a pressão no cuff entre 18-25cmH₂O

C- Não. Deve-se manter a pressão no cuff entre 18-28cmH₂O

D- Nenhuma alternativas estão corretas

Resposta: B. A pressão no cuff na cânula de traqueostomia deve manter entre 18-25cmH₂O para evitar lesões na traquéia e efetividade na Ventilação Mecânica

4-Quais são as intercorrências mais comuns com a cânula de traqueostomia

A- Saída accidental da cânula de traqueostomia

B- Traqueíte

C- Dermatite traqueal

D- Todas as alternativas estão corretas .

Resposta: D . Todas as alternativas estão corretas .

5- No caso acima o paciente apresenta uso de cânula de traqueostomia PVC com cuff . É necessário o uso dessa cânula ?

A- Não . Poderia ser colocado uma cânula de traqueostomia metálica

B- Sim . É necessário, pois o paciente encontra-se em Ventilação Mecânica e necessita de cânula que vede o sistema respiratório para eficácia da Ventilação Mecânica .

C- Não . Poderia ser qualquer tipo de cânula com cuff ou sem cuff.

D- Nenhuma das alternativas está correta.

Resposta: B. O paciente necessita de Ventilação Mecânica, portanto só poderia utilizar cânulas de traqueostomia de silicone ou PVC com cuff para ocorrer o vedamento do sistema respiratório como balonete.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. [Estabelece Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.] Brasília, Diário Oficial da União, 2009. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html. Acesso em 30 jan. 2021.

MARTINS, Fernanda P; SOUSA, Maris CB; FERRARI, Angelo P. New “introducer” PEG- gastrostomy with T fasteners: a pilot study. *Arq Gastroenterol*. 2011;48(4):231-5

ANSELMO, Christophe Bezerra et al. Gastrostomia cirúrgica: indicações atuais e complicações em pacientes de um hospital universitário. *Rev. Col. Bras. Cir.*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 6, p. 458-462, Dec. 2013 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912013000600007>. Acesso em: 31 Jan. 2021.

CARMAGNANI, Maria Isabel S; FAKIH, Flávio T; CANTERAS, Ligia M, et al. *Procedimentos de enfermagem: Guia prático*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2012

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Parecer N°06/2013/COFEN/CTA. Parecer sobre o exercício legal e competência do profissional enfermeiro referente a troca da sonda de gastrostomia e jejunostomia. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-no-062013cofencas-2_28109.html. Acesso em: 31 jan. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ. Parecer N° 2696/2018 - CRM-PR. [Troca de cânulas de traqueostomia e decanulação por outros profissionais. Ementa: Traqueostomia - Decanulação - Ato Médico]. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/PR/2018/2696_2018.pdf. Acesso em 31Jan. 2021.

GRILO, Ana; SANTOS, Carla Adriana; FONSECA, Jorge. Percutaneous endoscopic gastrostomy for nutritional palliation of upper esophageal cancer unsuitable for esophageal stenting. *Arq. Gastroenterol.*, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 227-231, Sept. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-28032012000300012>. Acesso em: 31 Jan. 2021.

PRADO, Marta Lenise do et al (Org.). Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem. 3. ed. Florianópolis: Ufsc, 2013. 548 p.

AVELINO, Melissa A.G. et al. Primeiro Consenso Clínico e Recomendações Nacionais em Criança traqueostomizadas da Academia Brasileira de Otorrinolaringologista Pediátrica (ABOPe) e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). *Braz. J. Otorhinolaryngol.* vol 83. n°5. São Paulo Set/Oct.2017.

SANTOS, José Sebastião et al. Gastrostomia e jejunostomia: aspectos da evolução técnica e da ampliação das indicações. *Medicina (USP)*, v 44, n 1 p: 39-50, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47321>. Acesso em 31 jan. 2021.

CAPÍTULO 6

VENTILAÇÃO MECÂNICA NO DOMICÍLIO

Cibelle Gomes Lima Melo

Leonardo Cançado Monteiro Savassi

Ventilação Mecânica (VM) é a técnica que utiliza um dispositivo mecânico para permitir que a respiração se realize em pessoas que não são capazes de manter a respiração de forma fisiológica.

A ventilação pode ser invasiva, quando há a presença de tubo oro ou nasotraqueal ou traqueostomia, ou não invasiva, quando é realizada pressão positiva sem a presença de uma ostomia respiratória e sim uma interface - Máscara. Além disso, pode ser contínua (*Continuous Positive Airway Pressure* - CPAP), quando há ventilação espontânea que permita a manutenção de uma pressão positiva constante nas vias aéreas, ou bi-level/ bi-nível, quando há necessidade de pressão de suporte inspiratório (*Inspiratory Positive Airway Pressure* - IPAP) e de pressão expiratória positiva (*Expiratory Positive Airway Pressure* - EPAP) criando uma ciclagem de fluxo de dois níveis. (AMIB; SBPT, 2013)

Sempre que se cursa com insuficiência respiratória progressiva, e há falha no desmame de VM, deve-se considerar a possibilidade da VM se realizar no domicílio. São objetivos clínicos da VM:

- Corrigir hipoxemia
- Corrigir hipercapnia
- Reduzir trabalho respiratório

Especificamente no domicílio, a Ventilação Mecânica Domiciliar (VMD) tem como funções primordiais:

- humanização do cuidado trazendo conforto ao paciente e familiares
- Melhora da qualidade de vida dos pacientes e a família com maior vínculo entre paciente -família -equipe de assistência domiciliar
- Reduzir a exposição a infecções hospitalares
- Aumentar leitos de retaguarda hospitalares com a desospitalização, implicando numa melhora da relação custo-efetividade dos sistemas de saúde.

6.1. INDICAÇÕES DA VENTILAÇÃO MECÂNICA DOMICILIAR

A VMD geralmente é indicada para condições crônicas tais como:

- Doenças torácicas restritivas:
 - Deformidade de caixa torácica: cifoescoliose
 - Trauma raquimedular
 - Sequelas de poliomielite
- Doenças Neuromusculares:
 - Esclerose Lateral Amniotrófica (ELA)
 - Distrofias musculares

- Doenças com sinais de hipoventilação noturna:
 - Hipoventilação alveolar central
 - Síndrome da apnéia central idiopática
 - Síndrome de obesidade hipoventilação
- Síndrome da Apnéia e Hipopnéia Obstrutivas do Sono (SAOS)

6.2. CONTRA- INDICAÇÕES PARA A VMD

6.2.1. Contra-indicações para VM invasiva e não invasiva, segundo Parecer número 1735/2006 e respectivo Protocolo nº 1809/2006 do Conselho Regional de Medicina do Paraná aprovado pelo CFM (CRM-PR, 2006)

- Instabilidade hemodinâmica
- Necessidade de monitorização contínua
- Parâmetros Ventilatórios: $FIO_2 > 0,4$ E/OU $PEEP > 10$ cmH₂O
- Paciente e ou familiares não aceitam a ventilação mecânica domiciliar
- Condições domiciliares inadequadas como: Ambiente insalubre, Fonte elétrica instável ou inadequada

6.2.2. Contra indicações específicas da ventilação Não Invasiva

Contraindicações absolutas a Ventilação não invasiva incluem a necessidade de intubação de emergência, e paradas cardíacas e respiratórias, quando a ventilação invasiva estará indicada. Já as contra-indicações relativas quanto ao uso de VNI incluem anormalidades cirúrgicas, traumáticas, ou congênitas da face; anormalidade congênitas das vias aéreas, impedindo o uso de uma máscara ou prongas justas demais, instabilidade cardiopulmonar grave, e na obstrução das vias aéreas superiores. Também pode não ser possível usar a VNI em pacientes com trauma ou queimadura faciais, ou em pacientes com cirurgia recente do trato gastrointestinal superior - notadamente esofágica - no caso de distensão gástrica, alto risco de aspiração, como na incapacidade de cooperação para proteção de vias aéreas, ou excesso de secreção não controlável com medidas farmacológicas; episódios apneicos intratáveis. (LOH *et al.*, 2007; AMIB; SBPT, 2013),

6.3. CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO NA VMD

Para realizar a desospitalização de pacientes em situação de ventilação mecânica para o domicílio é necessário o preenchimento de alguns critérios. Um deles é a avaliação clínica do paciente e dos critérios de elegibilidade e inelegibilidade para a modalidade AD: a avaliação do estado clínico de estabilidade do paciente é primordial para a desospitalização. Além disso, a avaliação dos critérios de elegibilidade e inelegibilidade dos programas de SAD público ou privado também é importante para a garantia da segurança do paciente. Podem ser usadas as Escalas do NEAD e Escala de ABEMID (ver cap.3, item 3.5). Já o Conselho Regional de Enfermagem do Sergipe (COREN-SE) define que

o enfermeiro responsável pela assistência deve avaliar se o paciente ou familiar/responsável estão devidamente treinados e esclarecidos quanto a todos os aspectos envolvidos nos procedimentos que irão executar. Enquanto houver inconsistência ou dúvida que possam por em risco a vida e a integridade física do paciente, a equipe de enfermagem não deve liberar a execução do respectivo procedimento. (COREN-SE, 2015, p. única)

É muito importante a capacitação principalmente para situações de emergência e urgência no domicílio. Se houver falta de energia no domicílio:

- Verificar se o ventilador está conectado a bateria,
- Entrar em contato com a assistência domiciliar e a instituição fornecedora de energia de sua cidade com o cadastro sobrevida.
- Se ventilador parar de funcionar imediatamente retirar a máscara do paciente, se paciente em ventilação mecânica não invasiva ou conecte a cânula de traqueostomia ao reanimador manual, se este estiver em ventilação mecânica invasiva. Utilize o reanimador manual imediatamente até a chegada do serviço de emergência ou retorno da energia.

Outra intercorrência importante é a quebra do ventilador; se ventilador parar de funcionar imediatamente retirar a máscara do paciente, se paciente em ventilação mecânica não invasiva ou conecte a cânula de traqueostomia ao reanimador manual, se este estiver em ventilação mecânica invasiva. Utilize o reanimador manual imediatamente até a chegada do serviço de emergência ou retorno da energia.

Além disso é importante a reavaliação constante desse cuidador principalmente para a identificação de situação de Burnout, o qual poderá colocar o paciente em risco. Para isso pode-se utilizar ferramentas como a escala de Zarit (ver capítulo 4, item 4.3). Caso identificados sintomas de sobrecarregamento ou Burnout ou falha no treinamento do

cuidador se possível deve-se retreinar ou trocar de cuidador ou se não for solucionado o problema deve-se reinternar o paciente até a resolução e garantia da segurança do paciente. A avaliação do cuidador antes da desospitalização também é primordial para verificar:

- a aceitação do cuidado no domicílio,
- as habilidades dos cuidadores
- quadro psicológico.

O cuidador é o elo entre a equipe de atenção domiciliar. O cuidador oficial deve assinar o termo de consentimento informado e o termo de responsabilidade com relação a utilização dos aparelhos de ventilação mecânica. Durante a avaliação será realizado o treinamento dos cuidadores em todas as situações possíveis no domicílio e será dado o apoio incondicional ao cuidador e família. Esse treinamento deve ser realizado por enfermeiro da SAD.

Já a avaliação do domicílio deve incluir a análise:

- Do espaço físico, condições de saneamento básico
- Da rede elétrica – pode-se solicitar o apoio de engenheiro elétrico para essa avaliação;
- Meios de comunicação fáceis e disponíveis, como telefone;
- Acesso fácil a veículos de emergência;

- Cadastro na empresa fornecedora de energia: Cadastro Sobrevida (cadastro para religamento preferencial da rede elétrica em caso de pane elétrica)

Figura 6.1. Avaliação do Cuidador para VMD.



Fonte: Adaptado de Melo, 2019

Deve-se ser garantido pelo SAD a internação do paciente em hospital de retaguarda em qualquer situação de intercorrência que torne a assistência domiciliar inviável, inadequada e insegura ao paciente por colocar o paciente em risco iminente após avaliação médica .

O Serviço de atendimento domiciliar deve fornecer ambulância UTI adequadamente equipada para o transporte do paciente, sendo disponível 24 horas ao dia para atendimento de emergência e urgência.

Antes da desospitalização deve-se assinar o termo de retaguarda hospitalar/ Urgência (vaga zero) sendo: Termo de retaguarda hospitalar/ urgência (vaga zero) em situações de intercorrências agudas que não podem ser manejadas em domicílio. (BRASIL, 2018)

Da mesma forma, é primordial a garantia de insumos e equipamentos necessários para a VMD. São os seguintes equipamentos essenciais:

- Ventiladores mecânicos domiciliares com circuitos e bateria

- Interfaces- máscaras- VM não invasiva ou cânula de traqueostomia - VM invasiva
- Umidificador ou base aquecida
- Reanimador manual (ambu)
- Aspirador traqueal elétrico e aspirador a vácuo (cilindro de oxigênio com válvula de venturi).

6.4. TIPOS DE VENTILADORES

Ventiladores mecânicos domiciliares com circuitos e bateria: a indicação do melhor ventilador para a patologia do paciente deverá ser informada pelo médico assistente para garantir a segurança do paciente em seu domicílio. Atualmente apresentamos os seguintes ventiladores:

- Ventilador - CPAP:
- Ventilador- Bi-level, com modelos subdivididos em:
 - Automático
 - Sem bateria interna
 - Intermediário
- Ventiladores com suporte de vida

6.4.1. Ventilador - CPAP

Ventilador de Fluxo contínuo de pressão positiva - *Continuous Positive Airway Pressure* CPAP: está indicado nos casos de ventilação mecânica não invasiva. Este ventilador permite somente ventilação no modo CPAP, na qual há uma produção de um fluxo constante e uniforme de ar para as vias aéreas superiores de maneira contínua durante a inspiração e expiração. Suas indicações incluem a Doença pulmonar obstrutiva crônica e a Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS). São utilizados diversas marcas por serviços domiciliares públicos e privados como:

- CPAP S9 AUTO SET
- CPAP REMstar Basic
- CPAP S9 SCAPE

Cada aparelho possui especificações específicas em modo de funcionamento, configuração de máscara, alívio de pressão, armazenamento de dados, rampa, voltagem do ventilador e seus devidos fabricantes

6.4.2. Ventilador Bi-Level (dois níveis)

Ventiladores bi-nível possuem indicação para ventilação mecânica não invasiva. Permite o ajuste dos níveis de pressão do ar durante o uso de forma que fornece ao paciente a quantidade adequada de pressão de ar na inspiração e expiração

As indicações: doença neuromusculares, apneia do sono de origem central.

São utilizadas diversas marcas por serviços domiciliares públicos e privados como:

- BIPAP Synchrony II com AVAPS
- BIPAP Synchrony

São subdivididos em:

- Automático: não é possível programar a frequência respiratória mínima, assim não possuindo back-up de apneia. É usado em situações com necessidade de até 8 h de VM
- Sem bateria interna: é um ventilador com possibilidade de programação de frequência respiratória mínima. Não possui bateria interna e somente pode ser usado em pacientes com necessidade de até 8 horas de VM
- Intermediários: é um ventilador com possibilidade de programação de frequência respiratória mínima. Possui bateria interna e externa, somente pode ser usado em pacientes com necessidade de até 16 horas de VM e possui modalidades de controle com garantia de volume

6.4.3. Ventilador com suporte de vida

São indicados para ambas as modalidades de ventilação mecânica - não invasiva e principalmente a ventilação mecânica invasiva, a qual necessita de suporte de vida que é garantida através de bateria interna de maior duração, assim garantindo a segurança no domicílio em situações como quedas de eletrificadas mais longa, além de garantir circuito ativo. Este ventilador pode ventilar de forma pressórica ou volumétrica e permite o ajuste dos níveis de pressão, sensibilidade e modo ventilatório. As principais indicações são as doença neuromusculares e degenerati-

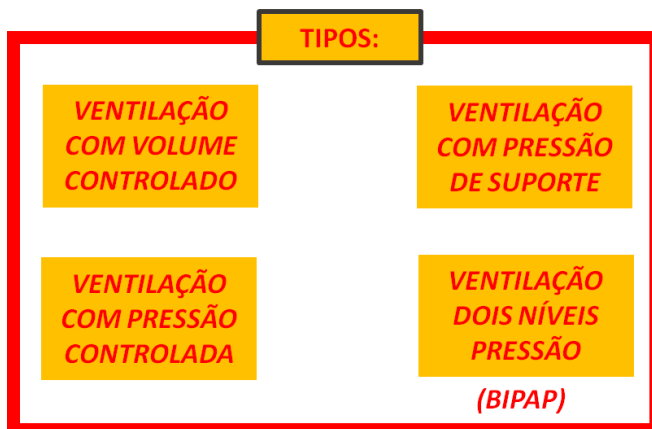
vas. Diversas marcas de ventiladores podem ser utilizadas nos serviços (BRASIL, 2018; MELO, 2019):

- TRILOGY 100
- ASTRAL 100 OU 150
- VSIII da Resmed
- MONAL T150

O melhor ventilador e o melhor modo e modalidade ventilatório dependerá da doença do paciente. Normalmente os pacientes em uso de ventilação mecânica não invasiva utilizam o modo a pressão de suporte e normalmente apresentam boa tolerância, já os pacientes com ventilação mecânica invasiva normalmente ventitam a volume controlado, principalmente em pacientes portadores de doenças neuromusculares.

É importante a escolha correta do ventilador principalmente para que não seja usado incorretamente em paciente em uso de ventilação mecânica invasiva ventiladores sem suporte de vida que aumentam o risco de óbito no domicílio como os BIPAP SYNCHRONY, o qual em seu próprio manual do utilizador reforça que este somente deve ser utilizado em pacientes com ventilação mecânica não invasiva (uso de interface-máscaras). A indicação errônea do ventilador pode acarretar em óbito do paciente

Figura 6.2. Ventiladores: Modo e modalidades.



Fonte: Adaptado de Melo, 2019

A avaliação pelo médico e fisioterapeuta do melhor e mais adequado modo e modalidade ventilatória é essencial para a efetividade da ventilação e evitar complicações clínicas.

Também é importante o conhecimento dos parâmetros ventilatórios. Dependendo do ventilador utilizado no domicílio existem alguns tipos de modos e modalidades de ventilação. Sendo:

- Ventilação com dois níveis de pressão – BIPAP
- Ventilação com volume controlada
- Ventilação com pressão controlada
- Ventilação com pressão de suporte s

Quadro 6.1. Parâmetros recomendados para adulto

VC: 6-8 ML /KG DE PESO PREDITO

FR: 12-16 irpm

VOLUME MINUTO= (VC X FR): 6-8L/MIN

FLUXO INSP OU TEMPO INSP= 1:2 A 1:3

IPAP: PRESSÃO POSITIVA NA INSPIRATÓRIA

EPAP: PRESSÃO POSITIVA NA EXPIRATÓRIA

TEMPO DE ELEVAÇÃO: 1 A 6

(TEMPO QUE O APARELHO DEMORA PARA MUDAR DE EPAP PARA IPAP)

FLUXO (V): 40-60L/MIN

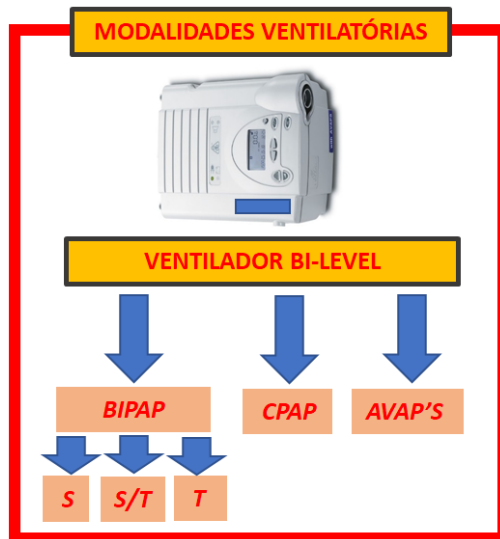
Cálculo do PESO PREDITO:

HOMEM: 50+0,91 X (ALTURA EM CM -152,4)

MULHER: 45,5+0,91 X (ALTURA EM CM -152,4)

Fonte: MELO, 2019

Figura 6.3. Modalidades de Ventilação no Ventilador bilevel/ bi-nível.



Fonte: Adaptado de Melo, 2019

Nos ventiladores Bi-level podemos acessar alguns modos e modalidades respiratórias sendo:

- BIPAP: permite ajuste em dois níveis de pressão sendo:

- PRESSÃO INSPIRATÓRIA- ipap: AUXILIA A INSPIRAÇÃO E AUMENTA VOLUME CORRENTE E MINUTO

- PRESSÃO EXPIRATÓRIA- epap: PREVINE O COLAPSO DAS VIAS AÉREAS SUPERIORES E ALVEOLAR.

Subdividido em:

- S- espontâneo: é indicada para pacientes com drive respiratório, conscientes e orientados . Deve-se programar no ventilador os seguintes parâmetros: ipap e epap .O aparelho respeita a respiração e frequência respiratória do paciente
 - S/T- assistido / controlado: é indicado para pacientes com drive respiratório, consciente e orientado . Deve-se programar os seguintes parâmetros: ipap, epap, frequência respiratória (FR) mínima e tempo inspiratório. O aparelho respeita a respiração do paciente e caso não alcance a FR mínima, o ventilador é acionado e inicia uma respiração programada
 - T – controlado: é indicada para pacientes sem drive respiratório e inconsciente . Deve-se programar no ventilador os seguintes parâmetros: ipap, epap, tempo inspiratório e frequência respiratória. O aparelho realiza todo o ciclo respiratório sem influência do paciente . Não é indicada o uso na atenção domiciliar .
- CPAP: o aparelho realiza ventilação com pressão contínua positiva . Deve-se programar somente um valor de pressão – fluxo contínuo . É indicado para realização de exercícios respiratórios e na apnéia do sono leve e moderada
- AVAP'S: o aparelho realiza ventilação a pressão com volume corrente garantido e pré estabelecido . Deve-se programar os seguintes parâmetros: ipap máxima e mínima, epap, FR mínima e tempo inspiratório .

Nessa modalidade o paciente apresenta normalmente maior conforto por trabalharmos com a possibilidade de pressões menores . Também é usado no desmame do paciente.

A análise dos alarmes nos ventiladores é outro dado importante para evitar complicações domiciliares. Dentre os alarmes existentes nos ventiladores destacam-se:

- Alarme de desconexão – esse alarme é acionado quando existe uma desconexão ventilador – paciente. Deve sempre estar ligado .
- Alarme de apnéia: esse alarme é acionado quando o paciente realiza uma apnéia.
- Alarme de volume corrente baixo – esse alarme é acionado quando o paciente apresenta volume corrente baixo. Nos ventiladores Bi-level encontra-se somente ativo na modalidade AVAP'S

Existem outros alarmes como: pressão alta ou baixa, frequência respiratória alta ou baixa, saturação de oxigênio baixa, FiO2 baixa, fuga alta que devem ser avaliados seu uso no domicílio.

6.5. EQUIPAMENTOS E DISPOSITIVOS FUNDAMENTAIS.

Existem diversas cânulas de traqueostomias com citadas no capítulo de ostomia, sendo Cânula metálica ou Cânula de PVC ou silicone das quais existem aquelas com balonete ou sem balonete, com lúmen único ou duplo ou duplo lúmen com fenestra. A escolha do dispositivo dependerá de características do paciente como: idade, anatomia, distúrbios de deglutição, uso de ventilação mecânica e possibilidade de fonação.

Quanto às Interfaces - Máscaras - a escolha dependerá da tolerância do paciente e eficiência da ventilação. A melhor máscara ou interface é

aquela, na qual o paciente encontra-se confortável e possui efetividade na ventilação. Alguns tipos:

I. Oronasal: é uma máscara que apresenta maior controle do volume corrente e melhor correção das trocas de gases, porém pode causar claustrofobia e maior risco de broncoaspiração e normalmente os paciente reclamam do conforto

II. Facial total: é uma máscara com menor contato com o nariz e o que evita lesões por pressão em asa nasal, porém maior sensação de claustrofobia

III. Nasal: é uma máscara confortável que permite a fala, tosse, deglutição do paciente e possui menor contato com a face, entretanto possibilita fuga / vazamento de ar pela boca

III. Pronga nasal: é uma máscara que permite menores pressões na face e não interfere com a visão, entretanto possui maior contato com nariz com risco de lesões por pressão.

O umidificador ou base aquecida é um aparelho que aquece o ar para manter o equilíbrio natural de calor e umidade para as vias aéreas. É muito utilizado em pacientes secretivos e uso de oxigenioterapia. Tem a função também de aumentar a tolerância da terapia e diminuir ressecamento da mucosa. No aparelho somente deve usar água destilada ou filtrada para evitar danos ao aparelho.

A presença no domicílio do Reanimador manual (ambu) é primordial para manter a vida do paciente em situações de: queda de energia, quebra do ventilador ou bateria. Também é utilizado pela equipe de fisioterapia e enfermagem na realização de fisioterapia respiratória e aspiração traqueal. Todo paciente em uso de ventilador deve ter seu cuidador treinado quanto ao manuseio desse aparelho

Aspirador traqueal elétrico e aspirador a vácuo (cilindro de oxigênio com válvula de Venturi): o aspirador traqueal elétrico é utilizado em paciente em uso de traqueostomia para a aspiração de secreções em traqueia e vias aéreas superiores. Já o aspirador a vácuo com cilindro de oxigênio com válvula de Venturi é utilizado para aspiração traqueal a vácuo em situações de queda de energia, quebra do aspirador elétrico temporariamente. Ambos evitam a formação de rolos de secreção em traqueostomia e consequentemente quadros de insuficiência respiratória aguda e óbito do paciente

Também é importante a avaliação da necessidade de outros equipamentos no domicílio como:

- Espirômetro portátil: é um aparelho que é capaz de medir de forma exata a quantidade de ar que entra e sai dos pulmões em um intervalo de tempo, ou seja a avaliar a função pulmonar. Se o CVF for menor que 50% ou apresentar queda sentado para deitado de mais que 25%, representa indicação de VMNI
- *Cough assist*: também conhecido como “aparelho de tosse”, é um dispositivo indicado para adultos e crianças que estão incapazes de realizar tosse efetiva ou eliminar secreção efetivamente.
- *Peak Flow*, ou Pico de fluxo: é um aparelho que avalia o fluxo expiratório máximo medido durante a manobra de tosse . Se o paciente apresentar:
 - <160 - 270 – deve iniciar técnicas de auxílio de tosse como o uso do *cough assist*
 - 270-360- tosse fraca mais remove secreções sem necessidade de técnicas de auxilio de tosse
 - >360- 840> - a tosse é efetiva, não demanda aparelhagem.

- Oxímetro de pulso: aparelho que avalia a saturação de oxigênio do paciente. É muito utilizado em paciente com necessidade de oxigenioterapia

Figura 6.4. Insumos e equipamentos necessários para a VMD



Fonte: Adaptado de Melo, 2019

6.6. PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES NA VMD

Toda essa avaliação é primordial para a garantia da segurança do paciente no domicílio e evitar complicações domiciliares e o óbito do paciente. São algumas complicações da VMD.

Complicações Clínicas:

- desospitalização errônea ou precoce de pacientes instáveis,
- instabilidade respiratória ou hemodinâmica durante acompanhamento em domicílio, a qual pode agravar a doença de base,

- barotrauma e volumetrauma devido uso incorreto de modos, modalidades e parâmetros ventilatórios
- Infecções domiciliares se uso de técnicas incorretas como aspiração endotraqueal
- Complicações relacionadas ao Ventilador:
 - ventilador inadequado, por exemplo pacientes em uso de ventilação mecânica invasiva em uso de ventiladores sem suporte de vida,
 - falha do ventilador como alarmes de desconexão.
 - quebra do aparelho,
 - desconexão paciente-aparelho,
 - falha ou quebra de bateria
- Ventiladores sem manutenção com risco de quebrar ou falhas de peças, por exemplo sem trocas de filtros

Figura 6.5. Filtros do ventilador



Filtros do ventilador conservados (figuras acima) e deteriorados (figuras abaixo). Os filtros estão deteriorados devido a falha na manutenção do aparelho do ventilador.

Fonte: Acervo Cibele Melo

Complicações Domiciliares:

- fonte de energia inadequada ou instável,
- falta de energia,
- ausência de cadastro sobrevida na rede elétrica de seu município ou falha desse serviço,

- condições domiciliares inadequadas com ambiente insalubre com poucas condições de saneamento básico,
- ausência de avaliação de rede elétrica pela SAD antes de liberação de domicílio para instalação de ventilador

Complicações Familiares:

- quadro de depressão, ansiedade e desestruturação familiar devido cuidador sobrecarregado com tantas funções- burnout
- cuidadores não treinados corretamente para situações de emergência como utilização de reanimador manual.

Complicações Estruturais:

- falta de matérias de urgência e emergência no domicílio como o reanimador manual (ambu),
- aspirador elétrico e aspirador tipo venturi (vácuo) conectado a cilindro de oxigênio para situações de emergência como falta de energia no domicílio,
- ausência de equipe e hospital de retaguarda,
- ausência de enfermagem em domicílio quando necessário

6.7. ESPECIFICIDADES DA CRIANÇA

O número de crianças dependentes de VM que tem tido alta para cuidados domiciliares tem se ampliado. O histórico de ventilação mecânica em crianças se inicia no cuidado ao Recém-nascido com desconforto respiratório em sala de parto, na década de 1970, quando foi introduzido o uso de pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP). Posteriormente, as inovações em equipamentos respiratórios de AD com alarme ampliaram a segurança da VMD, ao detectar hipoventilação noturna, assim como a polissonografia, a oximetria de pulso e a capnometria.

As grandes síndromes clínicas que requerem VMD na infância incluem doenças de vias aéreas ou pulmonares, que levam ao aumento da carga respiratória, doenças que ocasionam fraqueza muscular da caixa ventilatória ou doenças que cursam com falha do controle neurológico da ventilação, notadamente em crianças com distúrbios do sistema nervoso central estáveis. Além disso, o desenvolvimento de ventilação não invasiva simplificou a estratégia do ventilador e ampliou as opções de ventiladores usados para insuficiência respiratória crônica.

A VMD, economicamente, é menos dispendiosa do que a assistência hospitalar, ainda que se considere o mesmo tipo de serviço de enfermagem. Socialmente, o ambiente doméstico melhora QV, une as crianças com suas famílias e comunidade e psicologicamente, a maioria das crianças prefere viver em casa a ficar no hospital por períodos prolongados. O início precoce da VMD infantil pode prevenir complicações da insuficiência respiratória; (PREUTTHIPAN, 2015).

As indicações mais frequentes de VM Pediátrica estão relacionadas a doença pulmonar restritiva, sendo a maioria delas secundária a afecções neuromusculares na infância. Estão ainda muito associadas a distúrbios do sono como a própria SAOS. Sob este aspecto, a Ventilação Mecânica age através de vários mecanismos no pulmão com doença crônica (LOH et al. 2007):

- melhora a mecânica ventilatória;
- alivia a fadiga dos músculos respiratórios; ou
- aumenta a sensibilidade ventilatória ao dióxido de carbono

São critérios para VMD infantil (PREUTTHIPAN, 2015):

- Estabilidade clínica, monitoramento habitual, configurações fixas do ventilador.
- Tendência positiva no ganho pômbero-estatura (relativos de acordo com o protocolo de cuidados)
- Ausência de infecção frequente (relativos de acordo com o protocolo de cuidado) ou febre.
- Família: motivada, disposta, compromissada, cuidador +.
- Ambiente doméstico adequado e adaptável.
- Recursos financeiros (critério relativo).
- Recursos assistenciais comunitários, o que inclui a APS.

Quadro 6.2. Parâmetros recomendados para a criança

IPAP: 8 a 12 cmH₂O

EPAP: 4 a 6 cmH₂O

Frequencia de back-up: 8 a 12 com

Relação I: E 1:3 segundos

Sensibilidade a fluxo: 0,5 a 1,0 L/ min

Tempo inspiratório: de acordo com idade e a doença de base

Fluxo: de acordo com a idade e doença de base

Legenda: IPAP = pressão inspiratória positiva; EPAP= pressão expiratória positiva final; cpm= ciclos por minuto. * Recém nascidos: 01 constante de tempo = 0,15 segundos; Lactente: 01 constante de tempo = 0,20 segundos. São necessárias de 03 a 05 constantes de tempo para que ocorra o equilíbrio de pressões nos pulmões, para que ocorram as trocas gasosas. Relação I:E = Relação Tempo Inspiratório: tempo Expiratório

Retirada (Desmame) da VMD pediátrica: as evidências de desmame são em geral obtidas de desmame para VM aguda, em UTI, e portanto via de regra não se aplicam a AD e a desmame de pacientes em VM crônica. Nesta, o desmame ocorre mais lentamente, retirando-se inicialmente de minutos a horas e progredindo até a suspensão por meio turno. Normalmente, mantém-se VM noturna e desmame diurno, e posteriormente se avalia a tolerância para respiração espontânea. O processo da retirada (desmame) da VMD costuma durar por até 40% de todo o tempo em que a criança permanece nesta modalidade. (AMIB, 2015) As formas de desmame incluem:

- Desmame gradual – diminuição gradativa do suporte ventilatório, proporcionando ao paciente maior autonomia para assumir sua respiração até que haja interrupção completa da ventilação mecânica (extubação).
- Aplicação de testes preditivos de falha/ sucesso de extubação – testes simples que variam de três minutos a duas horas de tempo de aplicação; fornecem informações sobre a capacidade do paciente de respirar espontaneamente encurtando o tempo de desmame e prevenindo complicações da ventilação mecânica prolongada. Os principais testes preditivos de sucesso de extubação abordados são: o Teste de Respiração Espontânea (TRE) e o teste do volume minuto.

A despeito disso, existem fatores de risco para falha na extubação, sendo estes principalmente:

- baixa idade (principalmente menos de 6 meses) pela alta complacência da caixa torácica, baixa elasticidade e alta resistência de vias aéreas, o que ocasiona maior esforço respiratório e risco de atelectasias
- uso prolongado de analgésicos e sedativos
- alta pressão média de vias aéreas
- índice de oxigenação $> 0,45$
- uso de drogas vasoativas
- altas concentrações de oxigênio
- desnutrição

Atividades de Fixação para Estudantes e Residentes

Situação Problema (continuação)

O paciente, CLH, 45 anos de idade, acamado, restrito ao leito e lar, reside com sua esposa e três filhos em casa com 2 cômodos, com saneamento básico, com telefone e rede elétrica instável. Apresenta em acompanhamento com a Equipe EMAD desde de sua desospitalização há 1 semanas. Para sua desospitalização a Equipe foi ao hospital durante 2 semanas antes da desospitalização e realizou a avaliação do domicílio, cuidador e paciente. Foi realizado no hospital o treinamento do cuidador. O paciente apresentava a seguinte lista de Problemas (já relatada no capítulo de ostomias).

1- Lista de Problemas:

- Hipertensão arterial essencial
- Dislipidemia
- ELA com evolução clínica com:
 - disfagia importante em uso de gastrostomia
 - tertraplegia espástica
 - insuficiência respiratória crônica em uso de traqueostomia e Ventilação Mecânica 24 horas. Em uso de Ventilador Bi-Level: Marca: BIPAP SYNCHRONY II COM AVAPS com modo: AVAP'S(Ventilação a pressão com volume corrente garantido) com parâmetros: Volume Total: 500ml, iPAP máx: 28, iPAP mín: 18, ePAP: 8,frequência respiratória: 18irpm, Tempo inspiratório: 1,2s.

- Doença Refluxo Gastroesofágica

2- Dieta e Medicamentos:

2.1- Dieta normoproteica normocalórica isenta de sacarose, lactose e glúten 1.0kcal/ml 250 ml 5 x ao dia via gastrostomia

2.2- Medicamentos via gastrostomia:

- Hidroclorotiazida 25 mg ao dia
- Enalapril 20 mg de 12/12 h
- Sinvastatina 20 mg após o jantar
- Bromoprida 10 mg de 8/8 horas

3- Dispositivo:

Gastrostomia: hiperemia local e descamação da pele, com sonda de gastrostomia mic- key n • 22

Traqueostomia com presença de cânula PVC Portex n• 8 com cuff sem alterações

Em visita de enfermagem após 1 sem da desospitalização a cuidadora relata angustiada com o cuidado, assim como dito por médico no capítulo de ostomia.

Questões:

1- O paciente acima realiza que tipo de Ventilação Mecânica:

- A- Ventilação Mecânica não invasiva
- B- Ventilação Mecânica invasiva
- C- Ventilação Mecânica supra invasiva
- D- Nenhuma das alternativas

Resposta: B. O paciente apresenta em uso de Ventilação Mecânica conectada a cânula de Traqueostomia, portanto invasiva.

2- A avaliação do domicílio do pacientes acima foi realizada corretamente? Existe algum risco ? Assinale a alternativa correta.

A- Sim. A avaliação foi completa.

B- Não. Existe instabilidade da rede elétrica, portanto existindo risco domiciliar

C- Não. Existe instabilidade da rede elétrica, portanto existindo risco domiciliar . Além disso, não foi avaliado se o local é de fácil acesso a veículos de emergência e não foi verificado a presença de Cadastro Sobrevida

D- Nenhuma das alternativas

Resposta: C . Na avaliação do domicílio é necessário a avaliação: espaço físico, saneamento básico, meio de comunicação e facilidade ao acesso de veículos em uma situação de emergência, avaliação da rede elétrica e cadastro sobrevida .

3- O Ventilador escolhido pelo médico da Equipe Vida é o mais adequado?

A- Não, pois o ventilador Bi-Level é utilizado para ventilação mecânica não invasiva e até 16 horas de ventilação

B- Sim, pois o ventilador Bi-Level é um ventilador suporte de vida

C- Sim, pois o ventilador Bi-Level pode ser utilizado em ventilação superior a 16 horas

D- Nenhuma das alternativas

Resposta: A. O ventilador Bi- level marca: BIPAP SYNCHRONY II COM AVAPS é somente indicado para ventilação mecânica não invasiva como informa o manual do ventilador sendo inadequado em Ventilação Mecânica invasiva.

4- Existe a necessidade para a desospitalização do paciente acima a garantia de alguns materiais essenciais no domicílio?

A- Sim, como: ambu, cânula de traqueostomia, ventilador mecânico adequado, aspirador elétrico, aspirador a vácuo em caso de falta de energia elétrica

B- Não .

C- Sim, somente ambu

D- Nenhuma das alternativas.

Resposta: A. Existe sim a necessidade e a garantia de materiais e insumos essenciais no domicílio do paciente acima como os citados na alternativa A . Somente ambu não garantiria a segurança do paciente.

5- Quais complicações que a equipe Vida deve ficar atenta. Assinale a alternativa mais completa.

A- Complicações familiares: cuidador relata angustiada no cuidado, complicações relacionadas ao ventilador devido uso de ventilador inadequado

B- Não existe risco de complicações domiciliares

C- Somente com complicações relacionadas ao ventilador

D- Nenhuma das alternativas

Resposta - A . O paciente do caso clínico apresenta o risco das complicações citadas na alternativa A

REFERÊNCIAS

Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Fioretto, José Roberto; Freddi, Norberto Antônio; Costa, Karina Nascimento; Nóbrega, Rodrigo Freitas (org.). I Consenso Brasileiro de Ventilacao Mecanica em Pediatria e Neonatologia. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira, 2015. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/I-CONSENSO-BRASILEIRO-DE-VENTILACAO-MECANICA-EM-PEDIATRIA-E-NEONATOLOGIA.pdf. Acesso em 31 jan. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 jan. 2006. Disponível em: <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20642&word=rdc2006domiciliar>. Acesso em: 21 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 155, 14 ago. 2009. Seção 1. p. 80-81.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, v. 1, n. 208, 28 jan. 2011. Seção 1. p. 44.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portaria 825, de 25 de Abril de 2016. [Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde

(SUS) e atualiza as equipes habilitadas]. Brasília (DF): Diário Oficial da União; Seção 1, p.33.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Diário Oficial da União. [Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências]. Brasília, 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm . Acesso em: 29 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 370 de 04 de julho de 2008. Diário Oficial da União. Disponibiliza a VMNI para pessoas com doenças neuromusculares. Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0370_04_07_2008.html. Acesso em: 13 dez. 2013.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ. Parecer número 1735/2006, Protocolo nº 1809/2006. [Assunto: Ventilação Mecânica- Tratamento domiciliar] Curitiba: Conselho Regional de Médica do Paraná. 2006. Aprovado em Reunião de Plenária Nº 1772, de 17/04/2006.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SERGIPE. Parecer Técnico Nº47/2015. Disponível em http://se.corens.portalcofen.gov.br/parecer-tecnico-no-472015_8196.html. Acesso em 31 jan. 2021.

DONOSO, Miguir Terezinha Vieccelli [et al.]. Oxigenoterapia e ventilação mecânica em atenção domiciliar. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2013. 82p. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4259.pdf>. Acesso em 31 jan. 2021.

GONÇALVES, Amanda et al. Perfil dos usuários do Sistema Único de Saúde no campus Dr. Franklin Olivé Leite. In: Congresso De Iniciação

Científica, 18.; Encontro De Pós-Graduação, 11.; Mostra Científica, 1. Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, 20 a 23 out. 2009.

LOH, Lik Eng; CHAN, Yoke Hwee; CHAN, Irene. Ventilação não-invasiva em crianças: uma revisão. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 83, n. 2, supl. p. s91-s99, May 2007 . Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572007000300011>. Acesso em 31 Jan. 2021.

Melo Cibele GL. Ventilação Mecânica. Palestra SBMFC: 15º CBMFC. Cuiabá, 2019. Disponível em <http://www.sbmfc.org.br>

PREUTTHIPAN, Aroonwan. Home Mechanical Ventilation in Children -, 2015; Indian J Pediatr. 2015 Sep;82(9):852-9. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s12098-015-1842-z>.. Acesso em: 31 jan. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA - SBPT. Oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). J. Pneumologia, v.26, n. 6, p. 341-350, 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S010235862000000600011>. Acesso em: 11 nov. 2013.

CAPÍTULO 7

BREVE INTRODUÇÃO AOS CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARES

Maria de Fátima Maciel Nepomuceno

A definição de cuidados paliativos (CP) envolve a relação entre as doenças que representam grave ameaça a vida, e a qualidade de vida dos pacientes e seus respectivos cuidadores e demais familiares, através de ações de alívio de sofrimento, controle ou minimização de sintomas e abordagem da morte e do morrer em todas as suas vertentes - espiritual, religiosa, psíquica, física, familiar, comunitária e social. O Ministério da Saúde entende como CP as ações e os serviços de saúde para alívio da dor, do sofrimento e de outros sintomas em pessoas que enfrentam doenças ou outras condições de saúde que ameaçam ou limitam a continuidade da vida (BRASIL 2024B).

O envelhecimento populacional trouxe o aumento das doenças crônico-degenerativas e com isso o aumento da necessidade de pessoas que necessitam de cuidados continuados e mais intensivos. Há muito se discute a Atenção Domiciliar (AD) como um dos principais fatores pelo desenvolvimento das práticas de cuidado em saúde no domicílio. A Portaria 3005/2024, redefiniu os cuidados domiciliares realizados pelas equipes de atenção básica, instituindo a modalidade de atenção domiciliar AD 1, que é aquela prestada pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e pelas Equipes Multiprofissionais da Atenção Primária a Saúde (Emulti), e estabelecendo que nos cuidados paliativos, havendo necessidade de visitas sequenciais para manejo de sintomas não controlados, a AD2 (através das EMAD e EMAP) podem ser acionadas, e que para cuidados paliativos em fase final de vida os pacientes são classificados como AD3 (BRASIL, 2024A).

Também em 2024, a portaria 3681 definiu a Equipe Matricial de Cuidados Paliativos (EMCP), gestão estadual, e a Equipe Assistencial de Cuidados Paliativos (EACP), ligada ao município, com funções distintas. As EMCP são referência para 500.000 habitantes, exercendo ações de telessaúde, suporte técnico nas intercorrências em CP; educação permanente para equipes de saúde e população geral; atuação conjunta com as equipes da Rede de Atenção à Saúde (RAS) a situações assistenciais complexas e intensivas. Já as EACP são implantadas na relação de uma equipe para cada 400 leitos hospitalares, com ações de CP no estabelecimento a que estiver vinculada e em outros pontos da RAS no território de abrangência, sendo vinculadas e atuando integradas a hospitais, unidades de urgência, ambulatórios de atenção especializada ou serviços de AD, de forma integrada com a atenção primária (BRASIL 2024B).

Cuidados Paliativos devem ser realizados por todos os pontos da RAS com funções distintas: cabe a APS realizar a AD1, fornecer insumos e promover autonomia; aos SAD cabe a realização da AD2 e AD3. Devem existir também cuidados nos ambulatórios de atenção especializada, a rede de urgência e emergência deve providenciar transporte sanitário, e SAMU para agudizações/ intercorrências, constatação óbito domiciliar, e alívio sintomas. A atenção hospitalar atua no planejamento cuidado e controle sintomas, havendo ainda unidades e hospitais especializados em cuidados prolongados (BRASIL 2024B).

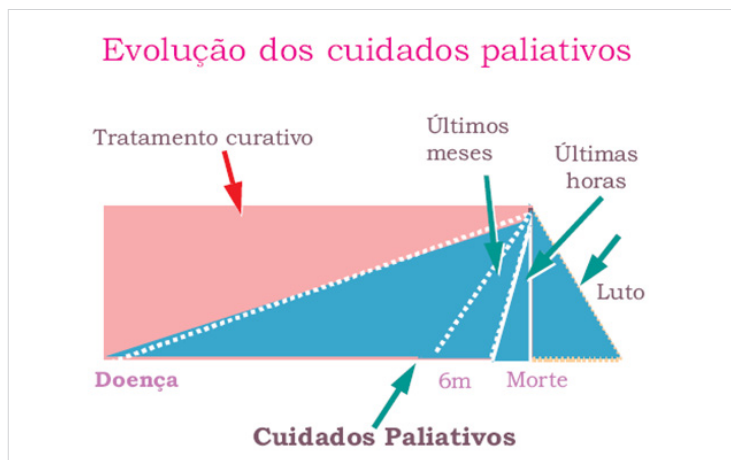
A AD na APS faz parte do processo de trabalho das equipes e tem como meta a interdisciplinaridade. Nas rotinas das equipes são discutidos os casos clínicos e a partir daí são tomadas decisões em conjunto entre os profissionais, levando em consideração as singularidades de cada paciente, suas crenças, hábitos, família e rede de apoio.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu em 2002 cuidados paliativos como uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares no contexto de uma doença ameaçadora da vida por meio de prevenção do alívio do sofrimento, da identificação precoce e do tratamento impecável da dor e de outros sintomas e problemas físicos, psíquicos e sociais e espirituais.

Para que isto ocorra é necessário uma boa comunicação entre pacientes e equipe, criação de vínculos, respeito e empatia. Segundo o conceito da OMS, esses cuidados devem ocorrer desde o diagnóstico da doença e em paralelo com o tratamento modificador da doença. Durante a trajetória da doença, a importância do cuidado paliativo aumenta na proporção que o tratamento modificador da doença diminui, até que no final, estes sejam a única terapêutica viável durante o processo ativo de morte.

As equipes da APS podem, na evolução da doença, realizar ações paliativas desde o diagnóstico e durante o tratamento, sem que para isso seja necessária uma equipe de cuidados paliativos especializada. Porém, com a evolução da doença, o tratamento curativo perde o poder de oferecer um controle razoável da situação e nesta fase pode haver a necessidade da atuação da equipe de cuidados paliativos (figura 1).

Figura 7.1. Evolução dos Cuidados Paliativos



A figura 1 mostra toda a trajetória da doença, incluindo a fase inicial quando o tratamento curativo é fundamental até a fase final que culmina com a morte e a fase de luto. Ao analisarmos os gráficos percebemos que:

1- O eixo horizontal mostra o tempo decorrido desde o início da evolução até a morte

2- O eixo vertical mostra a necessidade da assistência que vai se modificando na medida que a doença evolui e a terapêutica modificadora da doença diminui e a necessidade por cuidados paliativos aumentam.

3- A terminalidade se inicia no momento em que não há mais intervenções que possam mudar a doença porém as medidas podem melhorar a qualidade de vida. Esta fase tem duração variável como mostra a figura 1 e pode durar meses dependendo do diagnóstico.

4- A fase de terminalidade termina na fase final de vida ou também chamada processo ativo de morte. Sua duração pode ser de semanas a dias. Nesta fase, a assistência prestada visa dar conforto ao paciente com ênfase no resgate aos seus valores e também da sua família. Nesta fase, não são cabíveis tratamentos modificadores da doença, apenas os cuidados paliativos exclusivos já que a pessoa está em processo ativo de morte.

5- Na última fase, o cuidado se volta para a família que está em sofrimento e precisa de apoio e não pode ser negligenciada.

A partir dessas considerações, questiona-se: Quais seriam as doenças com indicação para cuidados paliativos? Quando indicar os cuidados paliativos?

De acordo com a OMS os cuidados paliativos visam melhorar a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias, a partir deste conceito os pacientes apresentam indicações de diferentes abordagens de acordo com a fase da doença. Ao ser diagnosticado com uma doença sem possibilidade

de cura o paciente deverá ser acompanhado pelo médico especialista e por uma equipe multiprofissional adequando suas necessidades para cada fase em que se encontra a doença. Com o avançar da doença, estes cuidados passam a ser priorizados para o atendimento por uma equipe multiprofissional de cuidados paliativos, com abordagens individualizadas. Após a definição da inclusão dos cuidados paliativos, faz-se uma avaliação do paciente para que a abordagem seja a mais completa possível.

7.1. PASSOS PARA DEFINIR CUIDADOS PALIATIVOS

7.1.1. Avaliando a pessoa

No início da avaliação precisamos conhecer quem é a pessoa que vamos avaliar, sua história de vida, idade, estado civil, família, hábitos de vida, antecedentes pessoais, vícios, conhecimento da sua doença, relacionamentos e suas expectativas para o futuro. Nesta fase seria importante a presença da maior parte da equipe multiprofissional e incluir também os familiares.

7.1.2. Avaliando a funcionalidade

Para isto precisamos definir o critério de funcionalidade que seria a capacidade de realizar as atividades de vida diária, ter decisões sobre sua vida, e planejar seu tratamento. Nesta fase é importante saber como estavam essas atividades há pelo menos três semanas atrás. Isto orienta a equipe em relação às perdas ocorridas e a evolução da doença no período avaliado. Para isto pode-se usar escalas, dentre as mais usadas pode-se citar a PPS (Palliative Performance Scale), a KPS (Karnofsky Palliative Scale), e as avaliações de atividades de vida diária básicas e

instrumentais (YATES, 1980; Downing et al, 1993; Katz, 1970; Lawton& Brody, 1967)

Quadro 7.1. Escala de Desempenho de Karnofsky
(Karnofsky Performance Status Scale – KPS)

Gradação (%)	Desempenho do paciente
100	Sem sinais ou queixas; sem evidência de doença
90	Realizar atividades habituais;poucos sinais e sintomas da doença
80	Realiza atividades habituais com esforço. Alguns sinais e sintomas de doença.
70	Cuida de si mesmo,ainda é capaz de trabalhar
60	Requer assistência ocasional,não é capaz de realizar atividades habituais ou trabalhar
50	Necessita de cuidados frequentes e assistência médica
40	Incapaz de realizar qualquer atividade; requer cuidados e assistência médica especiais
30	Extremamente incapacitada, necessita de hospitalização, sem sinal de morte iminente;
20	Muito doente, necessita de medidas de suporte, hospitalização necessária;
10	Moribundo, morte iminente;
0	Morte

Fonte: Yates JW, Chalmer B, McKegney FP. Evaluation of patients with advanced cancer using the Karnofsky performance status. Cancer. 1980 Apr 15;45(8):2220-4.

Quadro 7.2. Escala de Desempenho em Cuidados
Paliativos (Palliative Performance Scale – PPS)

(PPS)	Deambu- lação	Atividade e evidên- cia de doença	Autocui- dado	Ingesta	Nível de Consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evi- dência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa

(PPS)	Deambu- lação	Atividade e evidên- cia de doença	Autocui- dado	Ingesta	Nível de Consciência
80	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou redu- zida	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho; Doença significativa	Completo	Normal ou redu- zida	Completa
60	Reduzida	Incapaz para hobbies/trabalho doméstico; Doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou redu- zida	Completa ou períodos de confusão
50	Maior parte de tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; Doença extensa	Assistência Conside- rável	Normal ou redu- zida	Completa ou períodos de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maio- ria das atividades; Doença extensa	Assistência quase com- pleta	Normal ou redu- zida	Completa ou sonolência; +/- confusão
30	Total- mente acamado	Incapaz para qualquer atividade; Doença extensa	Depen- dência Completa	Normal ou redu- zida	Completa ou sonolência; +/- confusão
20	Total- mente acamado	Incapaz para qualquer atividade; Doença extensa	Depen- dência Completa	Mínima, a pe- quenos goles.	Completa ou sonolência; +/- confusão
10	Total- mente acamado	Incapaz para qualquer atividade; Doença extensa	Depen- dência Completa	Cuida- dos com a boca	Sonolência ou coma; +/- confusão
0	Morte	-	-	-	-

Os escores da escala PPS são determinados lendo-se a tabela na horizontal, em cada linha, até encontrar o nível ou as características que melhor se adaptam ao paciente que está sendo avaliado. Começa-se pela coluna da esquerda e leia de cima para baixo até encontrar a descrição de deambulação apropriada. Depois vai-se para a próxima coluna e lê-

se de cima para baixo novamente até encontrar a melhor descrição de atividade de doença. E fazer com todas as cinco colunas até atribuir o PPS do paciente. As colunas da esquerda são características mais fortes na determinação do escore e tem maior peso que as demais.

Quadro 7.3. Avaliação de atividades de vida diária básicas (Katz, 1970)

ATIVIDADES	
INDEPENDÊNCIA (1 PONTO) SEM supervisão, direção ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 PONTO) COM supervisão, assistência pessoal ou cuidado total
BANHO	
(1 PONTO) Banha-se completamente ou necessita ajuda para banhar uma única parte do corpo (costas, genitais ou extremidade afetada)	(0 PONTO) Necessita ajuda para banhar mais que uma parte do corpo, para entrar ou sair da banheira/ chuveiro, ou requer banho total
VESTIR-SE	
(1 PONTO) Pega roupa do armário e coloca-as sem qualquer ajuda. Pode precisar de ajuda para amarrar sapatos	(0 PONTO) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser totalmente vestido
HIGIENE PESSOAL	
(1 PONTO) Vai, usa e sai do toalete, veste-se completamente e limpa área genital sem qualquer ajuda (pode usar andador/bengala)	(0 PONTO) Necessita de ajuda para ir ao toalete, limpar-se ou usa fraldas.
TRANSFERÊNCIA	
(1 PONTO) Levanta e deita, senta-se e levanta-se sem ajuda (pode usar andador/bengala)	(0 PONTO) Necessita ajuda ao mover-se da cama para cadeira ou necessita ser carregado.
CONTINÊNCIA	
(1 PONTO) Exercita total auto-controle sobre urina e fezes	(0 PONTO) Incontinência total ou parcial fecal e/ ou urinária
ALIMENTAÇÃO	
(1 PONTO) Leva comida do prato a boca sem ajuda. (exceto cortar carne ou passar manteiga no pão) Preparo da comida pode ser feito por outra pessoa.	(0 PONTO) Necessita ajuda total ou parcial para alimentar-se ou usa alimentação parenteral.

Escore total 5-6 () Independência 3-4 () Dependência Parcial 0-2 () Dependência
Total:

Fonte: Katz et al, 1970.

Quadro 7.4. Avaliação de atividades de vida diária instrumental (Lawton & Brody, 1969)

Você é capaz de usar o telefone? Sem ajuda ☐ Com ajuda ☐ Incapaz ☐
Você é capaz de preparar sua comida? Sem ajuda ☐ Com ajuda ☐ Incapaz ☐
Você é capaz de lavar e passar a sua roupa? Sem ajuda ☐ Com ajuda ☐ Incapaz ☐
Você é capaz de tomar os seus medicamentos na dose certa e horário correto? Sem ajuda ☐ Com ajuda ☐ Incapaz ☐
Você é capaz de fazer compras? Sem ajuda ☐ Com ajuda ☐ Incapaz ☐
Você é capaz de manter a casa ou fazer pequenos trabalhos domésticos? Sem ajuda ☐ Com ajuda ☐ Incapaz ☐
Você é capaz de sair de casa sozinho para lugares mais distantes usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especial? Sem ajuda ☐ Com ajuda ☐ Incapaz ☐

Você é capaz de controlar o seu dinheiro ou finanças?					
Sem ajuda	☐	Com ajuda	☐	Incapaz	☐

Fonte: Lawton & Brody (1969).

7.2. PROGNOSTICANDO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Na avaliação inicial do paciente deve-se estar ciente da história da doença atual e se há outras co-morbidades. Será necessário conhecer a história natural das doenças crônico degenerativas e dos agravos associados à saúde. Estudos mostram que a comunicação sobre prognóstico em pacientes críticos ou com doenças avançadas é evitada e se ocorrer será numa frequência mínima. Mesmo com todo o avanço da medicina, a comunicação dos profissionais da área de saúde não ocorre de maneira satisfatória, eles necessitam de treinamento técnico bem como disposição para ouvir expectativas, receios e medos dos pacientes e seus familiares. Bem como o fato de que muitos profissionais não se sentem confortáveis em abordar os pacientes sobre sua doença, incurabilidade e o prognóstico principalmente sobre as limitações de tratamento. Uma abordagem importante será levar em consideração o compromisso do cuidado centrado no paciente e estar ciente da importância de não criar expectativas desnecessárias que mais tarde irão trazer mais sofrimento e frustrações.

Para avaliar o prognóstico são usadas escalas prognósticas que podem auxiliar na predição da mortalidade e tomadas de decisão. As mais usadas são:

1- Escala de Performance de Karnofsky (KPS)

2- Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)

3- Escala de Performance Paliativa (PPS)

A avaliação dos sintomas é de fundamental importância na condução dos pacientes em cuidados paliativos ela deve ser diária nos pacientes internados e de forma sistemática nos demais. Os sintomas apresentados pelos pacientes que estão em cuidados paliativos geralmente são os mesmos independente do diagnóstico, principalmente nos pacientes em fase final de vida. Na maioria das vezes são múltiplos sintomas que podem estar ou não combinados ou até influenciados uns pelos outros. É importante analisar os sintomas em conjunto para melhor se obter um benefício terapêutico. Lembrar sempre que os sintomas físicos estão sempre mesclados com os sintomas psicológicos e tratamento de um pode beneficiar o outro.

Um dos instrumentos usados na avaliação de sintomas é o ESAS, que consiste num questionário com nove sintomas determinados e um décimo, de livre escolha do paciente. Nesta escala cada sintoma avaliado atribui-se uma nota de zero a dez. O ESAS deve ser avaliado diariamente como o objetivo de tratar sintomas e dar conforto ao paciente.

7.3. PLANO DE CUIDADOS

Após o conhecimento dos itens anteriores, a equipe deve elaborar um plano de cuidados que contemple todos os itens avaliados, incluindo decisões terapêuticas, necessidades sociais, espirituais, prognóstico. A partir desta avaliação inicial será traçado um plano de cuidados que contemple todas as necessidades do paciente e consiga trazer conforto para ele e sua família.

REFERÊNCIAS

ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 320p. 2ª edição <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf> Acesso em 31 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 205 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf. Acesso 31 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. Altera as Portarias de Consolidação 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC). Diário Oficial da União, de 05 jan 2024. Edição 4, Seção 1, p. 56.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 3681, de 07 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017). Diário Oficial da União: 22/05/2024, Edição: 98, Seção 1, p. 215. 2024B

CREMESP Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Cuidado Paliativo / Reinaldo Ayer de Oliveira (org.). São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689 p. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf. Acesso em 31 jan. 2021.

CARVALHO, Ricardo T.; SOUZA, Milena Reis B.; FRANCK, Ednalda Maria; et al. Manual da residência de cuidados paliativos. BARUERI: Manole, 2018. 1004p.

DOWNING GM, BRAITHWAITE DL, WILDE JM. Victoria BGY palliative care model--a new model for the 1990s. J Palliat Care. 1993 Winter;9(4):26-32.

LAWTON, M.P., and BRODY, E.M. "Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living." Gerontologist 9:179-186, (1969).

MACIEL, Maria Goretti Sales; CARVALHO, Ricardo Tavares. A Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos versão 2 (EDCP v2). Tradução brasileira para a língua portuguesa (Portuguese Brazilian translation of Palliative Performance Scale - PPS version 2). 2009. Disponível em https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/07/pps_-_portuguese_brazilian_-_sample.pdf Acesso em 28 jan. 2021.

CAPÍTULO 8

ABORDAGEM DE LESÕES NO DOMICÍLIO

Mara Lúcia Renostro Zachi

8.1. RELEVÂNCIA

A necessidade de cuidados com lesões de pele ou feridas crônicas são motivos muito comuns para o início dos cuidados domiciliares, o objetivo do tratamento dessas pessoas no domicílio é avaliar de modo contínuo o processo de cicatrização da lesão bem como os fatores de risco para a má cicatrização.

A atenção à saúde às pessoas portadoras de feridas é um problema complexo e de grandes dimensões para os serviços de Atenção Primária à Saúde, exigindo uma atuação interdisciplinar, com intervenções integradas e sistematizadas, visando à cicatrização, reduzindo o risco de infecção e piora da lesão, promovendo o bem estar e a qualidade de vida durante o tratamento, bem como o empoderamento dessas pessoas para o auto-cuidado e a prevenção de agravos.

É importante ressaltar que o sucesso do tratamento depende de muitas variáveis que se relacionam com o contexto sócio-econômico-cultural das pessoas, das famílias e das comunidades onde vivem, cada pessoa e cada ferida são singulares.

O conhecimento da ciência e da arte dos cuidados com as lesões cutâneas, saber avaliar, classificar os diferentes tipos de tecidos e lesões é fundamental para a tomada de decisão assertiva do tratamento adequado, melhorando a qualidade, acelerando o processo de cicatrização, minimizando o sofrimento e melhorando o custo-benefício nos cuidados, especialmente em populações mais vulneráveis como os acamados, idosos e diabéticos.

O cuidado prestado no domicílio às pessoas portadoras de feridas é permeado por diversos desafios para os profissionais da saúde, entre eles estão relacionados à construção de um projeto terapêutico singular de cuidados em comum, entre a família, cuidador e a equipe de saúde, visando à integralidade da atenção, com valorização do trabalho em equipe e no auto-cuidado.

Na Atenção Domiciliar (AD) à saúde os profissionais se deparam muitas vezes com agravos e situações complexas, que impõem várias limitações às pessoas em suas atividades de vida diária, nas condições básicas de existência como no trabalho, lazer, segurança, locomoção, dentre outras. Especificamente, no caso das feridas crônicas, elas podem impedir ou dificultar aspectos básicos da vida como a locomoção, a convivência e as relações interpessoais, perda da auto-estima e isolamento social, ou seja, graves transtornos tanto individuais quanto coletivos(-DEALEY, 2008; RIBEIRÃO PRETO, 2011).

O ideal para implementar a assistência aos portadores de feridas é que a equipe interdisciplinar de saúde realize um estudo do perfil epidemiológico dessa população e a disponibilidade de produtos e medicamentos e elaborar protocolos, rotinas e fluxos, para nortear a atuação de todos os atores envolvidos, buscando sempre o trabalho interdisciplinar voltado ao objetivo comum, que é a assistência integral e a promoção da qualidade de vida para essas pessoas.

8.2. UMA BREVE REVISÃO DA ANATOMIA E FISIOLOGIA DA PELE

Os avanços e a evolução nos conceitos e cuidados com as feridas só foram possíveis graças aos a maior compreensão e valorização dos aspectos anatômicos e fisiológicos da pele e também dos fatores que interferem no processo de cicatrização.

Por isso o conhecimento da anatomia e fisiologia da pele é fundamental para uma correta e bem sucedida dos profissionais da saúde.

A pele é considerada a imagem do corpo, pois nela estão refletidas as condições físicas e psicológicas em relação à saúde, idades e diferenças de etnias e das diversas culturas. (7)

A pele é considerada o maior órgão do corpo humano tanto em área superficial quanto em peso, ela pode alcançar de 1,5 m² à 2,0 m² e o seu peso representa até 15% do peso corporal, formando uma camada de revestimento que dá proteção ao organismo contra agentes externos nocivos que podem ser físicos, químicos e biológicos.

A pele possui duas camadas em sua composição a epiderme e a derme, com funções diferenciadas. Ressaltamos que em algumas referências os autores incluem mais uma camada chamada de hipoderme ou tecido subcutâneo como uma terceira camada.

A epiderme é a camada que estabelece os limites corporais e é considerada a segunda principal parte da pele, caracteriza-se por ser fina podendo apresentar uma espessura de 0,1 mm nas camadas mais finas até 1 mm nas camadas mais grossas, não é vascularizada, composta por epitélio escamoso estratificado queratinizado, em diferentes estágios de amadurecimento, que podem ser regenerados a cada quatro a seis semanas. É composta por 5 camadas:

- Camada córnea: é a camada mais externa, composta por queratinócitos mortos compostos por queratina, resistentes às alterações de temperatura, PH ou digestão química ela tripsina e pepsina. Estão em constante descamação quando estimuladas por atividades com banho, trauma, fricção, troca de roupas etc. esse processo de transformação dos queratinócitos é denominado de queratinização. A córnea varia de espessura conforme as regiões do corpo ex. nas regiões palmo-plantares ela é mais espessa conferindo mais proteção dos agentes químicos e físicos.

- Camada estrato lúcido: Encontrada somente nas palmas das mãos e dos pés está situada entre a córnea e a granulosa, é composta por cinco células maiores que são anucleadas.
- Camada granulosa: É formada por uma a três camadas de células mais escuras, achatadas, quase aderentes, com núcleo de difícil visualização, apresentam formatos de diamantes, contém grânulos de querato-hialina, responsáveis pelo conteúdo hídrico da pele. (Sampaio e Rivitti, 2001).
- Camada espinhosa: localiza-se logo abaixo da camada granulosa é formada por de configuração poliédrica que se unem por finos filamentos, possuem como características básicas os desmossomas ou pontes intercelulares semelhantes a espinhos, donde adveio seu nome. Tem a função de se conectar com as outras células e a resistência contra atritos.
- Camada germinativa ou basal: É a camada mais profunda da epiderme e se comunica com a derme, está disposta sobre a membrana basal encontram-se dois tipos de células as basais ou queratinócitos que representam a maioria e tem produção constante, dando origem às outras camadas, por isso o nome germinativa, entre as células basais também se encontram os melanócitos, estas células possibilitam que o seu produto pigmentar a melanina que contribui para a coloração da pele.

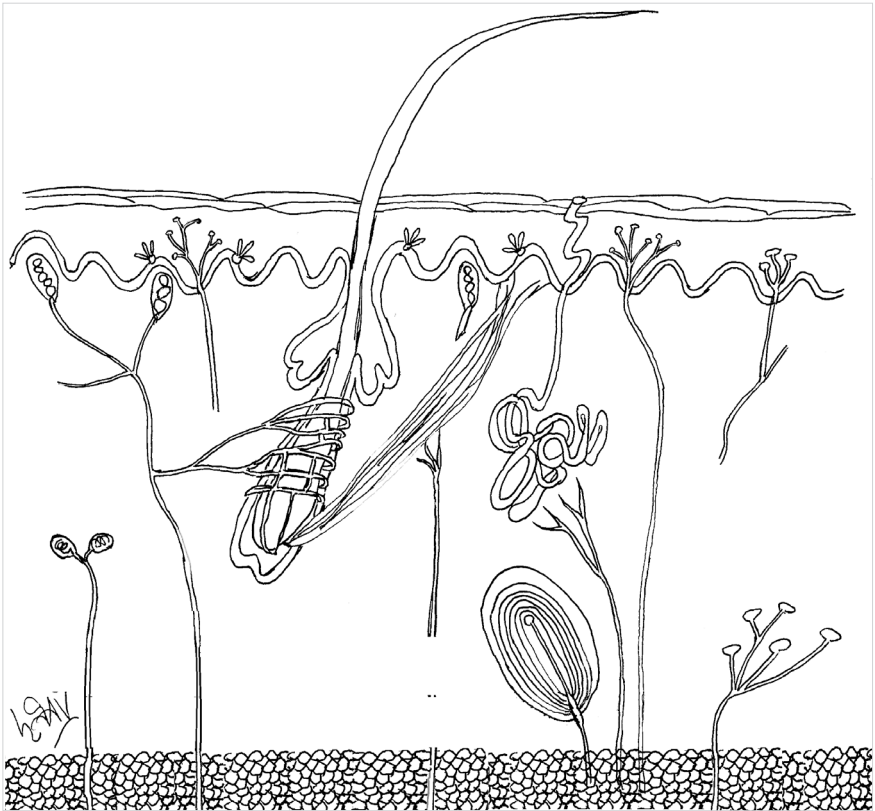
A segunda camada é a derme composta por tecido conjuntivo, como as fibras elásticas e o colágeno, é mais espessa que a epiderme, conta com menor número de e maior disjunção das células.

É na derme que estão presentes o colágeno e a elastina, proteína fundamental para a estrutura tissular, formada a partir dos fibroblastos responsáveis pela força tênsil, o colágeno é a proteína mais abundante.

Além desses elementos, a derme é formada ainda por folículos pilosos, vasos linfáticos, glândulas sebáceas e sudoríparas, terminações nervosas e vasos sanguíneos.

Sua função pode ser representada pela sua flexibilidade e elasticidade, além de ser o local onde se desenvolvem as defesas contra os agentes nocivos que ultrapassaram a primeira barreira protetora que é a epiderme.

Figura 8.1. Estrutura da pele.



Fonte: Desenho realizado por Leonardo C M Savassi

8.3. LESÕES: DO CONCEITO À CLASSIFICAÇÃO

Lesões são interrupções da integridade da pele e mucosa que resultam em um dos desequilíbrios e agravos à saúde das pessoas. As lesões são como agudas e crônicas são e segundo o tempo de reparação tissular. As lesões agudas são oriundas de cirurgias ou traumas, como cortes, abrasões, lacerações, queimaduras e outras, que em geral respondem rapidamente ao tratamento e cicatrizam em tempo adequado e sem complicações. As lesões crônicas são de longa duração ou de recorrência frequente como as úlceras por pressão e as úlceras de perna e os pacientes podem apresentar múltiplos fatores que afetam sua capacidade de cicatrização (DEALEY, 2008).

O tratamento das lesões crônicas é de longa duração, com custos elevados e com grande chance de recidivas o que pode trazer muito sofrimento para os pacientes e familiares. O diagnóstico médico e de enfermagem irá subsidiar a conduta terapêutica assim como a decisão sobre a possibilidade do manejo domiciliar nas feridas complexas. Inicia-se pela avaliação que inclui a história clínica do paciente, dos fatores etiológicos e características da lesão (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2011).

A avaliação inicial, que poderá ser feita pelo enfermeiro ou médico, deve conter dados referentes ao estado geral da pessoa, diagnósticos das doenças de base, fatores que possam interferir na evolução das feridas, a mensuração e a prescrição da terapia tópica ou coberturas. Esta avaliação deve ser documentada em prontuário do paciente. No entanto, ressalta-se a importância da avaliação interdisciplinar, devido à causa da ferida ser multifatorial.

Para determinar medidas preventivas e de tratamento, os profissionais devem conhecer a anatomia e fisiologia da pele, processo fisiológico e fisiopatológico da cicatrização. Reconhecer também, sobre os fatores sistêmicos e locais, as fases do processo de cicatrização, localização anatômica da lesão, etiologia, grau de comprometimento tecidual, mensuração da área da lesão, podendo ser por réguas de papéis descartáveis, registros fotográficos, presença e características do exsudato, caracterís-

tivas das bordas da lesão, profundidade, características do tecido no leito da ferida, profundidade, edema, intensidade, presença de dor e sinais clínicos de infecção, dentre outros.

É necessário o acompanhamento da evolução do quadro, com avaliações frequentes, observando a aceitação e adesão do paciente e cuidador ao plano terapêutico, para alterações e intervenções que se fizerem necessário. O serviço de saúde deve possibilitar o provimento à família dos recursos e materiais necessários para o cuidado, de acordo com o protocolo instituído.

8.4. LESÕES CRÔNICAS PREVALENTES

As lesões de pernas são as mais comuns causadas por doenças venosas e arteriais. Em torno de 80% das úlceras de perna são de etiologia venosa, portanto, a insuficiência venosa é a principal causa dessas úlceras (DEALEY, 2008).

Outras lesões muito frequentes na atenção domiciliar são as úlceras neuropáticas, úlceras diabéticas, desenvolvidas devido às complicações do diabetes e as lesões por pressão, que anteriormente foram chamadas de úlceras de decúbito e escaras. As lesões venosas, arteriais e as neuropáticas são decorrentes de doenças crônicas, assim o tratamento deve ser iniciado por medidas que permitam o controle da doença e dos fatores causais, de forma que a terapia tópica indicada favoreça o processo de cicatrização.

A avaliação dos sinais e sintomas associados à história do indivíduo permite o norteamiento do profissional para o manejo inicial e para os encaminhamentos necessários para uma abordagem multidisciplinar considerando os recursos especializados disponíveis no serviço.

8.4.1. Úlcera venosa

Em sua maioria, são basicamente resultantes da hipertensão venosa crônica, que produz a estase venosa e edema (ABBADE, 2006). A disfunção da bomba muscular da panturrilha, associada ou não à disfunção valvular, também é responsável pela hipertensão venosa, levando a um acúmulo excessivo de líquido e de fibrinogênio no tecido subcutâneo, resultando em edema e ulceração. A pressão venosa permanece elevada nos membros inferiores durante a deambulação, quando, em condições normais, deveria diminuir. Assim, os tecidos adjacentes são expostos a uma pressão venosa elevada continuamente, enquanto o paciente permanece com as pernas para baixo. O edema secundário à hipertensão venosa pode ser um dos fatores.

As úlceras venosas em sua grande maioria estão relacionadas às varizes, e como fator desencadeante o trauma. Normalmente tem formato irregular e superficial, mas pode se tornar profunda se não for tratada adequadamente, podendo ser únicas ou múltiplas. A região ao redor da úlcera apresenta-se purpúrica, hiperpigmentada, conhecida como dermatite ocre, com presença de eczema, caracterizado por eritema, descamação, prurido e exsudato, conhecido como eczema de estase, que é causado pela sensibilização das medicações tópicas, como a lanolina e antibióticos tópicos como a neomicina; verifica-se que 58 a 86% dos pacientes com úlceras venosas possuem essa sensibilização (ABBADE, 2006).

Em muitos casos a pessoas sente dor, com mais intensidade ao final do dia, devido à posição ortostática e melhora com a elevação do membro. Estas características ajudam a diferenciar a etiologia das úlceras. Em casos mais graves, ocorre a lipodermatoesclerose, associado à úlcera venosa, caracterizado por induração e fibrose do terço distal do membro inferior, levando a aparência de uma garrafa invertida. Na consulta deve-se observar as características da pele, circunferência da perna, palpar pulsos periféricos e calcular o índice tornozelo e braço, realizar os exames dos pés, além dos cuidados com a úlcera propriamente dito (ABBADE, 2006; Dealey, 2008).

8.4.2. Úlcera arterial

Causada pela perfusão tecidual inadequada nos pés ou pernas, devido ao bloqueio completo ou parcial do fluxo sanguíneo arterial para os membros inferiores, resultando em isquemia e necrose. São mais difíceis de cicatrizar, às vezes é necessária a cirurgia para melhorar o suprimento sanguíneo, antes mesmo que a lesão cicatriza, e o encaminhamento precoce para cirurgia reconstrutora é o ideal. Há o risco de gangrena e septicemia, e a amputação pode ser a única solução. Normalmente, na úlcera arterial a dor é de forte intensidade, interfere nas atividades diárias e piora com a elevação do membro. O controle da dor é parte essencial do tratamento, aquecer os membros ajuda a não desencadear a dor, sendo também muito importante estimular a cessação do tabagismo, porque se não o fizer, o suprimento sanguíneo ficará mais ainda prejudicado. A perfusão tecidual melhora com exercício suave, devido ao desenvolvimento de um suprimento colateral para o membro (DEALEY, 2008).

8.4.3. Úlcera mista

Acontece quando há uma combinação da hipertensão venosa crônica com patologias arteriais periféricas. É importante conhecer qual o fator predominante, para oferecer o tratamento mais adequado (DEALEY, 2008). São cuidados preventivos essenciais nas úlceras de perna:

- Abolição total do tabagismo.
- Proteção contra traumas térmicos, mecânicos e químicos.
- Avaliação e tratamento para os pés, se possível com um fisioterapeuta.

- Evitar ou recuperar atrofia muscular.
- Cuidados com as unhas, evitando unhas encravadas.
- Tratar micoses.
- Controlar diabetes mellitus e hipertensão arterial.
- Reduzir hiperlipidemia.
- Realizar a avaliação clínica periódica, para pesquisa de anemia, desnutrição, hipertensão e doenças cardíacas.
- Uso de meias elásticas, nos casos de patologias venosas, com indicação médica.

As tabelas 8.1 e 8.2. apresentam as comparações mais relevantes entre as feridas para fins de avaliação e diagnóstico (DEALEY, 2008).

Quadro 8.1. Comparação entre úlceras venosas e arteriais

<i>INDÍCIO/ SINTOMA</i>	<i>ÚLCERA VENOSA</i>	<i>ÚLCERA ARTERIAL</i>
Local	No/próximo ao maléolo medial	Nos dedos do pé, no calcanhar ou na região lateral da perna.
Evolução	Evolui lentamente	Evolui rapidamente
Aparência da úlcera	Margem superficial, tecidos profundos não são afetados, bordas difusas.	Geralmente profundas, envolvendo músculos e tendões, bordas definidas.
Aparência da Perna	Hiperpigmentada – marrom, com manchas varicosas e eczema, quente ao toque.	Pálida – pele brilhante, fria ao toque, descorada quando elevada. Pode ficar azulada quando abaixada.

<i>INDÍCIO/ SINTOMA</i>	<i>ÚLCERA VENOSA</i>	<i>ÚLCERA ARTERIAL</i>
Edema	Presente – com piora no final do dia	Presente se o paciente estiver imóvel. Edema de estase
Dor	A dor varia, mas na maioria das vezes está associada ao edema e infecção.	Muito dolorosa, leva o despertar à noite; alivia colocando a perna para baixo
Pulsos pediais	Presentes	Ausentes
Avaliação Doppler	Maior ou igual a 0,9	Menor que 0,9
História Médica	Flebite, veias varicosas, trombose venosa profunda, enduração, cirurgia anterior.	Doença vascular periférica, doenças cardíacas isquêmicas, claudicação, pobre perfusão de pele.

Quadro 8.2. Diferenciação entre pé neuropático e pé com alterações vasculares.

Neuropatia Diabética Características do pé neuropático	Doença Vascular Características do pé com alterações nos vasos
Pontos de pressão anormais (calos)	Pé frio, cianótico e pele fina
Peito do pé saliente - pé encurvado	Ausência ou diminuição das pulsações nas pernas e pés
Pele seca – rachaduras	Unhas que crescem pouco
Dedos deformados em garra	Ausência de pêlos nos dedos
Pé quente e rosado	Pigmentação
Pé com veias dilatadas	Dor na panturrilha que aparece ao caminhar melhora quando para.

Fonte: DEALEY, 2008 p. 154

8.4.4. Lesões por pressão

A Lesão por pressão é uma área de necrose celular localizada, que resulta da compressão do tecido mole (ou da associação com fricção e cisalhamento) entre uma proeminência óssea e uma superfície dura por um período prolongado de tempo. Ocorrem em indivíduos que ficam acamados ou sentados por longos períodos e são dependentes de mobilização podendo ser evitadas, na maioria das vezes, com uso de medidas adequadas para prevenção embasadas na avaliação do risco, utilizando a escala de Braden (GNEAUPP, 2000; UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2011).

Quadro 8.3. Avaliação de Lesões (Escala de Braden)

Percepção Sensorial	1. Completamente Limitado: Não responde a estímulo doloroso (não geme, não se esquivou ou agarra-se), devido à diminuição do nível de consciência ou sedação, ou devido à limitação da habilidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.	2. Muito Limitado: Responde somente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto a não ser por gemidos ou inquietação, ou tem um problema sensorial que limita a habilidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3. Levemente limitado: Responde aos comandos verbais, porém nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. Ou tem algum problema sensorial que limita a sua capacidade de sentir dor ou desconforto em uma ou duas extremidades.	4. Nenhuma limitação: Responde aos comandos verbais. Não tem problemas sensoriais que poderiam limitar a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto.
Umidade	1. Constantemente Úmida: A pele é mantida úmida/ molhada quase constantemente por suor, urina, etc... A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou posicionado.	2. Muito Úmida: A pele está muitas vezes, mas nem sempre úmida / molhada. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos uma vez durante o plantão.	3. Ocasionalmente úmida: A pele está ocasionalmente úmida / molhada, necessitando de uma troca de roupa de cama uma vez por dia aproximadamente.	4. Raramente Úmida: A pele geralmente está seca, a roupa de cama só é trocada nos horários de rotina.
Atividade	1. Acamado: Mantém-se sempre no leito.	2. Restrito à cadeira: A habilidade de caminhar está severamente limitada ou inexistente. Não agüenta o próprio peso e/ou precisa ser ajudado para sentar-se na cadeira ou cadeira de rodas.	3. Caminha ocasionalmente: Caminha ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem assistência. Passa a maior parte do tempo na cama ou cadeira.	4. Caminha freqüentemente: Caminha fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos a cada duas horas durante as horas que está acordado.

Mobilidade	1. Completamente imobilizado: Não faz nenhum movimento do corpo por menor que seja ou das extremidades sem ajuda.	2. Muito Limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou das extremidades, no entanto é incapaz de fazer mudanças freqüentes ou significantes sem ajuda.	3. Levemente Limitado: Faz mudanças freqüentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz mudanças grandes e freqüentes na posição sem assistência.
Nutrição	1. Muito Pobre: Nunca come toda a refeição. É raro quando come mais de 1/3 de qualquer comida oferecida. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou derivados de leite) por dia. Toma pouco líquido. Não toma nenhum suplemento dietético líquido. Está em jejum ou mantido em dieta com líquidos claros ou hidratação EV por mais de 5 dias.	2. Provavelmente inadequado: Raramente faz uma refeição completa e geralmente come somente metade de qualquer alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou de derivados de leite. De vez em quando toma um suplemento alimentar. Ou recebe menos do que a quantidade ideal de dieta líquida ou alimentação por sonda.	3. Adequado: Come mais da metade da maior parte das refeições. Ingere um total de 4 porções de proteína (carne, derivados do leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição, mas, usualmente irá tomar um suplemento dietético se oferecido. Ou está recebendo dieta por sonda ou Nutrição Parenteral Total, que provavelmente atende a maior parte das suas necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa a alimentação. Come geralmente um total de 4 ou mais porções de carne e derivados do leite. De vez em quando come entre as refeições. Não necessita de suplemento alimentar.

<i>Fricção e cisalhamento</i>	1. Problema: Necessita assistência moderada ou assistência máxima para mover-se. É impossível levantar-se completamente sem esfregar-se contra os lençóis. Escorrega frequentemente na cama ou cadeira, necessitando assistência máxima para frequente reposição do corpo. Espasmos, contrações ou agitação levam a uma fricção quase constante.	2. Potencial para Problema: Movimenta-se livremente ou necessita uma assistência mínima. Durante o movimento a pele provavelmente esfrega-se em alguma extensão contra os lençóis, cadeiras, ou restrições ou outros equipamentos. A maior parte do tempo mantém relativamente uma boa posição na cadeira ou na cama, porém de vez em quando escorrega para baixo.	3. Nenhum Problema Aparente: Movimenta-se independentemente na cama ou cadeira e tem força muscular suficiente para levantar o corpo completamente durante o movimento. Mantém o tempo todo, uma boa posição na cama ou cadeira.	
--------------------------------------	--	--	--	--

Fonte: São Paulo 2010???

As pessoas mais propensas à formação desse tipo de lesão são aquelas com a síndrome da imobilidade; com alterações da percepção sensorial; com alterações da circulação periférica; com alterações do nível de consciência; incontinentes; mal nutridos; imunodeprimidos (DEALEY, 2008; IRION, 2005).

As lesões por pressão, do tipo ulcera, se formam da seguinte maneira: os tecidos recebem oxigênio e nutrientes, eliminando os produtos tóxicos por via sanguínea. Qualquer fator que interfira neste mecanismo, afeta o metabolismo celular e a função ou vida da célula. O dano tecidual ocorre quando a pressão exercida contra o mesmo é suficiente para fechar os capilares (> 32 mmHg) e permanece por tempo prolongado até provocar a lesão isquêmica. Quando a pressão é retirada a tempo (alívio antes do ponto crítico), a circulação é restaurada através de um mecanismo fisiológico compensatório chamado hiperemia reativa (USP,

2011). Os locais mais comuns de aparecimento dessa ferida são: região sacral, calcanhares, cotovelos, maléolos laterais, trocânter maior e região isquiática.

As Lesões por pressão são classificadas, segundo o painel norte-americano NPUAP (SANTOS, CALIRI, 2007), baseando-se na profundidade do tecido destruído:

Quadro 8.4. Classificação de Lesões

Estágio I	A pele “intacta” já apresenta alteração relacionada à pressão, indicada por mudança da temperatura local (calor ou frio), mudança na consistência do tecido (edema, endurecimento ou amolecimento), ou sensação de coceira ou queimação. Nas pessoas de pele clara, pode se apresentar como um eritema que não embranquece após a remoção da pressão. Em indivíduos de pele escura, pode se apresentar como descoloração, manchas roxas ou azuladas. Pode haver também enduração e calor local
Estágio II	Perda da epiderme e/ou derme; a úlcera é superficial, apresentando-se como abrasão, bolha ou cratera rasa.
Estágio III	Perda da espessura total da pele (de tecido subcutâneo) com ou sem necrose; a úlcera pode apresentar-se como uma cratera profunda, embora não atinja a fáscia muscular.
Estágio IV	Destruição total da pele (epiderme, derme e subcutâneo), com dano muscular, ósseo ou de estruturas de apoio, como tendões e articulações, com ou sem necrose. Neste estágio, como também no III, pode haver o aparecimento de cavernas, túneis ou trajetos sinuosos. Antes de se determinar o estágio da úlcera deve-se retirar o tecido necrótico.

(GNEAUPP, 2000; UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2011).

A prevenção das lesões por pressão é uma prioridade no cuidado de pacientes restritos ao leito, sendo imprescindível a avaliação dos fatores de risco para o desenvolvimento das úlceras, como a utilização da Escala de Braden, a qual se constitui em instrumento já validado e utilizado no país, permitindo a avaliação das condições do paciente e fundamentando a seleção das ações preventivas e curativas para as UPP (WOCN; 2003; PARANHOS, SANTOS, 1999).

8.5. CUIDADOS COM A PELE

As avaliações da pele, quanto aos sinais de desenvolvimento de úlceras, como a hiperemia reativa, devem ser periódicas. Além do cuidado com a higiene da pele, Ressaltando o cuidado com a exposição da pele à umidade, devido à incontinência urinária e perspiração. Agentes tópicos que agem como barreira para a umidade como cremes, películas protetoras ou óleos também podem ser usados. (CALIRI, 2002; DEALEY, 2008).

A frequência da limpeza é individualizada de acordo com a necessidade do paciente. A hidratação é imprescindível, a pele seca deve ser tratada com cremes hidratantes devendo ser evitada a fricção, principalmente em proeminências ósseas em regiões com hiperemia. (DEALEY, 2008).

Quanto ao posicionamento, ressalta-se a atenção especial aos pontos de pressão citados anteriormente (CALIRI, 2002). A mobilidade deve ser avaliada. Caso o paciente possua algum grau de independência deve-se reforçar a frequência na mudança de decúbitos; não havendo, esta tarefa deve ser executada pelo cuidador a cada duas horas no mínimo. As intervenções de posicionamento são elaboradas para reduzir a pressão e a força de cisalhamento na pele. O primeiro passo é manter a cabeceira da cama com angulação igual ou inferior a 30°.

Durante as mudanças de decúbito a fricção deve ser evitada, portanto, o paciente deve ser “levantado” ao invés de “arrastado”. Pode-se utilizar o recurso de um trapézio preso no teto ou em armação acoplada à cabeceira da cama, quando o paciente possui mobilidade em membros superiores ou uso do lençol móvel. Além disso, os danos causados pela fricção podem ser reduzidos com o uso de películas protetoras (curativos transparentes ou hidrocolóides extrafinos). É recomendada a posição lateral de 30° para que sejam evitados pontos de pressão, utilizando-se apoio de travesseiros entre os joelhos e para manter a lateralização do tronco, assim evitamos o apoio direto no trocânter do fêmur. O uso de luvas de água ou almofadas é contra-indicado para apoio de calcanha-

res, bem como da fossa poplíteia, devido à pressão exercida que pode comprimir a circulação. Neste caso, para darmos alívio nos calcanhares, utilizamos almofadas ou travesseiros debaixo das pernas nos nível das panturrilhas (Figura 4).

Em posição sentada, o tempo não deve exceder a 2 horas, pois a pressão nas tuberosidades isquiáticas é maior, sendo recomendado o uso de uma almofada de espuma “caixa de ovo”, gel ou ar, redistribuindo o peso, de forma a aliviar a pressão no ísquio.

As almofadas de orifício no centro estão contra-indicadas, por reduzirem o suprimento sanguíneo para a área interna, resultando em áreas maiores de isquemia (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2011).

Para pacientes que possuem força muscular nos membros superiores, recomendamos alívio da pressão levantando-se na cadeira, apoiando-se com os braços e mãos, ou transferindo o peso de um lado para o outro a cada 15 minutos. Ressaltamos a importância do posicionamento correto dos pacientes em cadeiras, incluindo o alinhamento postural, a distribuição do peso, a estabilidade, bem como, o apoio dos pés a 90° (feito com almofadas ou travesseiros em flocos, colocados na base dos artelhos) (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2011).

8.6. AVALIAÇÃO DAS LESÕES

A avaliação das características da ferida é aspecto importante para o tratamento, é a base para a decisão quanto à terapia tópica do curativo. Ao se avaliar uma pessoa com lesão de pele, além dos aspectos relativos à lesão é necessário observar-se também os aspectos sistêmicos que interferem na cicatrização (GNEAUPP, 2000; DEALEY, 2008; UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2011).

Quadro 8.5. Avaliação das lesões

Fatores a considerar na avaliação	Aspectos a ser avaliados
Estado Nutricional	Aparência geral Perda de peso ou obesidade Turgor da pele Desnutrição proteica ou calórica Deficiências em vitaminas e minerais Estado atual de necessidades metabólicas?
Condições Crônicas	Diabetes DPOC Cardiopatía Uremia Desarranjos Gastrointestinais
Oxigenação de perfusão da pele	Comprometimento respiratório Comprometimento circulatório Doença vascular periférica
Estresse	Estresse psicológico Dor Déficit de sono Apoio familiar
Idade	
Estado de Continência	Urinário ou Fecal
Estado Imune	Processo oncológico Quimioterapia HIV
Outras Considerações	Documentar as necessidades médicas de produtos e serviços utilizados. Desenvolver um plano terapêutico singular e documentar os resultados

A quantidade de exsudato é variável durante o processo de cicatrização, sendo que na fase inflamatória da ferida ela é abundante, e na epitelização, é muito pequena. Portanto, uma quantidade abundante de exsudato, pode indicar um prolongamento da fase inflamatória, ou mesmo infecção (DEALEY, 2008). O exsudato pode ser classificado, através de suas características, podendo ser: Exsudato seroso, exsudato hemorrágico (sanguinolento), exsudato fibrinoso, exsudato supurativo ou purulento.

Outro aspecto da avaliação é por meio da observação da cor ou das cores predominantes na ferida. A ferida avermelhada pode indicar a predominância da fase inflamatória ou se rosada, presença de tecido de granulação. As cores acinzentada, marrom, castanha e preta indicam presença de tecido desvitalizado (esfacelo) e necrose de tecido, a cores branquiçada, assim como a presença de pontos amarelos, pode indicar presença de infecção. A cor amarela pode indicar também a presença de esfacelo. A identificação do odor é importante para detectar possível presença de infecção ou de necrose o que pode determinar a mudança da conduta do profissional. Para tanto, é necessário articulá-la a avaliação de outros aspectos e sinais (cor, temperatura da ferida e pele ao redor, aspecto geral do paciente, entre outros) (GNEAUPP, 2000; DEALEY, 2008).

8.7. CURATIVOS, TRATAMENTO E COBERTURAS.

Historicamente, o tratamento de feridas tem como objetivo a proteção das lesões contra a ação de agentes externos físicos, mecânicos ou biológicos. É um meio terapêutico que consiste na aplicação de uma cobertura sobre uma ferida limpa. É um procedimento técnico realizado pela equipe de enfermagem, médica ou ambos, e tem por finalidades: limpar a ferida e proteger de traumas mecânicos, prevenir contaminação, absorver secreções, imobilizar o local afetado, promover o isolamento térmico, realizar o desbridamento, proporcionar o conforto físico e psicológico do paciente facilitando a cicatrização (GNEAUPP, 2000; DEALEY, 2008).

Além das finalidades descritas, o curativo ideal deve também: manter alta umidade no leito da ferida, permitir a troca gasosa, ser impermeável às bactérias, ser isento de partículas e de tóxicos contaminadores das feridas e permitir sua remoção sem causar danos na ferida e pele ao redor (MARTINS, 2000; DEALEY, 2008).

A qualidade da limpeza da ferida e das adjacências interferirá no processo de cicatrização e na reabilitação de uma forma geral e deve seguir os princípios básicos de assepsia em que se preconiza:

- Lavar as mãos antes e após a realização do curativo.
- Obedecer aos princípios de assepsia.
- Lavar a ferida com solução de cloreto de sódio 0,9% (Soro Fisiológico) ou água fervida ou tratada.
- A adjacência de algumas feridas, dependendo de sua localização, deverá ser limpa com água e sabonete, tanto para realizar remoção de patógenos como para melhorar a fixação do curativo.
- A limpeza deve ser feita com jatos de soro fisiológico, após perfuração do frasco com agulha calibre 25x8 (disponíveis nas Unidades de Saúde) e a uma distância de cerca de 20 cm.
- Utilizar luvas não estéreis (de procedimentos) na possibilidade do contato com sangue ou demais tecidos corporais.
- Utilizar luvas estéreis quando for necessária a substituição ao material instrumental de curativo
- Estéril (no domicílio) ou em procedimentos cirúrgicos (por exemplo: desbridamento).
- Curativos removidos para inspeção da lesão devem ser trocados imediatamente.

REFERÊNCIAS

ABBADE LPF, LASTÓRIA S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. *Anais Brasileiro de Dermatologia*. 2006; 81(6):509-22.

AYELLO, E. A. Predicting pressure ulcer risk. [document on the Internet]. Try This, New York. n. 5, revised 2007. Disponível em: <www.hartfordign.org/publications/trythis>. Acesso em: 13 Janeiro 2011.

BORGES, E.L.; SAAR, S.R.C.; LIMA, V.L.A.N.; GOMES, F.S.L.; MAGALHÃES, M.B.B. Feridas: Como tratar. Coopmed. Ed.Médica, 144p. Belo Horizonte, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Consenso Internacional sobre Pé Diabético. Documento preparado pelo “Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético”. 1999. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, 2001. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/conce_inter_pediabetico.pdf

CALIRI, M. H. L. A utilização da pesquisa na prática clínica de enfermagem. Limites e possibilidades. 2002. 143 f. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2002.

DEALEY, C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras, Tradução: Rúbia Aparecida Lacerda, Vera Lucia Conceição Gouveia Santos, 3.ed. São Paulo Atheneu, 2008.

PARANHOS, W. Y.; SANTOS, V. L. C. G. Avaliação do risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. *Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo*, v. 33, n. especial, p. 191-241, 1999.

GNEAUPP – Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas Documentos GNEAUPP. La Rioja, abr. 2000. [Acesso em 13 de Janeiro de 2012] Disponível em: <http://www.gneaupp.es/app/documentos-guias/>

MARTINS, E.A.P Avaliação de três técnicas de limpeza do sítio cirúrgico infectado utilizando Solução Fisiológica a 0,9% para remoção de microrganismos. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.

POLETTI, N.A.A. O cuidado com pacientes com feridas crônicas – a busca de evidências para a prática. Dissertação (Mestrado). Ribeirão Preto (São Paulo) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2000.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem - São Paulo. Coletâneas e pareceres, vol. 1, Câmara Técnica Assistencial. Parecer 100, pp.81-82, 11 de abril de 1999.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Manual de Assistência Integral às Pessoas com Feridas da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2011.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Feridas crônicas: prevenção e tratamento. Ribeirão Preto, 2011. [Acesso em 13 de Janeiro de 2012] Disponível em: <http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridascrônicas/>

CAPÍTULO 9

VISITA DOMICILIAR EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA (NÃO PROGRAMADA)

Igor de Oliveira Claber Siqueira

Situação-problema:

“Meu pai tá estranho, calado, e alimentando mal há 2 dias, mas hoje tô muito preocupada pois até agora ele não acordou. A gente chama e ele não responde. Parece que tenta abrir os olhos mas não consegue. Como vou dar os remédios e comida para ele hoje? E se ele engasgar? Uai, tem alguma coisa grave acontecendo com ele meu Deus! Alguém pode ir lá em casa ver ele? Não posso trazer ele aqui: papai é pesado e está na cama há 3 anos devido a um derrame no cérebro. Será que deu outro? Me ajuda por favor, deixei minha mãe lá com ele e vim correndo aqui ...”

Esse diálogo aconteceu na recepção de uma unidade básica entre uma filha desesperada e uma agente que acabava de chegar na unidade por volta de 10 horas da manhã de uma sexta-feira numa cidade do interior de Minas Gerais.

Essa situação relativamente “inesperada”, porém não tão incomum nas diversas comunidades das inúmeras cidades brasileira, nos leva a uma reflexão complexa, mas extremamente necessária das diversas maneiras que podemos dar uma resposta a ela.

Para que essa resposta está seja adequada, proporcional, humana, legal, ética e acima de tudo resolutiva, precisamos planejar e sistematizar ações previamente às diversas situações “urgentes”, para que estas deixem de ser classificadas como “inusitadas e inesperadas” e passem a ser “previsíveis” e de risco passíveis de gerenciamento.

A tomada de decisões perante a tais situações só serão executadas com a importância e proficiência que exigem, se os profissionais da Atenção Primária conseguirem enxergar com muita clareza o valor des-

sas ações dentro de um contexto mais amplo dentro da essência do seu processo de trabalho. Para ampliar essa visão, algumas questões fundamentadoras foram levantadas abaixo:

Quais seriam as atribuições gerais, orientadas pelas diversas diretrizes nacionais, definidas para a Atenção Primária a Saúde (APS) no que tange as demandas espontâneas domiciliares ditas “urgentes”?

Quais suas possíveis implicações dessas demandas para a gestão e organização dos serviços de Atenção Básica (AB) das equipes em âmbito local?

Além disso, quais suas possíveis consequências de um “sim, nós vamos” ou “não, não podemos” para as famílias e comunidades no que diz respeito ao seu vínculo com a Equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF)?

Quais as repercussões de uma resposta insatisfatória perante a uma demanda “urgente”, no que diz respeito às ações rotineiras de promoção e prevenção exercidas pela equipe no território?

De que modo um acesso cerceado ou uma solução insuficiente às demandas “urgentes” repercutem na efetivação das demais ações locais das políticas de atenção básica ligadas ao processo de trabalho da equipe?

Enfim, qual seria a forma mais adequada de responder a essas demandas dentro da realidade da sua comunidade e dos recursos disponíveis pela sua equipe?

O objetivo geral desse capítulo é identificar e discutir as atribuições das equipes que atuam na APS (ESF/AD1) no atendimento às demandas espontâneas ditas “urgentes” nos domicílios, sem esquecer de versar sobre as possíveis repercussões positivas e negativas de uma resposta profícua ou funesta perante essas situações identificadas e definidas pelos usuários como emergenciais nos domicílios.

Esperamos que essas ponderações nos permitam e facilitem a busca de possíveis soluções que simplifiquem a gestão e a organização do serviço primário no âmbito local a conceder respostas resolutivas e éticas a essas demandas.

Quando pensamos em possíveis soluções a essas questões, devemos buscar soluções que respeitem não só as diretrizes, normas e políticas

públicas, mas que também atendam de forma pragmática aos atributos essenciais e derivados da APS, bem como aos conceitos de senso de urgência e emergência, todavia acima de tudo honrar tudo aquilo que se entende coletivamente como “eticamente aceitável”.

Abaixo apresentamos um cenário relativamente comum na APS, ou seja, “a demanda espontânea em uma unidade básica de saúde”. Mais especificamente expomos uma situação de demanda espontânea que está acontecendo em um domicílio da comunidade, e que supostamente seja de urgência/emergência.

Vamos analisar o cenário apresentado anteriormente e tomar decisões que sejam no mínimo “razoáveis” na acepção técnica, ética, humana e legal.

É hora de “pôr mãos à obra”:

Continuação da situação Problema:

São 10 horas da manhã, quarta-feira, início de Julho de 2019, sua equipe está acolhendo os usuários hipertensos que acabaram de chegar na sua unidade para avaliação periódica de “controle”. A médica e o enfermeiro da equipe já estão atendendo. Uma jovem aflita aborda a Agente Comunitária de Saúde que acaba de chegar das visitas:

“Meu pai tá estranho, calado, e alimentando mal há 2 dias; mas hoje tô muito preocupada pois até agora ele não acordou. A gente chama e ele não responde. Parece que tenta abrir os olhos mas não consegue. Como vou dar os remédios e comida pra ele hoje? E se ele engasgar? Uai, tem alguma coisa grave acontecendo com ele meu Deus! Alguém pode ir lá em casa ver ele? Será que a Dra. Mônica não vai lá não? Não posso trazer ele aqui: papai é pesado e está na cama há 3 anos devido a um derrame no cérebro. Será que deu outro? Me ajuda por favor, minha mãe tá na feira, deixei meu irmão lá com meu pai e vim correndo aqui ...”

Cenário: tua Unidade Básica se situa numa cidade com aproximadamente 30.000 habitantes, não possui Serviço móvel de Urgência/Emergência, existe um pronto atendimento local com uma pequena sala de emergência. O senhor se chama Nelson, tem 72 anos, ex-tabagista, hipertenso há mais de 30 anos, parou de acessar a unidade e os Grupos de “hipertensos” há 3 anos após ficar acamado e afásico após um AVE isquêmico extenso em território de artéria cerebral média.

A jovem que solicitou apoio a equipe se chama Margarete, tem 37 anos é solteira, cuida também do irmão mais novo que é autista, moram a aproximadamente 2 quadras da unidade de saúde.

A recepção da sua unidade possui 2 senhores aguardando atendimento de “controle” e um idoso aguardando para “lavagem de ouvido”.

Nesse momento, a agente comunitária de saúde que foi abordada na porta da unidade, bate na porta do seu consultório, pede licença para interromper o atendimento e relata a situação.

Possíveis respostas da profissional frente essa situação:

- a) “Avise a Margarete que não realizamos visita de urgência e oriente ela ligar para o SAMU”.
- b) “Avise a Margarete que não realizamos visita de urgência e que tente conseguir um carro para transportá-lo ao pronto atendimento municipal”.
- c) “Explique a Margarete que estamos fazendo o atendimento dos pacientes do grupo de hipertensos e que não temos nenhum recurso

aqui, que não temos ambulância e solicite a ela que consiga um carro e o transporte para o pronto atendimento municipal”.

d) “Explique a Margarete que o enfermeiro irá com ela para fazer uma avaliação inicial e me ligará de lá informando tecnicamente a gravidade do quadro”. E após a comunicação da enfermeiro por telefone sobre o estado da paciente, os demais membros das equipes que forem necessários se deslocarão para o domicílio.

e) “já estou indo!” – e sai da UBS sem explicar o fato aos pacientes da recepção e sem avaliar a possível gravidade do caso ...

f) “Vamos lá agora” – A profissional explica para Margarete na Recepção que irá com ela ver o que pode ser feito, apesar de não possuir os recursos necessários para prestar um atendimento de urgência e emergência. Explica para os pacientes hipertensos da recepção que existe uma situação de possível urgência e emergência na Comunidade e que terá que deixar unidade e prestar socorro à família.

g) “Vamos lá agora” – A profissional explica para Margarete na Recepção que irá com ela, ver o que pode ser feito, Pega a mochila com os materiais para atendimento de urgência e emergência e o cilindro de oxigênio. Explica os pacientes hipertensos que existe uma situação de possível urgência e emergência na comunidade e que terá que prestar socorro à família. De lá comunicará a recepcionista da Unidade se voltará para continuar o atendimento, ou se naquele dia excepcionalmente desmarcará os atendimentos para apoiar a família no domicílio.

Quando expomos as possíveis respostas frente a essa situação, não há intenção de dizer o que é certo ou errado e nem há a pretensão de pre-

ver todas as situações possíveis. O que se pretende é tentar proporcionar aos profissionais a seguinte reflexão: há respostas “mais razoáveis” e que situações como estas poderiam e deveriam ser previstas e esperadas pela equipe.

Essas situações são circunstâncias geralmente descritas como “Inusitadas”, mas que na realidade, a grande maioria delas poderia ser antecipada e solucionada pela equipe se as ações fossem previamente planejadas e sistematizadas.

Cada opção de resposta deve ser analisada e discutida abordando não apenas a pelo prisma ético ou legal, que infelizmente, na maioria das vezes costuma ser a única preocupação dos profissionais da saúde. É muito importante ponderar: até que ponto cada atitude não fere os principais atributos da APS, não caminha no sentido oposto à formação de vínculos, não seria contraproducente ao desenvolvimento de outras atividades pela equipe, ou até mesmo desumanas...

9.1. TOMADA DE DECISÃO. SENSO DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA.

André Gide, Prêmio Nobel de Literatura 1947, fazia uma pergunta importante: “Se não fizeres isto, quem o fará? Se não fizeres logo, quando Será?”

É preciso ter o senso de dever e o senso de urgência em relação ao que deve ser executado quando nos referimos a uma tarefa profissional. Por que se algo tem que ser feito, temos que fazê-lo, vamos fazê-lo. Se identificamos que tem que ser feito logo, que seja logo, sem adiamentos ou procrastinação.

Há uma grande diferença entre “está na hora” e a “hora é agora”. Porque “está na hora” é apenas apontar o horário em que algo tem que ser feito. Agora, “a hora é agora” indica urgência, sem adiamentos, sem escapes.

Uma das coisas mais importantes na formação de uma personalidade, de um profissional, de um pesquisador, de um jovem, é que ele tenha senso de dever e senso de urgência.

9.2. AÇÕES QUE PODERIAM SER PROGRAMADAS E PLANEJADAS

Situação Inusitada ou esperada? As ações não poderiam ser programada e planejadas previamente? Vamos pensar:

Não seria imprudente ou mesmo omisso, qualquer profissional de saúde que trabalha em uma unidade básica de saúde (independente de categoria profissional), considerar ou definir como “Inusitado” uma situação em que um familiar pede apoio a ESF, para prestar socorro/ assistência a um acamado que está “gravemente enfermo no domicílio”? Em uma comunidade que possui em média de 2 a 4 mil habitantes, isso ocorrer 2 a 4 vezes ao ano não seria algo esperado? Por que não?

Muitas vezes os profissionais de saúde “fecham os olhos” para demandas que são muito prováveis e calculáveis e passam a tratar tais situações como inesperadas ou Inusitadas...

Nos grupos operacionais de educação em saúde com pessoas portadoras de Hipertensão e ou diabetes, muito se é falado sobre mudança de comportamento, adesão ao tratamento farmacológico e as consequências de um mau controle dessas patologias, mas em poucas ocasiões são discutidos com a comunidade sobre como proceder perante uma situação emergencial como, por exemplo, Acidente Vascular Encefálico (AVE), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) ou hipoglicemia.

Talvez, a resposta que seria dada Jovem Margarete num “momento de urgência”, deveria começar nos Grupos operacionais, nas visitas dos ACS ou mesmo na finalização de uma consulta de enfermagem ou médica. Se nesses momentos de conversa e educação em saúde com a comunidade atendida por uma UBS, fosse planejado e sistematizado

essas ações e reações da comunidade e dos profissionais de saúde perante uma provável situação emergencial, ficaria tudo mais fácil e não teríamos tantas respostas a uma mesma situação. As possíveis formas de enfrentamento seriam previamente discutidas e acordadas dentro da realidade local.

Nesses momentos de diálogo com a comunidade, poderiam ser explanado e discutido:

- Quais “recursos tecnológicos” a unidade dispõe: cilindro de oxigênio? Reanimador manual (Ambú)? Eletrocardiograma? Glicose Hipertônica? Nebulizador a Jato? Adrenalina e outros fármacos endovenosos?
- Se a unidade dispõe de algum tipo de transporte para conduzir a equipe ou o enfermo?
- Se o município dispõe de um serviço móvel de U/E ou não.
- Se ficaria acordado como a equipe de saúde agiria de forma geral e específica em cada situação de U/E.
- O que a comunidade entende e sugere como mais aceitável e humano devem ser as respostas e ações da equipe às U/E domiciliares, dentro da realidade local e municipal.
- Enfim, os tópicos acima pretendem demonstrar e exemplificar como é possível programar e acordar grande parte das respostas a situações previsíveis e relativamente comuns. Além disso, há uma integração de aspectos, físicos, psicológicos, sociais ao “arsenal” de respostas da equipe de saúde.

9.3. INTERFACE COM OS PRINCÍPIOS DA APS.

É tarde de Terça-feira, são 15 horas, final do mês, sua equipe está acolhendo as mães que chegam a unidade para levar seus filhos para consulta de “puericultura”. Algumas crianças que estão marcadas para os primeiros horários já chegaram e o médico e a enfermeira iniciam os atendimentos. Dona Penha chega na recepção da Unidade um pouco ofegante e desesperada, informando à recepcionista:

“Boa tarde, por favor, meu marido não está bem! Estava no quarto assistindo novela e ouvi um grande barulho na cozinha. Encontrei meu marido caído, pálido e suando frio. Preciso Falar com o Dr. André. Vê se ele pode ir lá em casa agora, o João tá ruim; acho que teve queda da glicose ...”

Cenário: Sua Unidade Básica se situa numa cidade com aproximadamente 60.000 habitantes, não possui Serviço móvel de Urgência/Emergência, existe um pronto atendimento local.

A recepção da sua unidade possui 5 mães aguardando atendimento, além de 3 que ainda chegarão e uma mãe com uma gestante com náuseas esperando para ser atendida.

Nesse momento, a recepcionista da unidade bate na porta do seu consultório, pede licença para interromper o atendimento e relata a situação.

Hoje, mais do que nunca, vemos a necessidade de um processo de trabalho organizado diante de demandas infinitas e recursos limitados. Quando se pensa em atendimento a situações emergências no domicílio, temos que presumir que essa assistência deva ser com equipe multiprofissional com o foco no usuário, na família e na comunidade.

Mais do que pensar e presumir, as equipes devem se programar de tal forma que esta assistência consiga superar a “tradicional dicotomia” entre ações curativas e as de prevenção e promoção.

Exemplificando e discutindo as afirmações acima:

Ao atender prontamente e de forma resolutiva uma crise hipoglicêmica no domicílio, os profissionais de saúde envolvidos nesta ação, não fortaleceriam de maneira imensurável o vínculo com aquele diabético,

sua família e até mesmo com a vizinhança, quiçá com comunidade inteira?

As orientações individuais ou mesmo coletivas com essa família e comunidade não seriam mais assimiladas, absorvidas ou fariam mais sentido vindo de uma equipe que não só palestra os atributos da APS, mas que os vive, respeita e os coloca em prática?

Nessa situação referida acima, não se pode deixar de pontuar:

APS é vista como o primeiro ponto de contato dentro de um sistema de saúde, principalmente em municípios que não dispõe de um serviço móvel de urgência que a família possa acionar.

Foi ofertado cuidado, independente de características descritivas como localização da atenção, o campo de treinamento profissional ou oferta de um conjunto específico de serviços pré-estabelecidos. Não houve restrição a faixa etária, tipo de problema ou condição.

Houve senso de responsabilidade Longitudinal e integral, ou seja, a mesma equipe que instrui, medica e orienta ao longo dos anos, também socorre nos momentos de “crise”.

Nesse contexto, uma equipe que presta um atendimento de baixa complexidade tecnológica a uma situação relativamente comum, como um simples episódio de hipoglicemia no domicílio, consegue demonstrar não apenas sua capacidade de lidar com os problemas emergentes na população a qual serve, mas consegue colocar em prática de maneira implícita os atributos da atenção primária como: acessibilidade, integralidade, coordenação, continuidade e acima de tudo demonstra responsabilidade para com sua comunidade. Aqui é importante ficar claro, que apesar da responsabilidade não ser uma característica exclusiva da Atenção Primária, é uma característica essencial a ela.

Com qual expectativa essa família foi atrás da ESF/UBS em busca de socorro ao ver seu ente querido desmaiado na cozinha?

Essa família que não possuía automóvel ou outro meio de transporte e mora em uma cidade sem serviço móvel de urgência. Moram perto da UBS, possuem uma boa relação com a ESF ao longo do tempo e têm uma grande expectativa de continuidade do cuidado. Será que consegui-

riam lidar com um “Não” sabendo que naquele dia e momento, todos os profissionais estavam dentro da unidade atendendo “situações menos urgentes” que a sua?

9.4. PRINCÍPIOS ÉTICOS.

Quando você responde: “Explique a Margarete que estamos fazendo o atendimento dos pacientes do grupo de hipertensos e que não temos nenhum recurso aqui, que não temos ambulância e solicite a ela que consiga um carro e o transporte para o pronto atendimento municipal”. Alguns questionamento e reflexões são imperativos nesse momento:

A única forma de eu fazer é essa? É a única atitude que posso ter? Tem que ser necessariamente assim? Sempre?

Essa atitude tem princípios éticos sólidos? Será que estamos entrando no terreno sombrio da “conveniência”. Ou seja, daquilo que eu faço que é bom para mim; e não daquilo que é de interesse da comunidade, daquilo que o coletivo deseja?

A ética, quando é marcada pela conveniência, entra num terreno extremamente perigoso, que é o relativismo ético. A ética da conveniência é extremamente utilitarista, portanto muito perigosa. O profissional acredita que a ética deve ser pela sua própria conveniência e não por aquilo que se entende coletivamente como eticamente aceitável.

Todo médico tem que atender urgência/emergência, conforme consta no artigo 33 do novo Código de Ética Médica (CEM). No Capítulo V do Código de Ética Médica, na parte em que se aborda a relação com pacientes e familiares, é vedado ao médico: “Art. 33. Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.”

Em linhas gerais, segundo um PARECER-CONSULTA Nº 3938/2010 do CRM-MG, ao médico pode-se imputar responsabilidade ética, civil e criminal por conduta omissiva ou comissiva, ou seja, deixar de fazer

quando deveria ser feito, ou fazer quando desnecessário, ou ainda fazer mal feito. Sem dúvida, as más condições físicas, humanas e materiais obstam o bom desempenho da profissão, e isso sempre se leva em consideração. “O ponto de equilíbrio é um ponto no horizonte, tendo como caminho a boa formação acadêmica e a consciência ética.”

Com relação à formação acadêmica, as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Medicina preconizam dentre as diversas Competências e habilidades do profissional médico:

- Atuar nos diferentes níveis de atendimento à saúde, com ênfase nos Atendimentos primário e secundário;
- Realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos indispensáveis para o atendimento ambulatorial e para o atendimento inicial das urgências e emergências em todas as fases do ciclo biológico;
- Considerar a relação custo-benefício nas decisões médicas, levando em conta reais necessidades da população;

No final do parecer do CRM-MG: as solicitações deste tipo de atendimento não são frequentes, mas existem e, em algumas situações, o médico visita o paciente e orienta os familiares. Tem um papel importante na preservação de sua vida.

Portanto, entendo que esta não é uma atribuição dos médicos do PSF e não pode virar rotina, mas em situações excepcionais o médico do PSF tem que atender sob pena de sofrer as punições legais e éticas previstas em lei.

A obrigação é ética e legal, não é rotineira. Em relação ao conflito ético, caso seja denunciado, o fato será apurado.

O Médico atende nas condições apresentadas e faz o que pode. O não atendimento com certeza poderia gerar mais problemas.

9.5. PRINCÍPIOS LEGAIS

A ninguém é lícito ignorar a lei.

Logo, todos os nossos atos devem se submeter às regras necessárias e às normas obrigatórias do país que vivemos.

Em diversos cenários vemos profissionais de saúde indagando sobre as questões legais que envolvem as demandas de assistências domiciliares que surgem espontaneamente em caráter de urgência no dia a dia das Unidades Básicas de Saúde:

“Sou obrigado a realizar, como médico da ESF, visita domiciliar de urgência quando solicitado? Estaria indo contra o Código de Ética Médica caso houvesse recusa de realizar tal visita?”

Com base nas competências preconizadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Medicina, a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência e o trabalho em equipe.

Os médicos, enfermeiros e demais membros da equipe de saúde que trabalham na Estratégia Saúde da Família no território Brasileiro tem suas atividades regulamentadas pela portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

Por mais que a portaria não cita de forma explícita, detalhada e clara a assistência domiciliar de urgência e emergência como atribuições dos membros das equipes de atenção básica; foi selecionado abaixo partes do documento que podem fundamentar de forma tácita o atendimento consulta domiciliar de urgência/emergência como atribuição dos profissionais da ESF:

No processo de trabalho das equipes de atenção básica (grifos do autor):

- Prover atenção **integral, contínua e organizada** à população adscrita;

- Realizar **atenção à saúde** na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças etc.) e em outros espaços que comportem a ação planejada;

Nas atribuições dos membros das equipes de atenção básica (grifos do autor):

São atribuições comuns a todos os profissionais:

- Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, **e, quando necessário, no domicílio** e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);
- Responsabilizar-se pela população adscrita, **mantendo a coordenação do cuidado** mesmo quando necessitar de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

São atribuições “Do Médico” (grifos do autor):

I - Realizar a **atenção à saúde** às pessoas e famílias **sob sua responsabilidade**;

II - Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, **quando indicado ou necessário, no domicílio** e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;

III - Realizar estratificação de risco e **elaborar plano de cuidados** para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

IV - **Encaminhar**, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, **mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito**;

V - **Indicar a necessidade de internação** hospitalar ou domiciliar, **mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa**;

9.6. PREVALÊNCIA DE EVENTOS EMERGENCIAIS NA APS.

A equipe de Saúde da Família, na sua prática diária de atenção a um grupo populacional (população adscrita) e em espaço geográfico delimitado (território), pode se deparar com a demanda de atenção a uma ou mais pessoas em situação de instabilidade de funções vitais, com ou sem risco de morte imediata ou mediata. Essas situações podem se apresentar à equipe, no seu coletivo ou ao profissional isoladamente por circunstâncias não controladas, como ser o único profissional disponível naquele momento.

A impressão inicial do paciente, que procura atendimento (“socorro”), passa uma imagem instantânea que possibilita o reconhecimento do risco da situação.

Essas situações, em seu contexto, devem ser consideradas, pelo menos, em relação aos seguintes aspectos:

- Realidade do território: com que frequência ocorrem? Quais os determinantes locais? Violência, tráfego, condições de trabalho, maior volume por faixa etária da população, acesso à comunicação e ao transporte.
- Organização do serviço de saúde para atenção a essas situações: há acesso a serviços 24 horas e prontidão para transporte? Que tipos de recursos e limites esse serviço tem, bem como níveis em que se

inter-relacionam – atenção primária, secundária e terciária – e as pactuações de referência e contra referência entre eles.

- Processo de trabalho na equipe de Saúde da Família e dos demais profissionais de outros níveis de atenção. Se há acolhimento específico para urgência, rotina ou protocolos de atendimento implantados, se os profissionais são devidamente capacitados. Devem ser levados em conta também as competências e limites de cada profissional ou categoria, como médicos, dentistas, enfermeiros e outros profissionais que atuam na área.

Nos municípios de pequeno e médio porte, os cidadãos com familiares acamados com provável situação emergencial procuram, na grande maioria, um primeiro atendimento na Unidade Básica Saúde (UBS). Será que estamos preparados para realizar esse primeiro atendimento?

As situações de urgência e emergência chegam a qualquer ponto de atenção da rede de assistência à saúde, por ocorrências no domicílio ou em vias públicas. Para que os profissionais de saúde possam prestar assistência no tempo e local certos e com recursos adequados a cada necessidade, é preciso saber como é organizada a rede de atenção, bem como os fluxos que essas situações exigem.

Os profissionais da atenção primária devem prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita. Muitas vezes, esse “integral” é interpretado como prevenção, promoção a saúde e atendimento às demandas programadas – principalmente as ligadas a grupos operacionais. Essa “interpretação” não é por acaso, muitas vezes pode ser explicada pela “produção mensal” que a equipe é “cobrada” pela Gestão. Essas ações são consideradas de forma geral como o “importante”, o essencial da APS. São de extremo valor sim, mas não podemos cair no reducionismo ou na falácia de serem a prioridade em todas as situações, cenários e circunstâncias.

Não se pode, evidentemente, ficar fazendo apenas aquilo que é urgente, também é necessário dedicar-se ao “importante”. Quando cuida-

mos demais do urgente, o importante fica de lado. Por isso que é importante a discussão quanto a prevalência dessas emergências domiciliares, pois assim veremos que é possível prestar assistência ao dito “importante” e ao “urgente” se o “inusitado” se tornar previsível e sistematizado.

REFERÊNCIAS

CORTELLA, Mario Sergio. Pensar bem nos faz bem!: família, carreira, convivência e ética. Volume 2 3. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes; São Paulo, SP: Ferraz & Cortela, 2014. Senso de Dever.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 (Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE MINAS GERAIS. PARECER-CONSULTA Nº 3938/2010 ;CONSULENTE: C. H. R. M. - CRMMG xxxx; RELATÓRIO DE VISTAS DO CONS. JOÃO BATISTA GOMES SOARES Belo Horizonte, 20 de novembro de 2010. Cons. João Batista Gomes Soares; Relator de Vistas .Aprovado na Sessão Plenária do dia 17 de dezembro de 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. 108 p.

MELO, Maria do Carmo Barros. Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde / Maria do Carmo Barros de Melo e Nara Lúcia Carvalho da Silva. -- Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2011. 132p

BRASIL. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Medicina. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>. Acessado em: 26 nov. 2019.

CAPÍTULO 10

O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COMO PROMOTOR DO CUIDADO NO DOMICÍLIO

Laryssa Campos

10.1. O ACS COMO AGENTE PROMOTOR DA SAÚDE

No processo de reorganização do modelo de assistência da Atenção básica de Saúde brasileiro, o agente comunitário de saúde (ACS) surgiu em destaque em sua consolidação atuando inicialmente como ator da participação social no SUS. Suas atribuições e competências foram ao decorrer do tempo sendo ampliadas e lapidadas, abarcando mais saberes a este profissional.

Neste processo de reorganizar o modelo assistencial a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) traz em seu escopo diversas atribuições específicas do ACS no contexto de seu trabalho, as quais descrevem um papel observador das vulnerabilidades e de vigilância as condições de saúde como:

Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês (BRASIL, 2012 p. 49)

Outro destaque as atribuições do ACS na PNAB, está relacionado a sua ação integradora junto a equipe de saúde, e sua ação como promotor de saúde:

Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e.....Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde (BRASIL, 2012 p. 49)

Nesta perspectiva, pensa-se o papel do ACS na AD como promotor de cuidados de saúde, onde seu processo interativo com o cuidador de usuários de AD facilitará a compreensão de suas reais necessidades.

Esta dinâmica de promotor de saúde a ser realizada pelo ACS poderá ser desenvolvida ao modelo de uma avaliação multidimensional das condições de saúde da família, do cuidador e também do usuário internalizado em sua residência.

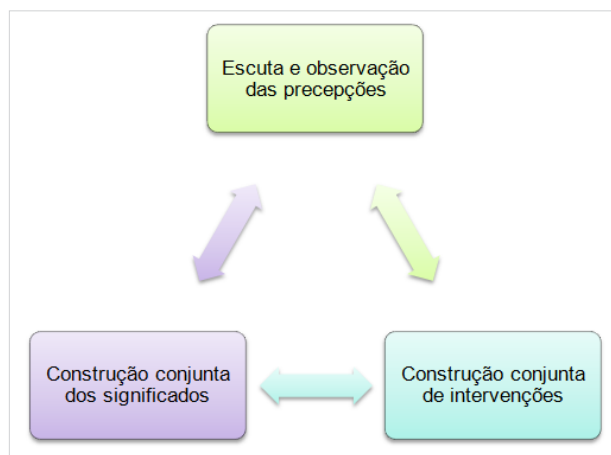
Entretanto, o sentido do papel aqui proposto ao ACS na AD assume a efetivação das tecnologias leves, considerando que o primórdio de se estabelecer uma relação linear entre usuário e ACS já vem sendo construído de forma empírica, implicando na produção da relação entre dois sujeitos tendo “materialidade” somente no seu ato (MERHY, 2000).

As relações estabelecidas neste encontro desdobram-se em habilidades no desenvolvimento desta dinâmica, o que se efetiva na aplicação de preceitos de percepção de diversos fatores que o ACS compreenderá em relação à família, ao cuidador e ao usuário da AD. Os fatores a serem avaliados em profundidade devem seguir sob a égide da formação de conceitos de significados pelos usuários como interação social, sua visão de mundo, comportamento social, corporal e verbal, nos valores de percepção do ser e estar, na construção dos significados de seu projeto de saúde e de viver (IDE, 2010).

Contudo, verifica-se que o estabelecimento da relação linear do ACS como promotor de saúde na AD corrobora para o holismo de seu cuidado, focando sua atuação de forma humana e humanizadora.

Todavia a construção desta proposta atende conjuntamente aos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH) colocando-a em prática, garantindo a transversalidade na relação entre os indivíduos e estabelecimento das tecnologias leves; e a indissociabilidade no envolvimento dos usuários da AD como corresponsáveis no processo do cuidar (BRASIL, 2004). Sendo assim, a construção do papel do ACS como promotor de saúde pode ser norteado por um tripé de atuação (figura 10.1). Baseando-se neste fluxograma norteador da atuação do ACS como promotor de saúde, algumas questões iniciais serão destacadas a fim de construir e estruturar o papel deste profissional.

Figura 10.1. Fluxograma norteador da Atuação do ACS.



Fonte: a autora.

10.2. MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES

No intuito de identificar a rede onde este usuário encontra-se, assim como seus relacionamentos e significados, o mapa mínimo de relações auxilia a ilustrar a dinâmica relacional do usuário na AD.

Conforme o ACS observa e é informado sobre as relações do usuário ele construirá o mapa, inserindo ao centro as relações de maior proxi-

midade de acordo com a frequência em dias que esta relação ocorre, e as relações de menor frequência colocadas afastadas do centro.

Figura 10.2. Mapa mínimo de relações



Fonte: Domingues, 2000

A partir da construção do mapa mínimo das relações, o ACS poderá propor intervenções para promoção da saúde e prevenção de agravos vinculados a corresponsabilização dos indivíduos de maior interação, vislumbrando efetivar a autonomia e ou preservar a capacidade funcional do usuário assim como de sua rede de apoio.

Conjuntamente a esta construção do mapa mínimo das relações, no estabelecimento do vínculo e a percepção dos significados das diversas condições e agravos presentes no usuário da AD, o ACS poderá manter-se nessa construção de se “fazer” saúde.

Alguns aparatos de intervenções podem facilitar o papel do ACS como promotor de saúde, porém vale ressaltar que tal aparato servirá de norte, sendo que a atenção do ACS segue na dinâmica multidimensional do fluxograma norteador, onde a edificação das intervenções ocorrerão da construção conjugada entre o ACS e o usuário da AD (Quadros 10.1 e 10.2).

Quadro 10.1. Intervenções do ACS

Verificar	Condições de tegumentos (pele, anexos) Seguimento de terapêutica (tratamentos e medicamentos) Ingesta (líquida e sólida) Eliminações (urina e fezes) Higiene pessoal e domiciliar Condições psíquicas (cognição, memória, humor).
Orientar	Prevenção de quedas Mudança de decúbito Ergonomia Atividades (manuais e cognitivas) Sono e repouso. Sinais de alerta para problemas mais comuns.
Estimular	Rede de apoio social Auto-cuidado Atividades cognitivas Socialização,

Quadro 10.2. Instrumentos para o ACS como promotor de saúde

Verificar	Procedimento	Intervenções
*Parâmetros Vitais	Questionar cuidadores acerca de valores já aferidos de Pressão arterial e Glicemia capilar	Usuários em manejo de terapêutica e com indicação médica.
Condições de Tegumentos – Pele, anexos	Observar coloração, temperatura, hidratação, presença de manchas e feridas	Orientações e tutoria de mudança postural/decúbito e coxins; exercícios para melhora da perfusão Realização de massagem de alívio
Seguimento de Tratamentos	Observar administração de medicações, curativos e ou outros tratamentos	Orientar administração correta de medicações, curativos e outros tratamentos. Tutorar na administração de medicações orais e IM, troca de curativos secundários.
Ingestão alimentar e hídrica	Acompanhar refeições e ingestão hídrica. Auxiliar na realização de diário alimentar	Realizar pesagem (quando necessário) Orientar cuidados – prevenção de broncoaspiração

Verificar	Procedimento	Intervenções
Eliminações intestinais e vesicais	Observar alterações na eliminações	Realizar balanço hídrico (quando necessário) Avaliar região perineal (assaduras, lesões etc.)
Condições de higiene	Avaliar condições de higiene pessoal	Tutorar banhos com auxílio ou no leito, higiene bucal, troca de fraldas, higiene de sondas (quando necessário)
Condições mentais e psicológicas- humor/tristeza	Observar oscilação de humor, aplicar escalas de depressão (quando necessário).	Iniciar relacionamento terapêutico. Estimular grupos de convivência e socialização (acompanhante terapêutico)
Cognição/memória	Observar alterações no estado de alerta e alterações cognitivas como, nomes comuns, datas ou qualquer dado já expressado anteriormente)	Estimular atividades com jogos de estímulo à memória e trabalhos manuais.

* Questionar os cuidadores acerca de valores já aferidos.

Assim, nesta expansão da abordagem da equipe, incluindo o ACS como promotor de saúde, tem-se uma assistência mais ampliada, integrada e interdisciplinar, engrenando efetivamente o processo do cuidar baseado no PTS construído conjuntamente em que todos os membros da equipe, família, cuidadores e usuário participam ativamente em todas as vertentes deste processo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf. Acesso em: 31 jan. 2021.

DOMINGUES, Marisa A. Mapa mínimo de relações: adaptação de um instrumento gráfico para configuração de rede de suporte social do idoso. São Paulo. 2000 [Dissertação de mestrado- Faculdade de Saúde Pública da USP]

IDE, Cilene Aparecida Costardi; FONSECA, Ariadne da Silva; DOMENICO, Edvane Birelo Lopes de. O cuidar em transformação: Orientações para a abordagem multidimensional em saúde. São Paulo: Atheneu, 2010.

MERHY, Emerson Elias. Um desafio sobre o médico e suas valises tecnológicas. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, São Paulo, v. 4, n. 6, p.109-116, fev. 2000. Trimestral.

DADOS DO ORGANIZADOR

Leonardo Cançado Monteiro Savassi é médico pela Faculdade de Medicina da UFMG (2000). Supervisor do Ano Adicional em Atenção Domiciliar da Residência em Medicina de Família e Comunidade da UFOP. Professor Associado da Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), Vice-coordenador do Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde/ Fiocruz), em rede, pela UFOP, título de especialista em Medicina de Família e Comunidade (SBMFC/ AMB, 2006), médico pediatra da Atenção Domiciliar GEAD Unimed BH, mestre (2008-2010) e doutor (2010-2013) em Saúde Coletiva/Educação em Saúde pela Fiocruz Minas (CPqRR), coordenador do Grupo de Trabalho em Atenção Domiciliar (GT-AD) da Confederação Ibero-americana de Medicina Familiar (CIMF), sócio benemérito (2014) da Associação Brasileira dos Serviços de Atenção Domiciliar. Líder do Grupo de Pesquisas em Educação em Saúde da UFOP.

Este livro foi desenvolvido com as fontes Berkeley
Oldstyle e Pill Gothic, conforme Projeto Gráfico
aprovado pela Diretoria da Editora UFOP.



editora **UFOP**

