

Volume 14, nº 02
Edição Especial
Setembro, 2024
ISSN 2178-2768

propagare

CENTRO
UNIVERSITÁRIO 
CAMPO REAL
EXCELÊNCIA EM ENSINO SUPERIOR

EXPEDIENTE

REVISTA CIENTÍFICA INTERDISCIPLINAR
Publicação Semestral

Indexadores

latindex



PRESIDENTE DA MANTENEDORA
Professor Wilson Ramos Filho

SUPERINTENDENTE DAS COLIGADAS UB
Professor Edson Aires da Silva

CENTRO UNIVERSITÁRIO CAMPO REAL

REITORIA
Professor Edson Aires da Silva

PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
Professora Patrícia Melhem Rosas

PRÓ-REITOR DE PLANEJAMENTO E ADMINISTRAÇÃO
Professor Ayres Siqueira Silva

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, INICIAÇÃO À PESQUISA E EXTENSÃO
Professora Moana Rodrigues França

EDITOR CHEFE
Professor Atilio A. Matozzo

COMISSÃO EDITORIAL CIENTÍFICA

- Dra. Aline José Maia, Universidade Estadual do Centro Oeste (UNICENTRO)
- Dra. Aline Vanessa Sauer, Universidade Pitágoras (UNOPAR)
- Dr. André Luiz Klein - Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR)
- Dr. Andrey Portela – Centro Universitário Vale do Iguaçu (UGV)
- Dr. Argos Gumbowsky – Universidade do Contestado (UnC)
- Dr. Carlos Roney Armanini Tagliani, Fundação Universidade Federal de Rio Grande (FURG)
- Dr. Clémerson Merlin Clève – Universidade Federal do Paraná (UFPR)
- Dra. Daniela Ota Hisayasu Suzuki – Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
- Dra. Dulce Cassol Tagliani, Fundação Universidade Federal de Rio Grande (FURG)
- Dra. Elisa Adriano – Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO)
- Dra. Eloete Camilli Oliveira – Centro Universitário Curitiba (UNICURITIBA)
- Dr. João Vitor Passuello Smaniotto – Centro Universitário Vale do Iguaçu (UGV)

propagare

REVISTA CIENTÍFICA INTERDISCIPLINAR DO CENTRO UNIVERSITÁRIO CAMPO REAL
VOLUME 14, NÚMERO 02, 2024 – EDIÇÃO ESPECIAL
ISSN 2178-2768

Dr. Ledo Paulo Guimarães Santos - Centro Universitário Autônomo do Brasil (UNIBRASIL)
Dra. Luciana Pelegrini - Centro Universitário Campo Real
Dr. Phillip Gil França - Escola da Magistratura do Paraná (EMAP)
Dr. Wilson Ramos Filho – Universidade Federal do Paraná (UFPR)

REVISORES CIENTÍFICOS AD HOC

Dra. Gheniffer Fornari
Me. Isabela Volski
Me. João Frederico Musial
Me. Luiz Eduardo Horst
Dr. Rudy Heitor Rosas
Me. Sandro Mazurechen
Dra. Simone Carla Benincá

REVISÃO E ORGANIZAÇÃO

Prof. Atilio A. Matozzo
Profª. Érita Fernanda Teixeira da Cruz Matozzo

CAPA

Setor de Marketing Centro Universitário Campo Real

SUMÁRIO

- A NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR COMO DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA: O PAPEL DO NUTRICIONISTA.....7**
Augusto V. Kaminski
Cleiton Fryder
Gabriel Wroblewski
Emilaine Ferreira dos Santos
- ABORDAGENS E DESAFIOS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA URBANA EM UM CENTRO DE ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO 15**
Alisson Eduardo Ferreira Machado
Ariani Cavazzani Szkudlarek
Marcos Claudio Signorelli
- ADESÃO AO TRATAMENTO NUTRICIONAL DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA - A IMPORTÂNCIA DE UM ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL HUMANIZADO.....25**
Samara Terezinha Dalposso
Emilaine Ferreira dos Santos
- ATENÇÃO DOMICILIAR E OS CUIDADOS COM O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURANA 5ª REGIONAL DE SAÚDE DE 2012 A 2022 35**
Joyce Eliza Mendes Padilha
- ATUAÇÃO DA EQUIPE ODONTOLÓGICA NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE: RELATO DE EXPERIÊNCIA..... 44**
Gabriele Silva de Farias
Camila Rafaela dos Santos Silva
Ivyson Guilherme da Silva Cabral
Rogéria Sandra Tenório Ferro Cursino
- AVALIAÇÃO E COMPARAÇÃO DA CAPACIDADE PULMONAR DE IDOSOS PROVENIENTES DE DOIS BAIRROS GUARAPUAVANOS.....50**
Isabella Cristina Chiamolera
Verônica Silva Furlani
Yasmin Zani Magro
Angela Dubiela Julik
Patrícia Pacheco Tyski Suckow
- CONSULTAS DE ENFERMAGEM EM AMBIENTE DOMICILIAR ASSOCIADOS AO PROJETO PIEPEX:UM RELATO DE EXPERIÊNCIA..... 61**
Joana Ladislau Brandão
Victoria Curi Tonon
Maria Cristina Umpierrez Vieira
Kamili Rafaeli Gomes
- DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR DA ATENÇÃO DOMICILIAR, COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO DE PESSOAS....66**
Larissa Tonetto Castelo Branco

IMPACTO DA OXIGENOTERAPIA HOSPITALAR NA PRESCRIÇÃO DO FISIOTERAPEUTA.....76

Ana Cristina Onisko
Maria Eduarda Mendes
Bianca Mayla Campos
Christiane Riedi Daniel

IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO AFETIVO NO SAD/MELHOR EM CASA DE PILAR-AL.....84

Marcicléa Macêdo de Lima Batista
Claudinete Melo dos Santos
Denilma Santos Felix

IMPLANTAÇÃO UM PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM FOZ DO IGUAÇU-PR89

Aline Luiza Fuhr
Max da Silva Maciel
Leonel Augusto da Cruz
Taigra Morgana Picco
Susan Michele Silvestre Lorenzato
Hyan de Alvarenga Moreira

IMPLANTAÇÃO DA LINHA GUIA DE SAÚDE BUCAL DO ESTADO DO PARANÁ NO MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA99

Lívia Menon Follador
Isimone Mirandagaliciol
Skarlatt Ohana De Paula Louro
Mariana Rinaldi
Thiago Tatim

IMPLEMENTAÇÃO DE CAIXA DE MEDICAÇÕES PARA FACILITAR O ACESSO A TERAPIAS INTRAVENOSAS OU SUBCUTÂNEAS NO DOMICÍLIO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA 112

Luiz Gustavo Saladini
Glaucia Specian da Silva

IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO DOMICILIAR NA NUTRIÇÃO ENTERAL: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... 117

Adriano Majeovski de Lima
Ana Paula Ternoski
Beatriz Silvestre
Edison Tiago Agostinho
Patrícia A. Peres C Xexéo
Emilaine Ferreira dos Santos

INFLUÊNCIA DOS EXERCÍCIOS FÍSICOS NA COGNIÇÃO E POLIMORFISMOS DO GENE APOE, ECA E ACTN3 EM IDOSOS: REVISÃO SISTEMÁTICA 128

Karla Daniele Varela Kaminski
Luis Paulo Mascarenhas

PLANO AVANÇADO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES EM AMBIENTE DOMICILIAR 136

Bruna Luiza de Wallau Krüger
Daniela De Ré

**PROJETO CUIDANDO DE QUEM CUIDA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE
CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR EM
ITAITINGA-CE 141**

Mayara Paz Albino Dos Santos

**TECNOLOGIAS EM SAÚDE COMO FERRAMENTA NA ASSISTÊNCIA
DOMICILIAR 145**

Leticia Gramazio Soares

Gabriela Gubert Fernando

Isadora Bussolaro Viana

Jorge Marcelo Sauka

Luana Gracino

Tatiane Baratieri

**VIVOXI: VIVENDO COM OXIGÊNIO NO AMBIENTE HOSPITALAR - UM RELATO
DE EXPERIÊNCIA 156**

Maria Eduarda Albertoni Mendes

Ana Cristina Onisko

Christiane Riedi Daniel

A NUTRIÇÃO ENTERAL DOMICILIAR COMO DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA: O PAPEL DO NUTRICIONISTA

Augusto V. Kaminski
Cleiton Fryder
Gabriel Wroblewski
Emilaine Ferreira dos Santos

RESUMO: A atenção domiciliar (AD), busca garantir a continuidade do cuidado por meio de ações de promoção, prevenção e tratamento. Essa continuidade é baseada na complexidade e necessidade do tratamento do paciente, podendo ser realizada por diferentes equipes, como a equipe de Saúde da Família ou de Atenção Básica, além das equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD), equipes multiprofissionais de atenção de apoio (EMAP) e a equipe do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) com o programa Melhor em Casa. Na AD é realizada a terapia nutricional enteral domiciliar (TNED) que tem como finalidade realizar a manutenção e/ou recuperação do estado nutricional do paciente; ela é uma modalidade de atenção à saúde e nutrição realizada no domicílio.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Domiciliar; Nutrição Enteral Domiciliar; Sistema Único de Saúde; Direito humano à Alimentação adequada.

1 INTRODUÇÃO

A necessidade de uma maior demanda de atendimento ao público na área clínica, exigiu um aumento na área de atendimento domiciliar (AD), que tem como objetivo proporcionar celeridade no processo de alta hospitalar, retirando assim vários riscos de exposição ao ambiente hospitalar, além de oferecer uma reabilitação integral da saúde do paciente e proporcionar qualidade de vida (FÜHR, A. L.; CIACHI, É. M. 2019).

Dentro da AD, a terapia nutricional enteral domiciliar (TNED) desempenha um papel crucial. A TNED tem como finalidade a manutenção e/ou recuperação do estado nutricional do paciente e é uma modalidade de atenção à saúde e nutrição realizada no domicílio (BRASIL, 2000; BRASIL, 2012; GRAMLICH et al., 2018). Ela é indicada quando a ingestão oral é insuficiente, suprimindo menos de 60% da recomendação energética, buscando a preservação do vínculo familiar aliada ao cuidado multidisciplinar com ênfase no estado nutricional do paciente, visando reduzir riscos de infecções hospitalares e custos com internações (BRASIL, 2000; BRASIL, 2012; GRAMLICH et al., 2018).

A nutrição enteral tem como base a administração de macro e micronutrientes por via alternativa de alimentação, podem ser utilizadas fórmulas industrializadas com composição química definida ou fórmulas caseiras que contam com alimentos cozidos, liquidificados e peneirados (MCCLAVE et al., 2016; BISCHOFF et al., 2019).

A definição da fórmula é feita de acordo com a estabilidade hemodinâmica e tolerância do paciente. Por vez o alto custo de manutenção da fórmula industrializada leva famílias/domicílios a entrarem em uma situação chamada insegurança alimentar e nutricional (IAN), além dos efeitos psicológicos que a via alternativa de alimentação ocasiona no paciente (PÉREZESCAMILLA et al., 2014).

A alimentação tem significado social e cultural, as necessidades do paciente e de sua família não podem ser ignoradas. Há de se buscar atendê-los na sua integralidade, considerando os princípios que a SAN contempla: quantidade, qualidade, diversidade, acesso aos alimentos, de modo permanente, pautado no Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA).

2 OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivo analisar a nutrição enteral como direito humano à alimentação adequada dentro do Sistema Único de saúde e qual o papel do nutricionista no manejo desse processo para garantia desse direito.

3 MÉTODOS

Trata-se de um estudo prospectivo descritivo, de caráter documental, que utilizou como artigos científicos sobre a temática bem como materiais governamentais publicados pelo Ministério da Saúde em seus canais oficiais.

Todos os documentos utilizados no estudo foram lidos na íntegra e as informações relevantes foram incluídas nos resultados e discutidas no presente trabalho. Foram utilizadas bases de dados como Scielo, Pubmed e Biblioteca Virtual da Saúde.

4 RESULTADOS

Com o aumento da expectativa de vida, transição demográfica, epidemiológica e avanços da medicina moderna cresce o número de usuários de terapia nutricional enteral (TNE) e TNED. Visto que muitos acabam comprometendo suas necessidades nutricionais, em decorrência do diagnóstico de doenças crônicas como as neurológicas ou neurodegenerativas, cardíacas, respiratórias, renais, oncológicas ou traumas (BRASIL, 2012; 2017). É a melhor alternativa de alimentação, quando não há

possibilidade de via oral, por preservar o processo de digestão fisiológico e ser indicada a pacientes que possuem o sistema gastrointestinal funcionando (MCCLAVE et al., 2016; BISCHOFF et al., 2019).

Com isso a atenção domiciliar (AD) busca garantir a continuidade do cuidado, por meio de ações de promoção, prevenção e tratamento (BRASIL, 2012; 2017), essa continuidade é baseada na complexidade e necessidade do tratamento do paciente, que quando se faz necessário a utilização de vias alternativas de alimentação como a TNE, para manter ou recuperar o estado nutricional e melhorar a qualidade de vida no ambiente domiciliar (KLEK et al., 2011; 2014; FRÍAS et al., 2012; GALVÃO et al., 2012; SHAKERSIAN et al., 2016; GRAMLICH et al., 2018; BISCHOFF et al., 2019).

A TNED bem como a AD estão incluídas no Sistema Único de Saúde (SUS), que foi concebido com a finalidade de garantir de maneira integral o direito a saúde bem como seus determinantes a todos os cidadãos, e dentro do sistema foi criada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) aprovada em 1999, considerada marco histórico para a agenda prioritário governamental. Após 10 anos de publicação: 2009/2010, deu-se início do processo de atualização e aprimoramento das bases e diretrizes da PNAN. Consolidação de uma referência a ser utilizado no combate a novos desafios da Alimentação e Nutrição no SUS. Já a segurança alimentar e nutricional (SAN) surge no período da Segunda Guerra Mundial (1939-1945).

Aqui no Brasil a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), sancionada em 2006, instituiu o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), com o objetivo de assegurar o DHAA. Por meio dessa lei, foram estabelecidos princípios, definições, diretrizes e composição do SISAN, que tem como finalidade formular e implementar políticas e planos de SAN.

Entre essas medidas e ações para fortalecimento e oferta universal do SUS, está a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) que são definidas como a organização de ações e serviços de saúde, tendo a Atenção Básica como o centro de comunicação (MENDES, 2011; BRASIL, 2012; 2014). A partir da Atenção Básica, se estabelece relações horizontais entre os pontos de atenção e a responsabilização pela oferta de atenção contínua, integral e humanizada por meio do cuidado multiprofissional e o compartilhamento de objetivos em prol do usuário (MENDES, 2011; BRASIL, 2012; 2017).

Ao se instituir a TNE deve-se garantir o suporte por meio de uma equipe multiprofissional especializada que pode conter enfermeiro, médico, fonoaudióloga, farmacêutico, psicólogo e nutricionista. A este último profissional é habilitado o dever da prescrição dietética individualizada, como atividade privativa com enfoque no paciente, priorizando as suas necessidades energéticas bem como nutricionais.

Além do monitoramento, avaliação e manejo do estado nutricional do paciente assistido. Ao definir todos esses pontos o profissional nutricionista garante a manutenção e/ou recuperação do paciente. A indicação da terapia na maioria das vezes é realizada por equipe médica, enquanto que as decisões como composição e gerenciamento do suporte nutricional são realizadas por nutricionistas (BISCHOFF et al., 2019). No consumo de nutrientes, uma das utilizações que devem ser consideradas é o uso de fórmulas nutricionais, caseiras e industrializadas, e seu uso possui benefícios, já que muitas vezes são capazes de complementar de forma efetiva os nutrientes necessários no tratamento de forma domiciliar (MCCLAVE et al., 2016; BISCHOFF et al., 2019). Além disso, alguns fatores devem ser considerados no ato da indicação da terapia como: avaliação dietética e perda ponderal do peso habitual nos últimos 6 meses. Para a avaliação dietética é indicado a utilização de inquéritos alimentares quantitativos e qualitativos, que sejam capazes de mensurar se a alimentação via oral. Também temos as vias de acesso da NE que são: nasogástrica, nasojejunal, gastrostomia e jejunostomia (YEH et al., 2013; BISCHOFF et al., 2019). A escolha da via é realizada de forma conjunta pelo médico e equipe multidisciplinar (BISCHOFF et al., 2019).

A nasogástrica é recomendada para curto período, de quatro a seis semanas, enquanto a gastrostomia é sugerida para período superior a seis semanas (FRIAS et al., 2012; SILVA; SILVEIRA, 2014; BRASIL, 2015; BISCHOFF et al., 2019).

Vale ressaltar que em território brasileiro não existem normativas específicas que regulamentem o auxílio financeiro de instituições governamentais aos pacientes para compra de insumos de NE incluída fórmulas industrializadas, o que por vezes pode comprometer as situações de segurança alimentar e nutricional das famílias que possuem pacientes com necessidades especiais devido ao alto custo envolvido.

5 DISCUSSÃO

A alimentação adequada é um direito fundamental do ser humano e é indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal. O poder público deve adotar as políticas e ações que se façam necessárias para promover e garantir a SAN da população, incluindo os de maior vulnerabilidade como os pacientes em TNED. Além dos direitos humanos e o direito à saúde idealizados na Constituição, a alimentação deve ser concebida como essencial à vida e à sociedade. Da mesma forma como existe o reconhecimento internacional do DHAA na Declaração Universal dos Direitos Humanos e no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, e se faz necessário incluir este direito nas políticas públicas. Sendo responsabilidade do Estado formular e implementar medidas normativas que possibilitem a efetiva concretização de SAN e o DHAA principalmente à essa parcela da população que utiliza vias alternativas de alimentação.

Nas funções do nutricionista cabem além do planejamento do cardápio alimentar enteral, a elaboração de receitas simplificadas de fácil compreensão dos familiares/cuidadores. Assim como, a orientação dos cuidados que devem ser realizados com os equipamentos utilizados (tubo de sonda, fórmulas nutricionais), também a higienização dos alimentos que serão processados e ofertados, e os cuidados que devem ser tomados no manejo do paciente quando necessário. Entretanto, é necessário que o nutricionista oriente aos responsáveis pelo paciente a acionar os centros de referência à assistência social, para possíveis benefícios e auxílios quando necessário

CONCLUSÃO

Com base nesse estudo, conclui-se que a terapia nutricional enteral domiciliar (TNED) tem início no âmbito hospitalar e continua no domicílio, contanto que o paciente cumpra os critérios estabelecidos como: Acesso ao âmbito ambulatorial se necessário e principalmente a atenção primária (UBS), tolerância ao tratamento, conscientização do tratamento pelo paciente e da família, além das condições higiênico-sanitárias no domicílio e para manipulação da dieta, além de acesso a recursos básicos, como água potável, energia elétrica e saneamento básico.

Entretanto, os cuidadores apontaram necessidade de atenção sobre orientações gerais, padronizadas e integradas em relação à condução da terapia nutricional enteral realizada no domicílio. Profissionais e cuidadores também relatam à deficiência de nutricionistas na atenção primária, dando suporte em todos os territórios.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução RDC n.º 63, de 6 de julho de 2000. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, Seção 1, 7 jul. 2000. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/61e1d380474597399f7bdf3fbc4c6735/RCD+N%C2%B0+63-2000.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 11 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Caderno de Atenção Domiciliar, v. 1). Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série B. Textos Básicos de Saúde). GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-653, 2006.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA: implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS – modelagem a partir das experiências correntes, 2008, Rio de Janeiro. Anais eletrônicos... Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pes-quisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf>. Acesso em: 21 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Ministério da Saúde. Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do

seu lar. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. (Caderno de Atenção Domiciliar, v. 2) Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 27 maio 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 11 abr. 2014.

CECÍLIO, I. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas, 2003. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/integralidade.doc>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. Manual de padrões de acreditação hospitalar. Rio de Janeiro: CBA, 2000.

GRATÃO, A. C. M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 137-144, 2013.

NASCIMENTO, E. R. et al. Qualidade de vida de quem cuida de portadores de demência com corpos de Lewy. J. Bras. Psiquiatr., Rio de Janeiro, v. 62, n. 2, p. 144-152, 2013.

AKNER, G.; CEDERHOLM, T. Treatment of protein-energy malnutrition in chronic nonmalignant disorders. American Journal of Clinical Nutrition, [S. l.], v. 74, p. 6-24, 2001.

COPPINI, L. Z. C.; JESUS, R. P. Terapia Nutricional na Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS). In: SOCIEDADE BRASILEIRA NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA. Diretrizes Brasileiras para Terapia Nutricional Enteral e Parenteral. São Paulo: Associação Médica Brasileira; Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2011.

NUNES, A. B. L. et al. Terapia nutricional no paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica. In: SOCIEDADE BRASILEIRA NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA. Diretrizes Brasileiras para Terapia Nutricional Enteral e Parenteral. São Paulo: Associação Médica Brasileira. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2011. v. 9. p. 259-266.

PINHO, N. B. et al. Terapia Nutricional na Oncologia. In: SOCIEDADE BRASILEIRA NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA. Diretrizes Brasileiras para Terapia Nutricional Enteral e Parenteral. São Paulo: Associação Médica Brasileira. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2011. v. 9. p. 127-141.

PIVI, G. A. K.; BERTOLUCCI, B. H. F.; SCHULTZ, R. R. Nutrition in severe dementia. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, [S.I.], v. 20, 2012. **SHEARD, J. M. et al.** Prevalence of malnutrition in Parkinson's disease: a systematic review. *Nutrition Reviews*, [S.I.], v. 69, n. 9, p. 520-32, 2011.

SILVA, M. L. T. et al. Terapia Nutricional na Doença de Crohn. In: SOCIEDADE BRASILEIRA NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA. Diretrizes Brasileiras para Terapia Nutricional Enteral e Parenteral. São Paulo: Associação Médica Brasileira; Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2011. v. 9. p. 87-98.

ABORDAGENS E DESAFIOS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA URBANA EM UM CENTRO DE ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO

Alisson Eduardo Ferreira Machado
Ariani Cavazzani Szkudlarek
Marcos Claudio Signorelli

RESUMO: Introdução: A violência urbana é uma das principais causas de morbimortalidade em jovens adultos no Brasil. A literatura carece de estudos sobre o impacto das lesões causadas por ela e do acesso aos serviços de reabilitação para as vítimas. Objetivo: Descrever as abordagens e os desafios do tratamento fisioterapêutico para vítimas de violência urbana em um Centro Especializado de Reabilitação III em Curitiba/PR. Método: Foi realizada análise documental de 3.532 prontuários de pacientes admitidos entre 2013 e 2017. Os dados foram filtrados por meio de ficha de coleta e classificados em: características das vítimas, clínicas e de tratamento. Após os critérios de inclusão a amostra foi composta por 73 participantes. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº. 2.167.950 (CEP/SD/UFPR). Resultados: As vítimas de violência urbana foram homens (94,5%), com idade entre 20 e 39 anos, residentes da Região Metropolitana de Curitiba (RMC). Os serviços de emergência de Curitiba e RMC foram os principais encaminhadores dos pacientes com tempo de lesão de até 3 meses (65,8%). Com relação ao nível de funcionalidade, (97,3%) dos participantes ficaram com algum nível de dependência para as atividades do dia a dia. Conclusão: O CER III é um importante ponto na rede de atenção à saúde, porém o acesso ao serviço ainda é desigual e demorado, o que não contribui para a reabilitação das dependências funcionais com as quais as vítimas de violência urbana devem viver por longos períodos.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia. Violência. Reabilitação. Saúde pública. Perfil de saúde.

1 INTRODUÇÃO

A violência urbana é uma subclassificação do grupo de causas externas prevista na Classificação Internacional de Doenças – 10^o revisão (OMS, 1997). A produção e reprodução da violência urbana, enquanto fenômeno social, decorre das lógicas de mercado e interesses políticos particulares sobre o espaço urbano (BHAN; SRINIAS; WATSON, 2018; HIDALGO et al, 2021). Dessa forma, acontece de forma recorrente em países em desenvolvimento, como o Brasil, que mantém estruturas de desigualdade social.

As lesões causadas pela violência urbana são as principais causas de morbimortalidade em adultos jovens no Brasil (BRASIL, 2018; MALTA et al, 2021). São lesões graves que, quando não levam a morte, comprometem a vida da vítima e sua família visto que geram sequelas físicas, cognitivas e emocionais. Esse cenário é responsável por grande parcela das internações nos serviços públicos de saúde (MELIONE, 2018).

Os estudos e pesquisas científicas nacionais em torno da problemática se debruçam sobre a mortalidade e o atendimento hospitalar de urgência e emergência

(BRASIL, 2015; MINAYO & DESLANDES, 2009). Observa-se escassez na produção científica sobre o acesso aos serviços de reabilitação e da evolução físico-funcional das vítimas de violência urbana no Brasil. Visto a importância da temática o presente estudo pretende abordar esta lacuna.

2 OBJETIVOS

Descrever as abordagens e os desafios do cuidado integral, com ênfase no tratamento fisioterapêutico, às vítimas de violência urbana admitidas no internamento de um Centro Especializado de Reabilitação de categoria III (CER III) no município de Curitiba/PR.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo conduzido pela abordagem quantitativa, realizado em um CER III, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), localizado no município de Curitiba/PR. O serviço foi escolhido com base nos critérios definidores: (I) serviço de referência no atendimento de deficiências, e (II) prestação de atendimentos na área de fisioterapia. Foi consultado o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) para obtenção dos dados referentes aos serviços prestadores de atendimentos de reabilitação no Paraná e o Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS) para os dados sobre os procedimentos de reabilitação e fisioterapia.

Foi realizada a análise documental de 3.532 admissões no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2017. Os critérios de inclusão foram: 1. Lesões causadas por violência urbana; 2. Reabilitação fisioterapêutica durante o período de internamento no serviço. Foram excluídos aqueles pacientes que foram vítimas de outros tipos de violências ou acidentes. A amostragem final foi composta por 73 participantes.

A ficha de coleta de dados foi elaborada com base no Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência (VIVA Inquérito) e pela Medida de Independência Funcional (MIF) (RIBERTO et al, 2004). O contato telefônico com o paciente ou cuidador foi realizado quando alguma informação não estava disponível nos prontuários. As variáveis são detalhadas a seguir:

1. Características das vítimas de violência urbana: sexo, faixa etária e local de ocorrência da violência.

2. Características clínicas: etiologia, diagnóstico clínico, segmento atingido e tempo de lesão.

3. Características do tratamento fisioterapêutico: nível de funcionalidade, permanência hospitalar, número de atendimentos fisioterapêuticos e condutas.

Os dados foram armazenados em banco de dados utilizando o programa Microsoft Excel® for Windows®, e foram processados e explorados através de técnicas da estatística descritiva para o cálculo e a descrição das frequências absolutas e relativas das variáveis de interesse.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (CEP/SD/UFPR), sob o parecer nº. 2.167.950, de 11 de julho de 2017.

4 RESULTADOS

A coleta de dados revelou que as vítimas de violência urbana foram, em sua maioria, homens (94,5%), na faixa etária de 10 a 39 anos (86,3%), que residem na região metropolitana de Curitiba (RMC). Isto nos mostra como os homens adultos jovens estão mais vulneráveis a violência urbana e seus meios. Os achados revelam que grande parte dos casos de violência ocorreu nas vias públicas da RMC (45,2%) e em regiões periféricas da capital paranaense (42,5%).

A análise diagnóstica da implantação da Política Nacional de Prevenção de Acidentes e Violências realizada por Minayo e Deslandes (2009), mostrou que a população entre 20 e 29 anos é a mais afetada pelas causas externas e os homens são mais atingidos pelos atos violentos comparados às mulheres. Da mesma forma Brandão *et al* (2018) constataram que as vítimas de violência são jovens negros com idade entre 19 e 29 anos, do sexo masculino, com baixa escolaridade e moradores da periferia.

Tabela 1 – Características das vítimas de violência urbana atendidas em um CER entre 2013 e 2017

Características Gerais	N	%
Sexo	(73)	100
Masculino	69	94,5
Feminino	4	5,5
Faixa Etária	(73)	100
10 – 19	15	20,5

20 – 39	48	65,8
40 – 59	9	12,3
60 ou mais	1	1,4
Local de Ocorrência	(73)	100
Via Pública	70	95,9
Domicílio	3	4,1
Região de Origem	(73)	100
Região Metropolitana de Curitiba	33	45,2
Curitiba	31	42,5
Interior do Paraná	9	12,3

Fonte: Os autores, 2024.

Dos prontuários analisados (78,1%) dos casos sofreram traumatismo raquimedular, todos eles causados por ferimentos de arma de fogo. Enquanto isso, (21,9%) das tiveram traumatismo cranioencefálico, causados majoritariamente por agressões e armas brancas. Os segmentos corporais mais afetados pelas lesões violentas foram: coluna torácica (39,7%), crânio e face (21,9%) e coluna cervical (13,7%).

Um estudo realizado por Joseph *et al* (2015) revela que a principal causa de traumatismo raquimedular foi assalto à mão armada, com ferimentos causados por arma de fogo. A lesão medular é uma patologia complexa que deve ser tratada como uma emergência neurológica, devido ao risco eminente de déficit grave e permanente e altas taxas de morbimortalidade (SILVA *et al*, 2018).

O traumatismo cranioencefálico é outro problema de saúde pública. Souza *et al* (2013) relatam que 85% das vítimas de traumatismo cranioencefálico são homens com idade média de 31 anos, sendo a arma de fogo a etiologia mais prevalente. Por sua vez, Fraga Maia *et al* (2013) estimaram que a violência foi responsável por 58% dos casos de traumatismo cranioencefálico.

A maior parte das vítimas de violência urbana foram encaminhadas ao CER com tempo de lesão de até 3 meses (65,8%). Um estudo realizado por Rappaport *et al* (1989) revelou que pacientes admitidos em centros de reabilitação antes do 60º dia de lesão apresentaram melhores condições físico-funcionais. Porém o setor público brasileiro participa de forma limitada no desenvolvimento de programas

de reabilitação e reconhece que as pessoas com deficiências enfrentam obstáculos para ter acesso aos serviços (OPAS, 2014).

Tabela 2 – Características clínicas de vítimas de violência urbana atendidas em um CER entre 2013 e 2017

Características Clínicas	N	%
Etiologia	(73)	100
Ferimento por arma de fogo	61	83,6
Agressão	9	12,3
Ferimento por arma branca	3	4,11
Diagnóstico Clínico	(73)	100
Traumatismo raquimedular	57	78,1
Traumatismo cranioencefálico	16	21,9
Segmento Atingido	(73)	100
Coluna Torácica	29	39,7
Crânio e Face	16	21,9
Coluna Cervical	10	13,7
2 segmentos ou mais	10	13,7
Coluna Lombar	8	11,0
Tempo de Lesão	(73)	100
Menos de 3 meses	48	65,8
3 a 6 meses	10	13,7
Mais de 6 meses	15	20,5

Fonte: Os autores, 2024.

A cinesioterapia foi a conduta fisioterapêutica mais utilizada (n = 73, 100%). Lemos, Jorge e Ribeiro (2013) descrevem que a cinesioterapia foi o recurso fisioterapêutico mais utilizado para reabilitação de vítimas de causas. Eles ainda relatam que a atuação fisioterapêutica na reabilitação de lesões causadas por violência urbana é destacada pela eficiência na restauração da função e com pequena capacidade de causar efeitos colaterais.

Em relação às atividades funcionais, o treino de mudança de decúbitos (94,5%), o treino de equilíbrio postural (6,9%) e o treino de marcha (6,9%) também foram incluídos no tratamento das vítimas. De acordo com Borella e Sacchelli (2009), um programa de reabilitação que incorpore o treino de atividades funcionais é essencial para desenvolver maior independência dos pacientes.

De acordo com Fraga Maia *et al* (2013) o controle postural prejudicado está associado com incapacidades e sequelas duradouras que podem comprometer o desempenho funcional das vítimas durante anos. A amostra apresentou dependência funcional total ou parcial para desempenhar as atividades diárias (97,3%).

As vítimas de violência urbana realizaram reabilitação em contexto hospitalar de forma intensificada e ficaram internadas de 1 a 2 semanas, dependendo da gravidade dos sintomas apresentados na admissão. Shiel *et al* (2001) observaram que pacientes que recebem atividades de reabilitação mais intensas, como em nosso estudo, foram mais beneficiados com melhora funcional mais rápida e menor tempo de internação.

Tabela 3 – Características do tratamento fisioterapêutico atendidas em um CER entre 2013 e 2017

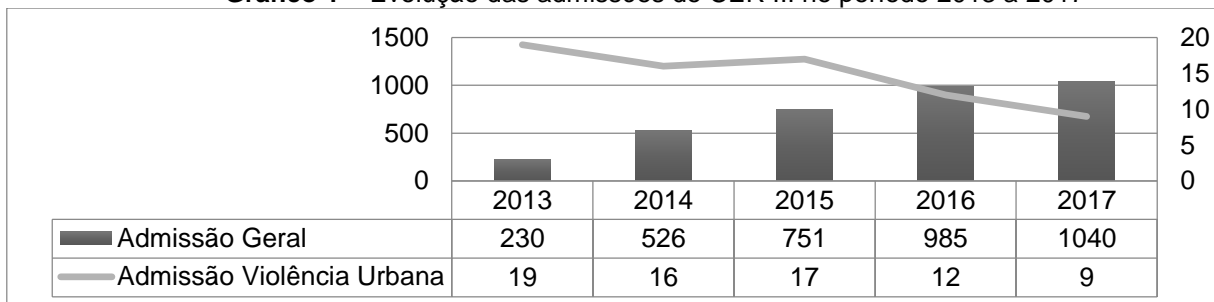
Características do Tratamento Fisioterapêutico	N	%
Permanência Hospitalar	(73)	100
1 semana	30	41,1
2 semanas	43	58,9
Nº. Atendimento Fisioterapêutico	(73)	100
1 -10 atendimentos	41	56,2
11 - 20 atendimentos	25	34,2
21 - 30 atendimentos	7	9,6
Nível de Funcionalidade	(73)	100
Dependência Completa	24	32,9
Dependência Modificada	47	64,4
Independência Modificada	2	2,7
Condutas	(73)	100
Cinesioterapia	73	100,0
Treino de Mudança de Decúbitos	69	94,5
Orientações em Saúde	62	84,9
Fisioterapia Respiratória	10	13,7
Treino de Equilíbrio	5	6,9
Treino de Marcha	5	6,9

Fonte: Os autores, 2024.

É importante ressaltar que os atendimentos no Centro Especializado em Reabilitação tiveram aumento no período avaliado (77,9%), sendo 230 admissões em 2013 e 1.040 no ano de 2017. Porém, o acesso às vítimas de violência urbana diminuíram no mesmo período (47,4%), sendo 19 admissões em 2013 e 9 admissões em 2017. É evidente que o acesso das vítimas ao serviço de reabilitação perpassa

por carência para suprir as necessidades da população (LIMA; CORREIA; SALIMENE, 2016).

Gráfico 1 – Evolução das admissões do CER III no período 2013 a 2017



Fonte: Os autores, 2024.

Existem poucas instituições especializadas em reabilitação no Brasil vinculadas ao SUS. Os CER's são absolutamente insuficientes e escassos no SUS (MINAYO; DESLANDES, 2009). As autoras relatam que a rede de reabilitação na capital paranaense necessita de maiores investimentos. Por sua vez, a OPAS (2014) reconhece que as pessoas enfrentam obstáculos para conseguir obter acesso aos serviços de reabilitação no Brasil.

CONCLUSÃO

A demora para o encaminhamento das vítimas ao CER é uma realidade apontada neste estudo. Este fato não contribui para a prevenção ou reabilitação das deficiências. A fisioterapia se mostrou essencial para o tratamento das deficiências causadas pela violência urbana, tendo como objetivos principais melhorar a qualidade de vida e aprimorar as habilidades funcionais do paciente para o retorno as atividades do dia a dia.

Dentre as limitações deste estudo apontamos: a violência urbana é um subgrupo das causas externas e muitas vezes é subnotificada pelos serviços de saúde; a coleta de dados em um único serviço; e o período analisado relativamente curto de 5 anos. Estes fatores podem contribuir para não visualizar os desafios enfrentados nos CER's a nível nacional, de toda forma, é possível constatar a importância dos Centros Especializados em Reabilitação no cuidado integral às vítimas de violência urbana.

REFERÊNCIAS

BHAN, G.; SRINIVAS, S.; WATSON, V. **The routledge companion to planning in the global south**. 1. ed. New York: Routledge, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Resumo executivo Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BORELLA, M.P.; SACCHELLI, T. Os efeitos da prática de atividades motoras sobre a neuroplasticidade. **RevNeurocienc**. v. 17, n. 2, [Acessado 12 maio 2024], pp. 161-169, 2009. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/nurociencias/article/download/8577/6111/36086>

FRAGA MAIA, H. *et al.* Factores asociados a La incapacidad funcional global luego de transcurrido um año después del traumatismo craneoencefálico. **Salud Colectiva**. v. 9, n. 3, [Acessado 12 maio 2024], pp. 335-353, 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2013.v9n3/335-352/es>

HIDALGO, D. *et al.* Violência urbana e políticas de segurança: análise em quatro cidades latino-americanas. **EURE (Santiago)**. v. 47, n. 141, p. 165-182, 2021 .

JOSEPH, C. *et al.* Incidence and aetiology of traumatic spinal Cordy injury in Cape Town, South Africa: a propective, population-basedstudy. **Spinal Cord**. v. 53, n. 9, p. 692-696, 2015.

LEMONS, C. A. G.; JORGE, M. T.; RIBEIRO, L. A. Perfil de vítimas e tratamento de lesões por causas externas segundo atendimento pelo Centro de Reabilitação

Municipal de Uberlândia, MG – causas externas e fisioterapia. **Rev Bras Epidemiol.** v. 16, n. 2, p. 482-492, 2013.

LIMA, L. B.; CORREIA, V. D.; SALIMENE, A. C. M. Perfil social do paciente amputado em processo de reabilitação. **Acta Fisiátrica.** v.23, n.2, [Acessado 13 maio 2024], p.57-60, 2016. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/acta_fisiatrica/article/view/137614.

MALTA, D. C. *et al.* Mortalidade de adolescentes e adultos jovens brasileiros entre 1990 e 2019: uma análise do estudo Carga Global de Doença. **Ciência & Saúde Coletiva [online].** v. 26, n. 09, [Acessado 12 maio 2024], pp. 4069-4086, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269>.

MELIONE, L. P.R.; JORGE, M. H.P.M. Morbidade hospitalar por causas externas no Município de São José dos Campos. Estado de São Paulo, Brasil. **Epidemiol. Serv.Saúde**, v. 17, n. 3, [Acessado 06 maio 2024], p. 205-216, 2018. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S167949742008000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da política nacional de redução da morbimortalidade sobre violência e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva [online].** v. 14, n. 05, [Acessado 12 maio 2024], pp. 1641-49, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000500002>.

OMS. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 10 rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. CD53-7 **Plano de ação sobre deficiências e reabilitação.** Washington: OPAS; 2014.

RAPPAPORT, M. *et al.* Head injury outcome up to ten years later. **Arch Phys Med Rehabil.** 1989;70(13):885-92.

RIBERTO, M. *et al.* Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. **Acta Fisiat.** v. 11, n. 2, p. 72-6, 2004.

SILVA, O. T. *et al.* Epidemiologia do tratamento raquimedular de tratado cirurgicamente no Hospital de Clínicas da UNICAMP. **Coluna/Columna.** v. 17, n. 1, p. 55-8, 2018.

SOUZA, R. B. *et al.* Traumatismo cranioencefálico por projétil de arma de fogo: experiência de 16 anos do serviço de neurocirurgia da Santa Casa de São Paulo. **Rev Col Bras Cir.** v. 40, n. 4, [Acessado 8 maio 2024], p. 300-4, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rcbc/a/MJRhPvjBKQf9KsshfrLrT9f/?lang=pt&format=pdf>

SHIEL, *et al.* The effects of increased rehabilitation therapy after brain injury: results of a prospective controlled trial. **ClinRehabil.** v. 15, n. 5, [Acessado 9 maio 2024], p. 501-14, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11594640/>

ADESÃO AO TRATAMENTO NUTRICIONAL DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA - A IMPORTÂNCIA DE UM ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL HUMANIZADO

Samara Terezinha Dalposso
Emilaine Ferreira dos Santos

RESUMO: As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) têm alta prevalência entre os pacientes acompanhados pelas Unidades Básicas de Saúde, no Brasil os números de adultos com hipertensão chegam a 26,3% e cerca de 6,9% têm diabetes mellitus tipo I. São patologias que exigem atenção no acompanhamento com objetivo de controlar a doença, prevenir agravos e garantir a qualidade de vida. Publicações do Ministério da Saúde do Brasil definem diretrizes para o atendimento na Atenção Básica à Saúde, inclusive as ações que podem ser realizadas pelo profissional da nutrição. Com o objetivo de viabilizar a adesão às orientações nutricionais, o profissional responsável deve buscar uma abordagem humanizada, transmitindo confiança e incentivando a autonomia para fortalecer o vínculo entre o profissional de saúde e o paciente. O profissional de nutrição precisa agir de maneira clara, informativa e adaptada a cada pessoa, oferecendo orientações completas para incentivar o paciente a participar ativamente de sua própria saúde, criando planos personalizados que atendam às suas necessidades específicas e, se viável, envolvendo os familiares para garantir uma adesão aos tratamentos.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Básica à Saúde; Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial Sistêmica; Nutrição; Atendimento Humanizado

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o Brasil passa por uma transição demográfica e epidemiológica que é marcada pelo número crescente de pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), e com esse cenário crescem também os desafios em busca da conscientização e prevenção dos seus fatores de risco e agravos. As DCNTs são hoje o grupo de doenças com maior incidência e o maior fator de morbimortalidade no mundo, afetando principalmente populações mais vulneráveis que sofrem maior exposição aos fatores de risco e menor acesso a informações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). No Brasil os números de adultos com hipertensão chegam a 26,3% e cerca de 6,9% têm diabetes mellitus tipo I, em 2019, foram registrados 738.371 óbitos por DCNT no Brasil, sendo uma das principais causas de morte neste ano. Destas, 41,8% ocorreram prematuramente, entre 30 e 69 anos de idade (BRASIL, 2021).

A maioria das mortes prematuras está ligada a fatores de risco modificáveis, tais como obesidade, hábito alimentar inadequado, inatividade física, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, poluição ambiental e saúde mental. Políticas de saúde que criam ambientes propícios para escolhas saudáveis e acessíveis são

essenciais para motivar as pessoas a adotarem e manterem comportamentos saudáveis (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) têm alta prevalência entre os pacientes acompanhados pelas Unidades Básicas de Saúde e constituem um dos principais desafios para os sistemas de saúde pois além da mortalidade, as doenças crônicas apresentam forte carga de morbidades associadas, exigindo um acompanhamento especializado, multidisciplinar e integral.

Ambas as patologias exigem atenção no acompanhamento com objetivo de controlar a doença, prevenir agravos e garantir a qualidade de vida. Os desafios no tratamento, controle e prevenção dessas doenças são vivenciados principalmente na Atenção Básica, onde as equipes têm maior vínculo com a comunidade e onde devem ser respeitadas as individualidades de cada paciente e todas as diversidades desde raciais, religiosas e culturais até os fatores sociais envolvidos. Por isso o Ministério da Saúde preconiza um atendimento multiprofissional, integral do indivíduo, investindo em ações que visam a mudança no estilo de vida que é um fator fundamental no processo terapêutico.

2 OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo analisar as informações coletadas nos documentos públicos disponibilizados pelo Ministério da Saúde e suas diretrizes no cuidado de pacientes com Hipertensão e Diabetes Mellitus tipo 1, tipo 2 e gestacional, principalmente na Atenção Básica à Saúde e visando o papel do profissional de nutrição no atendimento humanizado ao indivíduo.

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo prospectivo descritivo, de caráter documental, que utilizou como fonte de dados, documentos publicados pelo Ministério da Saúde sobre diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica disponível na internet, nos canais governamentais oficiais.

Todos os documentos utilizados no estudo foram lidos em sua totalidade, com coleta sistematizada das seguintes informações: definição da doença, protocolos de tratamento e dados epidemiológicos.

4 RESULTADOS

O excesso de peso é responsável por 58% da incidência do diabetes tipo II, 39% da hipertensão arterial sistêmica e 21% do infarto do miocárdio, segundo a Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003), dados que destacam a importância da alimentação na prevenção e tratamento não medicamentoso.

Ainda sobre a hipertensão arterial sistêmica (HAS), doença que se caracteriza por sua ocorrência multifatorial, causando níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg). Frequentemente é associada às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). No Brasil sua prevalência varia entre 22% e 44% para adultos, já entre indivíduos de 60 a 69 anos os níveis ultrapassam 50% chegando a 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O tratamento medicamentoso é indicado para pessoas com alto risco cardiovascular ou níveis pressóricos no estágio 2 ($PA \geq 160/100$ mmHg) (BRITISH HYPERTENSION SOCIETY, 2008). Geralmente são utilizados dois ou mais anti-hipertensivos, levando em conta a característica multifatorial da doença, são utilizados fármacos de diversas classes com a avaliação da necessidade de cada pessoa a partir da presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo, histórico familiar, idade e gravidez (BRASIL, 2010). Já o tratamento não medicamentoso envolve mudanças no estilo de vida com adoção de hábitos saudáveis como alimentação, controle do peso, prática de atividade física, redução no consumo de álcool e abandono do tabagismo. São mudanças que acompanham o tratamento do paciente por toda sua vida.

O Diabetes Mellitus é considerado uma epidemia mundial, caracteriza-se pela produção insuficiente ou má absorção de insulina, hormônio com função de hidrólise das moléculas de glicose que resultam em energia para o organismo. A doença causa o aumento da glicemia que em altas taxas pode levar a complicações cardiovasculares, arteriais, nos oftalmológicas, renais e nervosas.

A Diabetes Mellitus tipo 1 caracteriza-se pela destruição da célula beta, causando a deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina

necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte. Já a Diabetes tipo 2 apresenta uma deficiência relativa de insulina. A administração de insulina visa controlar o quadro hiperglicêmico, cetoacidose é rara nesses casos. Na maioria dos casos apresenta excesso de peso e resistência à ação da insulina e o defeito na secreção de insulina e o defeito na secreção de insulina manifesta-se pela incapacidade de compensar essa resistência (BRASIL, 2013). Outro tipo de diabetes com alta frequência de diagnósticos é a gestacional, onde a hiperglicemia é diagnosticada na gravidez, geralmente é resolvida no período pós-parto, com possibilidade de retornar anos depois.

O tratamento medicamentoso da Diabetes Mellitus conta com a metformina como medicamento de escolha para a maior parte dos pacientes com diabetes tipo 2, porém o uso apenas desse medicamento não é suficiente para atingir o controle glicêmico em uma grande parcela dos pacientes, quando se torna necessário o uso da sulforniluréia ou insulina noturna.

Alterações de hábitos e mudanças no estilo de vida são de difícil adesão por grande parte dos pacientes acompanhados pelas equipes de atenção primária, dificuldade que pode ser abrandada pela introdução de uma atenção humanizada focada na individualidade e autonomia do paciente. Por isso as estratégias adotadas para o tratamento, principalmente o não medicamentoso, devem construir confiança entre o paciente e o profissional da saúde, devem ser contínuas e educativas com foco nas particularidades culturais, sociais e de valores de cada indivíduo.

A incorporação de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas nas Unidades Básicas de Saúde é uma estratégia com grande impacto nas comunidades, como forma de participação em ações com a população podem ser desenvolvidas estratégias de educação nutricional pelo nutricionista através de grupos, dinâmicas e debates, além de conscientizar os indivíduos sobre uma alimentação adequada, essas ações ainda tem o papel de aproximar o profissional da comunidade em que está realizando o trabalho.

Já na atenção individual podem ser citados a consulta com o nutricionista com a avaliação dos hábitos alimentares através da anamnese, avaliação antropométrica, orientações dietéticas e nutricionais voltadas para as necessidades de cada paciente, com a prescrição e orientação da dieta baseada no diagnóstico clínico,

acompanhamento das mudanças dietéticas e evolução antropométrica. Em todas essas etapas de atendimento o profissional de nutrição deve valer-se dos princípios da atenção humanizada, são diversas oportunidades de criar vínculos, construir confiança e autonomia do indivíduo.

5 DISCUSSÃO

As DCNTs hoje representam grandes desafios para o Sistema Único de Saúde, principalmente para a atenção primária que é a porta de entrada no sistema para o paciente e onde há a maior proximidade com o indivíduo, sua família e a comunidade.

São diversas as ações realizadas pelas equipes de Atenção Básica no cuidado dos pacientes que apresentam o diagnóstico de doenças crônicas, porém a falta de adesão ao tratamento é preocupante, principalmente quando levamos em conta as estratégias de tratamento não medicamentoso, fator fundamental no controle dessas doenças.

A mudança de hábitos é vista com grande resistência pelos pacientes, apesar de ser uma estratégia com eficácia muitas vezes comparada ao tratamento medicamentoso, no Diabetes Mellitus tipo 2 por exemplo, a terapia nutricional pode reduzir a hemoglobina glicada entre 1-2%. Já no caso da hipertensão arterial sistêmica a falta de adesão a uma alimentação saudável, principalmente a redução da ingestão de sódio e o controle de peso, compromete o controle da pressão arterial, mesmo com uso de medicamentos de forma progressiva, enquanto a adesão à uma dieta com alto teor de potássio, cálcio, magnésio e fibras, com redução da quantidade de colesterol e gordura total e saturada tiveram o resultado de reduzir a pressão sistólica de 11,5 mmHg nos indivíduos hipertensos.

Podemos citar como algo que veio a somar na conduta nutricional e é uma estratégia de cuidado na atenção básica a publicação da Alimentação Cardioprotetora Brasileira, dieta desenvolvida com base nas recomendações do Guia Alimentar Para a População Brasileira, com foco em alimentos que protegem a saúde do coração e adaptada da dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) e a dieta do Mediterrâneo para a realidade da população brasileira, respeitando a cultura alimentar

de cada região do país com orientações específicas para indivíduos com algum risco cardiovascular (BRASIL, 2018), a adesão a essa dieta pode resultar em uma redução de até - 3 mmHg auxiliando de forma significativa no controle da pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Levando em consideração a grande incidência de fatores de risco metabólicos como a dislipidemia e obesidade que levam ao desenvolvimento e agravamento das doenças crônicas, o acompanhamento nutricional desde o início do tratamento é essencial para uma mudança de hábitos efetiva pelo paciente, facilitando o controle da doença e prevenindo agravos. A presença de um profissional de nutrição em uma equipe multiprofissional na AB é um fator positivo também na prevenção dessas doenças, através da educação alimentar e conscientização sobre hábitos alimentares saudáveis.

No tratamento contínuo das DCNTs a mudança de comportamento alimentar e nutricional está entre as principais estratégias, destacando o papel do nutricionista nesta área. O profissional de nutrição conta com ferramentas essenciais que contribuem com o tratamento não medicamentoso desses pacientes, entre elas podemos citar a educação nutricional, orientações dietéticas, prescrição de dieta individualizada e acompanhamento, contribui para a adesão a hábitos saudáveis, o desenvolvimento de atitudes com foco na saúde, a desmistificação e a superação de crenças relacionadas a alimentação e o empoderamento do paciente com relação ao seu bem-estar e qualidade de vida.

Para viabilizar a adesão às orientações nutricionais, o profissional responsável deve buscar uma abordagem humanizada, transmitindo confiança e incentivando a autonomia para fortalecer o vínculo entre o profissional de saúde e o paciente. Com acolhimento integral, a escuta ativa e o reconhecimento do indivíduo como um todo. Valorizar a individualidade, faz com que o paciente se torne o protagonista no seu cuidado, criando uma relação de corresponsabilidade que é um incentivo a adesão aos tratamentos.

Um documento que norteia o atendimento humanizado na atenção básica é o HumanizaSUS, ou a Política Nacional de Humanização, que cita:

O trabalho em saúde, seja clínico ou preventivo, objetiva alterar uma situação considerada inadequada; aposta em um dever, em um processo de mudança. Implica, portanto, a intervenção ativa de sujeitos que irão mobilizar recursos para alterar a situação negativa (BRASIL, 2010, Pág. 137).

Explicitando a importância de uma atenção ativa pelo profissional para alterar uma situação ou hábito que é prejudicial para o paciente. Segundo publicado em artigo que contou com a análise dos resultados de pesquisa realizada com 27 mulheres portadoras de hipertensão arterial, com idade entre 45 e 60 anos e cadastradas no Programa de Saúde da Família de Porto Firme, Minas Gerais.

O processo ensino-aprendizagem, como ação que gera "empoderamento", é um aspecto marcante na fala das participantes, que salientaram a importância das estratégias de educação em saúde e nutrição no aumento da percepção de si mesmas, na conscientização e no controle do próprio corpo e na apreensão das questões relativas ao cuidado dietético na HAS (RIBEIRO, 2012, Pág. 274).

Os resultados salientam a importância da educação nutricional no tratamento das pacientes, se sentem os reais sujeitos da situação saúde-doença, capazes de assumirem o papel de protagonistas do seu tratamento. As mulheres entrevistadas ressaltaram a importância da visita domiciliar e atenção individualizada, direcionando as mudanças de acordo com a realidade específica de cada paciente, além de estreitar os laços entre o profissional e o indivíduo pela proximidade com um local onde as pessoas se sentem mais confortáveis e onde expressam suas identidades e sua cultura, nas suas próprias casas.

CONCLUSÃO

O nutricionista deve trabalhar de forma objetiva, educativa, individualizada e com instruções suficientes para que o paciente se torne ativo no processo de autocuidado, desenvolvendo estratégias que atendam as necessidades individuais e, se possível, envolvendo a família para que a adesão seja facilitada. Este é um processo gradativo e contínuo, construído a cada interação, por isso a importância de olhar o paciente de uma maneira holística, com respeito e empatia pelo caminho que

cada um percorre na busca por uma vida mais saudável afim de reduzir agravos e promover uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Alimentação Cardioprotetora. Brasília, DF: Ministério da Saúde (MS), 2018. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_cardioprotetora.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Cadernos de Atenção Básica, nº 37. Estratégias Para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília, DF: Ministério da Saúde (MS), 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao_arterial_sistemica_cab37.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Caderno de Indicadores do Plano de Dant 2021-2030. Brasília, DF: Ministério da Saúde (MS), 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/caderno-de-indicadores-do-plano-de-dant-2021-2030.pdf/view>>.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Cadernos HumanizaSUS - Volume 2 - Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde (MS), 2024. Disponível em: <<https://redehumanizaus.net/acervo/cadernos-humanizaus-volume-2-atenc%cc%a7a%cc%83o-basica/>>.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Diabetes Mellitus. Brasília, DF: Ministério da Saúde (MS), 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/diabetes>>.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Diabetes Mellitus. Brasília, DF: Ministério da Saúde (MS), 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus_cab16.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, DF: Ministério da Saúde (MS), 2013. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20 cuidado pessoas%20 do encas_cronicas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf)>

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília, DF: Ministério da Saúde (MS), 2013. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20 doencas_cronicas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf)>.

BRASIL. Tratamento Hipertensão, DF: Ministério da Saúde (MS), 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hipertensao/tratamento>>.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Método e Dispositivos da PNH. Brasília, DF: Ministério da Saúde (MS), 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizadas/metodo-e-dispositivos-da-pnh>>.

BRASIL. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de Dant). Brasília, DF: Ministério da Saúde (MS), 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br>>.

br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view>.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde (MS), 2006. Disponível em: < <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf> >

BRASIL. Princípios do HumanizaSUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde (MS), 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizadasus/principios-do-humanizadasus>>.

LINCK, C. DE L. et al.. The chronic patient in face of falling ill and the treatment compliance. Acta Paulista de Enfermagem, v. 21, n. 2, p. 317–322, 2008.

RIBEIRO, A. G. et al.. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. Revista de Nutrição, v. 25, n. 2, p. 271–282, mar.

ATENÇÃO DOMICILIAR E OS CUIDADOS COM O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURANA 5ª REGIONAL DE SAÚDE DE 2012 A 2022

Joyce Eliza Mendes Padilha

RESUMO: O envelhecimento populacional é um fenômeno global que demanda uma compreensão mais profunda de como as doenças crônicas impactam a vida da população idosa. À medida que a proporção de idosos continua a crescer, surge a necessidade de reformular os sistemas de saúde para atender as necessidades específicas dessa população em evolução. Essa modalidade de cuidado permite uma intervenção precoce, personalizada e holística, adaptada às necessidades individuais dos idosos, no conforto de seus lares. Sabemos que o envelhecimento populacional também apresenta desafios únicos, especialmente no que diz respeito à gestão de doenças crônicas e à recuperação dos idosos. As políticas públicas voltadas às pessoas idosas vêm ganhando espaço nos debates relacionados à temática por esse motivo foi realizado este estudo utilizando a metodologia integrativa que promoveu a análise de pesquisas relacionadas ao tema, seguindo critérios de inclusão e exclusão descritos na metodologia deste trabalho, com o principal objetivo de entender a importância dos atendimentos domiciliares para idosos, bem como os desafios e benefícios desse tipo de assistência. Concluiu-se após a análise que os atendimentos domiciliares promovem segurança e humanização para os idosos, aproximação e envolvimento da família, profissionais de saúde e pacientes, buscando oferecer uma recuperação efetiva e respeitando as limitações de cada um.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção domiciliar. População. Envelhecimento. Enfermagem, Cuidados.

1 INTRODUÇÃO

O rápido envelhecimento da população faz com que surjam novos desafios para os profissionais que fazem parte dos serviços de saúde. Para melhorar os atendimentos dos pacientes idosos, estratégias de acolhimento e de ampliação de acesso aos serviços de saúde ao idoso são considerados de grande relevância. nesse contexto podemos afirmar que a Atenção Domiciliar (AD) surge como uma ação fundamental para garantir a integridade dos cuidados dos pacientes assistidos (RAMOS et.al.,2021). Para Marque e Bulgarelli (2020), com as visitas domiciliares pode-se notar uma maior aproximação da família com o serviço de saúde, podendo identificar os reais contextos de envelhecimento dos usuários, além das necessidades de cuidados específicos de quem encontra-se vulnerável.

O Programa Melhor em Casa, estruturado pelo Governo Federal e fundamentado pelas portarias GM n° 2029 e n° 2527 de 2011, estabeleceu os SAD e foi responsável por normatizar o credenciamento de estabelecimentos de saúde com oferta de serviço de AD. Essa iniciativa constituiu uma tentativa de ampliar as equipes de AD nos municípios, com a prerrogativa do cuidado no domicílio, articulando-os com os pontos da rede de atenção à saúde de modo a expandir a desospitalização e a integralidade do cuidado (BRASIL, 2013). É na visita domiciliar que se identificam

reais contextos de envelhecimento dos usuários, necessidades de cuidados paliativos, da identificação de fatores de resiliência, bem como da identificação das relações familiares importantes no processo de cuidado em saúde (MARQUES;BULGARELLI, 2020).

2 OBJETIVO

Entender a importância dos atendimento domiciliares para idosos, bem como os desafios e benefícios desse tipo de assistência.

3 MÉTODO

Realizou-se revisão integrativa da literatura a partir da pergunta norteadora: qual a importância do profissional de enfermagem que atua na realização dos atendimentos domiciliares de pessoas idosas? Este tipo de revisão constitui método de pesquisa para elaboração de síntese de conhecimento produzido por estudos já publicados e possibilita obter conclusões sobre determinado objeto de estudo ou temática, subsidiando a tomada de decisão nas práticas diárias, além de apontar lacunas no conhecimento que devem ser preenchidas com novas pesquisas (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa compreende as seguintes etapas: 1) estabelecimento do problema (definição do tema da revisão em forma de questão ou hipótese primária); 2) seleção da amostra, após definição dos critérios de inclusão; 3) caracterização dos estudos (definem-se as características ou informações a serem coletadas dos estudos, por meio de critérios claros, norteados por instrumento); 4) análise dos resultados (identificando similaridades e conflitos); 5) apresentação e discussão dos achados (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Realizou-se a busca de artigos, publicados nos anos de 2015 até o ano de 2023 indexados nas bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde); SciELO – Scientific Electronic Library Online (Biblioteca Científica Eletrônica On-line), Repositório Institucional da UFJF. A escolha destas bases de dados foi definida por incluir material técnico-científico conceituado nas áreas da saúde em contexto nacional. Os descritores utilizados para busca foram: Atenção domiciliar, população, envelhecimento, enfermagem, cuidados. Adotaram-se como

critérios de inclusão artigos indexados nas bases de dados, no período de 2015 a 2023, em língua portuguesa incluindo os de revisão, desde que completos e com resumos, de livre acesso ou por meio das bases de Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, dados no Portal de Periódicos da CAPES, assim como deveriam responder à pergunta norteadora.

Para seleção dos artigos, realizou-se uma primeira análise dos títulos e resumos, sendo então excluídos aqueles que não se relacionavam com o objeto de estudo; seguiu-se com a segunda análise, a partir da leitura na íntegra dos artigos que se aproximaram em responder à pergunta norteadora, o que possibilitou definir a amostra final. Os artigos incluídos na revisão foram classificados conforme os níveis de evidência(SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quadro 1- Caracterização da amostra de artigos sobre Atenção Domiciliar e os cuidados com o envelhecimento populacional, segundo título, autores, ano e periódico publicado, métodos.

Título	Autores	Ano	Periódico publicado	Métodos
Idosos vinculados a atenção domiciliar da atenção primária à Saúde: Caracterização, Morbidades e acesso aos serviços	RAMOS, Gilmara; PREDEBON, Mariane Lurdes; DAL PIZZOL, Fernanda Laís Fengler; SOARES, Juana Vieira; PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi; ROSSET, Idiane	2021	Cogitare enferm	Estudo transversal analítico
Os sentidos da atenção domiciliar no cuidado ao idoso na finitude: a perspectiva humana do profissional do SUS	MARQUES, Fernanda Pasquetti; BULGARELLI, Alexandre Fávero	2020	Ciênc. saúde coletiva	É um estudo com abordagem teórico-metodológica qualitativa.
Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores	WACHS, Louriele Soares; NUNES, Bruno Pereira; SOARES, Mariangela Uhlmann; FACCHINI, Luiz	2016	Cad. Saúde Pública	Estudo epidemiológico transversal de base populacional,

associados	Augusto; THUMÉ, Elaine			
Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador.	CECCON, R; F; SOARES, K.G.; VIEIRA, L.J.L.; JUNIOR, C.A.S.G; MATOS, C. C. S.A.; PASCOAL, M.D.H.A.	2021	Ciênc. Saúde Colet.	Estudo qualitativo realizado em oito municípios brasileiros no ano de 2019. Participaram da pesquisa 190 sujeitos, cujas informações foram coletadas por meio de entrevistas semiestruturadas e analisadas através do marco teórico da Hermenêutica Dialética
Desafios da Enfermagem no Programa Melhor em Casa: relato de experiência	SANTOS, J. F. .; ROCHA, R. M. .; COSTA, P. A. D. .; SQUARCINI, C. F. R. .	2022	Research, Society and Development,	Estudo de caso

Fonte: autora (2024)

Em relação aos estudos do Quadro 1, onde foram analisados os dados Títulos, autores, ano de publicação, periódico publicado e métodos usados pode-se chegar aos seguintes resultados: No que se refere ao título, pode-se notar que existe um maior interesse em relação aos cuidados com as pessoas idosas, isso se deve ao envelhecimento populacional que avança mais a cada ano em nosso país. Conforme Ramos et.al. (2021), o envelhecimento populacional vem ocorrendo de forma rápida, decorrente da redução das taxas de fecundidade e de mortalidade. Marque e Bulgarelli (2020), afirmam que o envelhecimento populacional brasileiro demanda investimentos na construção de novas formas de cuidados prolongados no domicílio.

Os autores e os estudos, foram realizados na região sul do país que segundo dados do IBGE é uma das regiões que mais contém pessoas idosas que utilizam os programas de saúde do governo. Quanto ao ano de publicação, os estudos que

participaram da pesquisa são recentes, o que comprova a necessidade de explorar ainda mais esse tema, e ampliar a literatura na comunidade científica.

Quadro 2- Caracterização da amostra de artigos sobre Atenção Domiciliar e os cuidados com o envelhecimento populacional, segundo objetivos, principais resultados, conclusões e principais cuidados.

Artigo/Referência (ano)	Objetivo	Principais Resultados	Conclusões
RAMOS, G; PREDEBON, M. L.; DAL PIZZOL, F.L.F; SOARES, J.V.; PASKULIN, L.M.G.I; ROSSET, I. Idosos vinculados à atenção domiciliar primária à saúde: caracterização, morbidades e acesso aos serviços. 2021.	Analisar idosos que recebem Atenção Domiciliar da Atenção Primária quanto às variáveis sociodemográficas, morbidades e acesso aos serviços de saúde por sexo e faixa etária	A média de idade foi de 82,8 anos e predominou o sexo feminino. A maioria dos idosos mais velhos estudou de zero a quatro anos e era viúva. Dentre as morbidades, a hipertensão prevaleceu e a artrose apresentou associação significativa com o sexo feminino ($p=0,004$). Em relação ao acesso, as mulheres recebiam visita domiciliar com menor frequência ($p=0,033$).	Por meio desses dados poderão subsidiar a implementação de intervenções, além de identificar possíveis melhorias nessa modalidade de atendimento
MARQUES, F.P.; BULGARETTI, A. F. Os sentidos da atenção domiciliar no cuidado ao idoso na finitude: a perspectiva humana do profissional do SUS. 2020.	Compreender os sentidos da atenção domiciliar no escopo das ações da atenção primária no cuidado a estes idosos pela perspectiva do profissional da saúde do SUS.	A atenção domiciliar ao idoso como algo angustiante, porém efetivo e gerador de processos humanos de confiança e articulações coletivas para o cuidado em respeito a condição outro	possibilitou um norte para que os gestores da atenção primária reflitam sobre o quão importante, necessário e angustiante é a realização de atenção domiciliar nas realidades brasileiras
WACHS, L.NUNES, B. P.; SOARES, M. U. FACCHINI, L. A; THUMÉ, E. Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. 2016	Identificar a prevalência do recebimento de atenção domiciliar entre os idosos brasileiros e sua associação com os fatores demográficos, socioeconômicos, condições de saúde e utilização de serviços de saúde	Os resultados destacam a maior utilização da assistência domiciliar por idosos mais vulneráveis. Esse achado indica uma contribuição da assistência domiciliar à promoção da equidade na atenção à saúde no país, principalmente em decorrência da expansão da Estratégia Saúde da Família	A atenção domiciliar em sua moderna concepção é uma poderosa ferramenta de gestão em saúde, portanto, é fundamental continuarmos a estudá-la, discuti-la e aperfeiçoá-la, ampliando assim, o seu atendimento a diversas patologias e

			beneficiando um número cada vez maior de pessoas.
CECCON, R; F; SOARES, K.G.; VIEIRA, L.J.L.; JUNIOR, C.A.S.G; MATOS, C. C. S.A.; PASCOAL, M.D.H.A. Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador.	Analisar o cuidado dispensado ao idoso dependente e seus cuidadores no âmbito da Atenção Primária à Saúde.	Foram identificados problemas no acesso, na atenção domiciliar, na rede de atenção à saúde e no trabalho interprofissional. As equipes ofertam práticas sob a lógica do modelo biomédico e centradas no profissional médico, embora tenham sido identificadas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças	Há necessidade de qualificar a APS e ampliar o escopo de práticas, incorporando núcleos de saberes que não estão tradicionalmente inseridos nas equipes. Além do mais, é fundamental o fortalecimento do papel do Estado e a criação de políticas públicas específicas para os idosos dependentes e seus cuidadores.
SANTOS, J. F. .; ROCHA, R. M. .; COSTA, P. A. D. .; SQUARCINI, C. F. R. . Desafios da Enfermagem no Programa Melhor em Casa: relato de experiência, 2022	Descrever a experiência de uma enfermeira sobre a segurança do paciente atendido pelo Programa Melhor em Casa (PMC) de um município do litoral sul da Bahia apontando as potencialidades e os desafios encontrados	Oportuniza um cuidado mais humanizado e seguro.	Concluiu-se que o PMC oportuniza um cuidado mais humanizado por estar no lar, mas pode apresentar fragilidade uma vez que utiliza adaptações dos protocolos hospitalares, exigindo da enfermagem maior atenção ao cuidado para garantir a segurança do paciente

Fonte: autora (2024)

Em relação aos objetivos dos estudos, todos estão relacionados aos cuidados e atenções dispensadas aos idosos durante o atendimento domiciliar. Nota-se também que os pesquisadores mencionam em seus estudos as dificuldades encontradas pelos profissionais na realização dos atendimentos, Para Marques e Bulgarelli (2020), Ceccon et.al(2021) afirma que durante as visitas é possível identificar os reais contextos de envelhecimento dos usuários, necessidades de

cuidados paliativos, da identificação de fatores de resiliência, bem como da identificação das relações familiares importantes no processo de cuidado em saúde.

Dentre os principais resultados encontrados nos estudos destacam-se a humanização do atendimento, a participação da família no processo de cuidados e atenção com os idosos. Para Wachs et.al.(2016), a atenção domiciliar teria o potencial de ampliar o acesso aos serviços dos idosos com incapacidades, humanizar o cuidado e fortalecer o vínculo das equipes de saúde com a população.

Ao analisar as conclusões nota-se nos estudos que os mesmo conseguiram atingir seus objetivos servindo para nortear os trabalhos, conhecer a realidade dos idosos que fazem parte desses atendimentos e também humanização dos atendimentos, mesmo tendo que adaptar protocolos para promover o conforto e segurança dos idosos. Ramos et.al.(2021). Santos et.al.(2022),Ceccon et.al(2021), Marques e Bulgarelli(2020) afirmam que a fragilidade dos idosos pode ser amenizada promovendo medidas de conforto recebendo tais cuidados em casa por profissionais preparados e sensibilizados.

Sendo assim, é possível destacar com os estudos analisados que o sistema de saúde brasileiro atende a uma população com diversidade socioeconômica, exigindo decisões eficazes perante problemas de saúde complexos. Para auxiliar no planejamento das ações de saúde, a necessidade de informações sobre a prevalência dos problemas de saúde, a cobertura da assistência prestada e a satisfação dos usuários são cada vez mais valorizadas

CONCLUSÃO

Conclui-se com este estudo que a Atenção Domiciliar nos dias atuais é um importante modelo de organização de cuidados utilizados pelo sistema SUS. quando bem implantado, traz a possibilidade de transformação das práticas de saúde no sentido de uma assistência comprometida com a criação de vínculo entre equipe, o idoso e seu cuidador ou família, com o acolhimento, a humanização e o desenvolvimento de corresponsabilidade.

Conclui-se também que existem vários desafios a serem superados para a viabilização do cuidado integral e voltado às necessidades da pessoa idosa. Dentre eles, a AD enquanto substitutiva para a mudança do modelo hospitalar e como

possibilidade de evitar a institucionalização, garantindo desse modo que permaneça o maior tempo possível em seu domicílio, garantido maior segurança e estabilidade para o paciente contribuindo para sua pronta recuperação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Domiciliar. Brasília: **Ministério da Saúde**, v. 2. 2013. Disponível em : https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf

CECCON, R; F; SOARES, K.G.; VIEIRA, L.J.L.; JUNIOR, C.A.S.G; MATOS, C. C. S.A.; PASCOAL, M.D.H.A. Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. **Ciênc. Saúde Colet.** 26 (01) • Jan 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Jh377DRYXCQwKQnTVjxvVPp/?format=pdf&lang=pt>

MARQUES, F.P.; BULGARETTI, A. F., Os sentidos da atenção domiciliar no cuidado ao idoso na finitude: a perspectiva humana do profissional do SUS. **Ciênc. saúde coletiva** 25 (6) 03 Jun 2020Jun 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2020.v25n6/2063-2072/pt> Acesso em: Maio/2024.

MENDES, K. D.; SILVEIRA, R. C.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Rev. Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

SANTOS, J. F. .; ROCHA, R. M. .; COSTA, P. A. D. .; SQUARCINI, C. F. R. . Desafios da Enfermagem no Programa Melhor em Casa: relato de experiência. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 4, p. e17311427242, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i4.27242. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/27242>. Acesso em: 18 maio. 2024.

RAMOS, G; PREDEBON, M. L.; DAL PIZZOL, F.L.F; SOARES, J.V.; PASKULIN, L.M.G.I; ROSSET,I. idosos vinculados à atenção domiciliar da atenção primária à saúde: caracterização, morbidades e acesso aos serviços. **Cogitare enferm.** 2021, v26:e73818. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/h5Prc7KX4tsZRmfYDG9Xshn/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: Maio/2024.

SANTOS, J. F. .; ROCHA, R. M. .; COSTA, P. A. D. .; SQUARCINI, C. F. R. . Desafios da Enfermagem no Programa Melhor em Casa: relato de experiência. **Research,**

Society and Development, [S. l.], v. 11, n. 4, p. e17311427242, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i4.27242. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/27242>. Acesso em: 18 maio. 2024.

SOUZA, M. T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Rev. Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010.

WACHS, L.; NUNES, B. P.; SOARES, M. U.; FACCHINI, L. A; THUMÉ, E. Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32(3):e00048515, mar, 2016. Disponível: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BRMgtbjG85DmCg3ZDzW99GD/?format=pdf&lang=pt>

ATUAÇÃO DA EQUIPE ODONTOLÓGICA NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Gabriele Silva de Farias
Camila Rafaela dos Santos Silva
Ivysom Guilherme da Silva Cabral
Rogéria Sandra Tenório Ferro Cursino

RESUMO: O atendimento odontológico domiciliar é altamente eficaz, pois contribui para o bem-estar e a qualidade de vida dos pacientes. Ele tem como objetivo melhorar a saúde geral, diminuindo o número de infecções orais e sistêmicas, reduzindo custos ao prevenir essas infecções, e diminuindo a mortalidade e comorbidades, dado que a cavidade oral é uma porta de entrada para muitos microrganismos. O tratamento odontológico em domicílio oferece um atendimento humanizado a pacientes dependentes (idosos, portadores de doenças crônicas, pessoas com deficiência, entre outros) que não podem se deslocar até um consultório odontológico, com o cirurgião-dentista indo até o paciente. O presente estudo visa analisar e avaliar a atuação da equipe odontológica no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) da Vitória de Santo Antão - PE, com o intuito de identificar os impactos na saúde bucal e na qualidade de vida dos pacientes atendidos, bem como a eficiência e eficácia do modelo de atenção domiciliar implementado. Em média, são realizados 35 procedimentos odontológicos mensais, facilitados pela aquisição de um consultório portátil. Isso permite a realização de tratamentos diretamente na residência dos pacientes, reduzindo a necessidade de transporte até unidades básicas de saúde (UBS) ou centros de especialidades odontológicas (CEO). A experiência adquirida demonstrou claramente a contínua necessidade da presença do cirurgião-dentista no ambiente domiciliar, integrado à equipe multiprofissional que atua no SAD.

PALAVRAS-CHAVE: Atendimento Domiciliar; Consulta em Domicílio; Odontologia Integrativa.

1 INTRODUÇÃO

Na América do Norte e na Europa, em meados da década de 1940, observou-se um aumento significativo dos Serviços de Atenção Domiciliar (SADs) devido ao rápido envelhecimento da população. O objetivo era manter os idosos assistidos em casa durante o maior período possível de tratamento e reabilitação. No Brasil, esse crescimento tornou-se mais acentuado na década de 1990, impulsionado pelo aumento das doenças crônicas e incapacitantes em diversas faixas etárias e pela elevação da expectativa de vida (Nery BLS et al., 2018).

Foi apenas em 2011 que o SAD foi formalizado pela Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD), integrando a Rede de Urgência e Emergência (RUE) através do "Programa Melhor em Casa". Essa modalidade assistencial complementa ou substitui o cuidado hospitalar, destacando-se como uma estratégia eficaz para reduzir custos por meio da desospitalização, minimizar o risco de infecções secundárias e reinternações, promover uma assistência humanizada por ser realizada no lar e fortalecer a autonomia e a confiança do paciente e da família, mudando o

paradigma de cuidados hospitalares para a atenção contínua domiciliar (Castor C et al., 2018).

O atendimento domiciliar engloba um conjunto de ações voltadas ao cuidado individual, familiar e comunitário, sendo uma estratégia educativa e assistencial de saúde. Seu objetivo é apoiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos vulneráveis e no planejamento de ações coletivas. Caracteriza-se pelo atendimento domiciliar realizado por profissionais de saúde, estabelecendo um plano assistencial focado na promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde, especialmente para pessoas dependentes (Braga EC et al., 2011).

A Atenção Domiciliar em Saúde Bucal enfatiza a promoção da saúde oral e a prevenção de doenças bucais, além de possibilitar a realização de procedimentos odontológicos na casa do paciente. Esse cuidado amplia a autonomia e a corresponsabilidade do cuidado entre paciente e cuidador (Matos GCM et al., 2014).

O atendimento odontológico domiciliar é considerado eficaz, pois melhora o bem-estar e a qualidade de vida do paciente. Ele visa melhorar a saúde geral do paciente, reduzindo o número de infecções orais e sistêmicas, diminuindo os custos ao prevenir essas infecções, e reduzindo a mortalidade e comorbidade, já que a cavidade oral é uma porta de entrada para diversos microrganismos. O tratamento odontológico em casa proporciona um atendimento humanizado a pacientes dependentes (idosos, portadores de doenças crônicas, pessoas com deficiência, entre outros) que não podem se deslocar até um consultório odontológico, com o cirurgião-dentista se deslocando até o paciente (Mesas AE; Trelha CS; Azevedo MJ, 2008).

A atuação da equipe odontológica no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é essencial para proporcionar um atendimento de saúde bucal integral e humanizado a pacientes que, por diversas razões, encontram-se impossibilitados de se deslocarem até um consultório odontológico. Entre esses pacientes estão idosos, portadores de doenças crônicas, pessoas com deficiência e aqueles em estado paliativo, que necessitam de cuidados especializados e contínuos. A inclusão de uma equipe odontológica no SAD permite a oferta de um cuidado personalizado, ajustado às necessidades individuais de cada paciente, o que é fundamental para a manutenção da saúde bucal e geral.

Além disso, a saúde bucal está intrinsecamente ligada à saúde sistêmica, influenciando e sendo influenciada por diversas condições médicas. Portanto, o atendimento odontológico domiciliar contribui significativamente para a prevenção e controle de doenças bucais que podem agravar comorbidades, como diabetes, doenças cardiovasculares e respiratórias. Esse cuidado integrado não apenas melhora a qualidade de vida dos pacientes, mas também ajuda a reduzir complicações e hospitalizações, promovendo uma abordagem preventiva e menos onerosa para o sistema de saúde.

2 OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo analisar e avaliar a atuação da equipe odontológica no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município de Vitória de Santo Antão - PE, com o intuito de identificar os impactos na saúde bucal e na qualidade de vida dos pacientes atendidos, bem como a eficiência e eficácia do modelo de atenção domiciliar implantado.

3 DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Atualmente, no município de Vitória de Santo Antão, há uma única equipe EMAD (Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar) atendendo 90 pacientes em internamentos domiciliares. Esta equipe oferece serviços de nutrição, medicina, psicologia, assistência social, fisioterapia, fonoaudiologia, enfermagem, técnicos em enfermagem e odontologia.

O atendimento odontológico no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) ocorre mensalmente. Inicialmente, após a desospitalização do paciente, é realizada uma anamnese detalhada, permitindo a elaboração de um plano de tratamento personalizado, levando em consideração a complexidade e comorbidades de cada paciente, em colaboração com a equipe multiprofissional. Esta avaliação minuciosa considera relatos históricos, uso de medicações e possíveis alergias relacionadas à odontologia. Todos os pacientes são atendidos de forma integral, biopsicossocial, com verificação de sinais vitais antes de quaisquer procedimentos.

Em média, são realizados 35 procedimentos odontológicos por mês, facilitados pela aquisição de um consultório portátil. Isso permite a realização de tratamentos

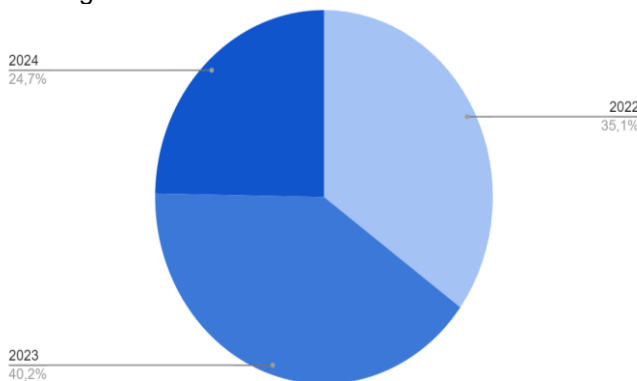
diretamente na residência dos pacientes, diminuindo a necessidade de transporte até Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

O consultório portátil é composto por cadeira odontológica, alta rotação, micromotor, sugador, seringa tríplice, fotopolimerizador, foco, luzes auxiliares (como luzes de celulares), instrumentos esterilizados e insumos. Com esses recursos, é possível realizar restaurações, extrações, profilaxia, raspagem subgengival e supragengival, além de avaliações de problemas estomatológicos. Estes procedimentos ajudam a reduzir focos de infecção e lesões orais, proporcionando maior conforto e minimizando complicações decorrentes da cavidade oral, garantindo a continuidade do cuidado no conforto do lar.

Pacientes que não se alimentam por via oral e aqueles com sequelas graves apresentam uma quantidade considerável de secreção oral devido à ausência de deglutição. Esses pacientes tendem a desenvolver placas nos lábios e superfícies dentárias, aumentando a necessidade de exodontias, raspagens, tratamento de candidíase oral e controle de cáries. Para garantir a continuidade do cuidado com a higiene oral diária, é realizada a capacitação dos cuidadores, ensinando-os a realizar a higienização com escova, creme dental e, quando necessário, clorexidina 0,12%.

O gráfico a seguir apresenta o número de atendimentos realizados desde a inclusão do cirurgião-dentista no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Em 2024, os dados referem-se ao primeiro quadrimestre. Em 2022, foram realizados aproximadamente 176 atendimentos odontológicos, representando 35,1% do total. Em 2023, houve cerca de 202 atendimentos, correspondendo a 40,2%. Nos primeiros quatro meses de 2024, foram realizados 124 atendimentos, totalizando 24,7%.

Figura 01 - Percentual de atendimentos anuais



A reprodutibilidade das experiências no contexto do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é fundamental para garantir que os benefícios obtidos em determinado contexto possam ser replicados em outras situações. No âmbito da saúde bucal, isso implica na capacidade de reproduzir os cuidados odontológicos personalizados oferecidos aos pacientes domiciliados em diferentes contextos e regiões. Ao estabelecer diretrizes claras, protocolos padronizados e capacitação adequada da equipe de saúde bucal, torna-se possível garantir a consistência e qualidade dos cuidados prestados, independentemente do local de atendimento. Dessa forma, a reprodutibilidade das experiências no SAD contribui para ampliar o alcance dos serviços odontológicos domiciliares e promover a saúde bucal de forma abrangente e efetiva em todo o sistema de saúde.

Além disso, ao adaptar os tratamentos para atender às necessidades específicas de cada indivíduo, incluindo aqueles com condições de saúde complexas, como comorbidades, o SAD garante uma assistência completa e integrada, contribuindo para a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde bucal.

CONCLUSÃO

A experiência adquirida destacou a contínua necessidade da presença do cirurgião-dentista no ambiente domiciliar, integrado à equipe multiprofissional que atua no SAD. O estudo evidenciou a colaboração interdisciplinar no cuidado domiciliar, ressaltando a importância crucial do cirurgião-dentista e os desafios específicos enfrentados ao realizar atendimentos fora do ambiente hospitalar ou de um consultório odontológico. Os tratamentos realizados à beira do leito reduzem os agravos de saúde bucal, humanizando o atendimento e melhorando a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares.

As visitas domiciliares proporcionaram uma visão aprofundada sobre a relevância do deslocamento do profissional até o paciente, contrastando com as consultas convencionais em consultório. Ademais, tornou-se evidente a importância das orientações sobre higiene bucal e cuidados preventivos, assim como o estímulo ao autocuidado tanto dos pacientes quanto dos cuidadores. Essas interações humanizaram a assistência odontológica domiciliar e fortaleceram os laços entre

profissionais de saúde e famílias, contribuindo significativamente para a melhoria da qualidade de vida de todos os envolvidos no processo.

REFERÊNCIAS

Nery BLS et al. Características dos serviços de atenção domiciliar. **Rev. Enferm. UFPE on line.** 2018;12(5):1422-9. <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a230604p1422-1429-2018>

Castor C et al. A possibility for strengthening family life and health: Family members' lived experience when a sick child receives home care in Sweden. **Health Soc Care Community.** 2018;26(2):224-31. <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12512>
PMid:29094475.

Braga EC et al. Intervenção odontológica domiciliar em paciente idoso cego institucionalizado: relato de caso. **Rev Paul Odontol.** 2011;33(2):17-22.

Matos GCM et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciênc Saúde Coletiva.** 2014;19(2):373-82.

Mesas AE, Trelha CS, Azevedo MJ. Saúde bucal de idosos restritos ao domicílio: estudo descritivo de uma demanda interdisciplinar. **Physis** 2008;18(1):61-75.

AVALIAÇÃO E COMPARAÇÃO DA CAPACIDADE PULMONAR DE IDOSOS PROVENIENTES DE DOIS BAIROS GUARAPUAVANOS

Isabella Cristina Chiamolera
Verônica Silva Furlani
Yasmin Zani Magro
Angela Dubiela Julik
Patrícia Pacheco Tyski Suckow

50

RESUMO: Os projetos de extensão “Integração Medicina-Fisioterapia”, “Viver Bem”, e a proposta de pesquisa “Longevidade x Fragilidade: investigando os pilares do bem-estar do idoso” se mostraram benéficos à formação na área da saúde e consagraram-se como estratégias de estudo e integração dos estudantes com a comunidade. Tendo em vista o aumento expressivo no número de idosos brasileiros, esse foi o público escolhido como alvo dessas ações. Através de testes e avaliações, projeto dedicou-se a conhecer aspectos intrínsecos de cada idoso, com o objetivo de melhor compreender as demandas individuais de cada participante. Metodologia: Participam dos projetos 58 idosos guarapuavanos, provenientes de dois grupos distintos – as paróquias dos bairros Morro Alto e Santa Cruz. Uma vez que autonomia e funcionalidade dos idosos sofre um impacto significativo no envelhecimento pulmonar, realizou-se a avaliação da função pulmonar dos participantes, por meio da espirometria. Resultados: A idade média da amostra foi de $68,4 \pm 6,5$ anos. A relação VEF1/CVF estava diminuída em 43% dos participantes, o que é sugestivo de um padrão respiratório obstrutivo. 5% deles eram fumantes e 33% tinha diagnóstico prévio de covid-19. Os dados da avaliação foram então estratificados de acordo com os grupos a que pertenciam esses participantes. A ausência dos fatores de risco convencionais frente aos resultados encontrados foi discutida. As diferenças encontradas entre os dois grupos foram analisadas e hipóteses que justificariam tais divergências foram levantadas. Conclusão: A alta prevalência de doença pulmonar crônica foi atribuída ao uso do fogão a lenha. A desigualdade na renda entre os dois grupos foi responsabilizada pelas diferenças entre os participantes de cada bairro foram evidenciadas na pesquisa. Além disso, a associação entre a Extensão e a Pesquisa mostrou-se capaz de aproximar a própria universidade, seus acadêmicos e da comunidade em que esses estão inseridos, trazendo benefícios não apenas na formação dos alunos como também colaborando para a melhora na qualidade de vida dos idosos participantes.

PALAVRAS-CHAVE: envelhecimento; capacidade pulmonar; extensão.

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o envelhecimento é um processo individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico e dinâmico que está atrelado a fatores psíquicos, sociais e biológicos de deterioração de um organismo (OPAS, 2024). No Brasil, de acordo com o Censo Demográfico de 2022, a população idosa com mais de 65 anos representa aproximadamente 11% da população, enquanto que no censo passado, em 2010, essa população representava 7,4%. Sendo assim, entre esses doze anos, houve um aumento de 57,4% no número de idosos do país, ao passo que a população com menos de 14 anos representava 24% em 2010 e 20% em 2022. Dessa forma, torna-se evidente que a população nacional está envelhecendo. (GOMES, 2023).

Sendo assim, destaca-se a importância destacar essa faixa etária populacional para as políticas públicas. Para isso, dois grandes erros devem ser evitados. Em princípio, não se deve acreditar que todas as alterações que ocorrem com o idoso seja inerente ao seu envelhecimento natural, haja vista que isso pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas patologias. Além disso, não se deve tratar o envelhecimento como doença, a partir de exames e tratamentos desnecessários (BERGER, 1995).

Com isso, é interessante destacar a importância da Extensão Universitária, elo entre a universidade e a sociedade, para a promoção da saúde na população idosa. A Extensão é uma forma de estimular a oportunidade de ensinar e aprender para além do espaço tradicional, que seria a sala de aula, sendo através dela que a universidade pode participar do contexto social local e auxiliar a fomentar novas transformações na sociedade (GARCIA, 2013).

Ademais, vale evidenciar a notoriedade da interdisciplinaridade no contexto extensionista, sobretudo para alcançar a longitudinalidade e a integralidade do cuidado na população idosa. Desse modo, as intervenções interprofissionais de saúde trazem melhores resultados aos pacientes, como maior segurança da medicação, redução do período de internação, uma vez que permite um melhor diálogo entre as habilidades interpessoais de cada profissional da saúde, como também suas habilidades de trabalho em equipe. Por isso, o trabalho multiprofissional permite a troca de experiências na percepção de uma abordagem integral e resolutiva,

permitindo o planejamento de ações de saúde mais competentes (ZWARENSTEIN, GOLDMAN e REEVES, 2009).

Dessa forma, visando sanar os obstáculos enfrentados pela população idosa e abranger a estratégia da extensão universitária frente ao ensino tradicional, surgiu o Projeto Integração Medicina-Fisioterapia, uma proposta extensionista que almeja associar o ensino, pesquisa e extensão a partir de perspectiva multidisciplinar e interprofissional.

Diante disso, com o objetivo de incluir a extensão à formação acadêmica médica, surge o Projeto Viver Bem, sob coordenação do departamento de medicina da Universidade Estadual do Centro-Oeste (Unicentro) e com participação dos alunos de medicina e fisioterapia, buscando solucionar os problemas pertencentes a essa população. Sendo assim, a interdisciplinaridade alcançada a partir da inclusão desses acadêmicos possibilitou o surgimento da proposta de pesquisa “Longevidade x Fragilidade: investigação dos pilares do bem-estar do idoso”, aprovado sob o parecer 6.274.638 no COMEP, que busca obter informações detalhadas sobre diferentes aspectos da vida e saúde dos idosos participantes.

Sabe-se que o envelhecimento é marcado por transformações que afetam as funções biológicas, fisiológicas, cognitivas e sociais do indivíduo. À vista disso, o propósito da ação é não apenas entender as bases do envelhecimento saudável, mas também explorar quais aspectos da vida e saúde desses idosos ainda podem ser melhorados, a fim de superar possíveis empecilhos à qualidade de vida dessa população (MARQUEZ et al., 2019).

Assim, pesquisas têm retificado significativas associações entre a capacidade funcional e os diferentes indicadores socioeconômicos. Em países como o Brasil, mantenedor de profundas desigualdades socioeconômicas é imprescindível monitorar e entender o papel da renda no envelhecimento. Além disso, é importante mensurar a dimensão das possíveis desigualdades, considerando as atividades diárias dos diferentes grupos sociais, bem como as atividades específicas que são mais afetadas pela disparidade de renda (CASTRO, 2016).

Da mesma forma que outros aspectos da individualidade humana, o envelhecimento pulmonar é heterogêneo, assim como as diferentes mudanças cronológicas e fisiológicas de cada indivíduo. Calcula-se que não fumantes saudáveis

perdem 30 mL de seu volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) por ano após os 30 anos. O desgaste pulmonar está relacionado ao aumento do volume residual, redução do recuo elástico do pulmão, que é responsável pela diminuição da VEF1 e da capacidade vital forçada (CVF), além da redução da complacência da parede e força dos músculos respiratórios (SKLOOT, 2017).

Dessa maneira, acredita-se que essas mudanças sejam relevantes não apenas na troca dos gases, mas também na prática de exercícios físicos e na independência funcional dos idosos.. Nesse cenário, estabelecer programas de treinamento muscular respiratório seria uma estratégia eficiente e de baixo custo, a qual os idosos participantes do projeto podem se amparar (FONSECA et al., 2010).

2 OBJETIVO

Por meio da interdisciplinaridade, o objetivo do presente trabalho é investigar e analisar os aspectos da saúde pulmonar de idosos guarapuavanos pertencentes às associações pastorais de idosos partícipes e relacioná-los com patologias, fatores de risco fisiológicos e índices socioeconômicos.

3 MÉTODO

A ação extensionista, juntamente com a proposta de pesquisa, teve como público-alvo idosos guarapuavanos, entre 54 e 84 anos, ativos e inativos, separados em 2 grupos distintos: participantes da Paróquia São Luiz Gonzaga, localizada no bairro Morro Alto, participantes da Paróquia Santa Cruz, localizada no bairro de mesmo nome. A associação dos idosos pertencentes às Paróquias com os acadêmicos se deu por intermédio do projeto de extensão Viver Bem. Ao fim, avaliaram-se 43 idosos de ambos os sexos.

Para a avaliação da capacidade respiratória de cada participante, utilizou-se a espirometria como método de teste da função pulmonar. Para tal, empregou-se o espirômetro Spirobank II com as seguintes variáveis: volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF1) e a capacidade vital forçada (CVF). No decorrer da avaliação, orientou-se aos participantes que se acomodassem sentados e que realizassem a expiração e inspiração apenas pela boca, através de um bocal

descartável, o qual estava conectado ao espirômetro, e com o auxílio de um clipe acoplado no nariz, a fim de que não houvesse entrada ou extravasamento de ar.

Por conseguinte, foi solicitado que cada participante inspirasse profundamente, seguida de uma expiração rápida e forçada, procedimento repetido por três vezes (FONSÊCA; CORREIA; RAPOSO, 2021). Ao final, cada participante teve seu padrão de respiração classificado a partir de pontos comparativos entre seu melhor desempenho e cada variável analisada, além da razão FEV1/CVF, a qual possui valores de referência individuais, dado que resultou no percentil previsto e analisado.

4 RESULTADOS

O projeto de extensão Viver Bem, juntamente ao Integração Medicina-Fisioterapia, acompanhou 58 idosos. Dessa amostra, participaram da avaliação de função pulmonar 43 participantes, sendo, 19 e 24 idosos provenientes do Santa Cruz e Morro Alto, respectivamente (Tabela 1). Dentre o grupo avaliado, 79% eram mulheres (34) em contraste com homens que obtiveram 21% de participação (9). O estudo da epidemiologia revelou que a idade média foi de $68,4 \pm 6,5$ anos.

Além disso, com o intuito de compreender o impacto de quesitos sociodemográficos no envelhecimento pulmonar em cada população estudada, os dados tabulados sofreram estratificação de acordo com o ambiente em que cada um dos participantes guarapuavanos participaram do projeto.

Tabela 1: Caracterização da amostra

	Santa Cruz	Morro Alto
Amostra	19	24
Idade	$67 \pm 5,8$	$68,8 \pm 6,5$
Mulheres	15	15
Homens	4	5
COVID-19	8 (42%)	6 (25%)
Fumantes	0	1 (4%)

A análise dos participantes da Paróquia São Luiz Gonzaga, no bairro Morro Alto, revelou, no que tange à relação VEF1/CVF, que 38% deles apresentavam razão reduzida compatível com padrão respiratório obstrutivo, sendo 21% leve e 17% moderado, situações comumente encontradas em patologias como a asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (Tabela 2). Em relação ao tabagismo, 4% relataram

tabagismo no presente ou previamente, ao passo que 25% possuíam pelo menos 1 diagnóstico anterior de COVID-19.

Já a análise realizada com os participantes da Paróquia Santa Cruz, no bairro homônimo, demonstrou um significativo aumento no padrão respiratório obstrutivo, sendo que 43% apresentaram a relação VEF1/CVF reduzida, sendo 11% leve e 32% moderado (Tabela 2), contrastando com a inexistência de tabagistas nessa parcela amostral. Todavia, esse mesmo agrupamento obteve prevalência de COVID-19 com 42% dos participantes acometidos.

Tabela 2: Capacidade respiratória dos participantes

	Santa Cruz	Morro Alto
Padrão normal	11	15
Obstrutivo leve	2	5
Obstrutivo moderado	1	4
Obstrutivo severo	0	0
Restritivo	0	0

4 DISCUSSÃO

O tabagismo, de acordo com a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), é o principal fator de risco da doença pulmonar obstrutiva crônica. Entretanto, a baixa prevalência de tabagistas e ex-tabagistas na amostra analisada foi incongruente com o alto número de padrões respiratórios compatíveis com DPOC encontrados na espirometria.

Uma explicação para os resultados observados respalda-se nos achados de MOREIRA et al. que afirma que mulheres, ainda que não fumantes, mas com exposição prolongada à fumaça de lenha apresentaram risco aumentado para DPOC. Conforme dados da Pesquisa Nacional de Saúde (2013), o número de domicílios paranaenses que usam lenha como forma predominante de cocção, 5,96%, está acima da média nacional, 4,46%. Silva et al. observou ainda maior prevalência de sintomas respiratórios na população exposta à queima de biomassa em comparação com indivíduos que utilizam GLP. Segundo uma revisão sistemática, os idosos também estão entre os grupos mais vulneráveis à poluição do ar interno (*indoor*) do domicílio (CUNHA, 2023).

No que diz respeito ao impacto da prevalência da covid-19 nos resultados obtidos na amostra, sabe-se que padrões restritivos na espirometria são mais

frequentes do que padrões obstrutivos entre os acometidos SARS COV-2 (LOPES et al. 2021), o que sugere que a infecção não foi a responsável pela prevalência de DPOC nessa população. Thomas, Price e Hull afirmam ainda que as alterações pulmonares decorrentes da Covid-19 compreendem essencialmente o interstício pulmonar, e não as vias aérea, motivo pelo qual alterações na espirometria dificilmente são causadas pela doença e afasta ainda mais a possível correlação entre o diagnóstico prévio de covid-19 nos idosos participantes e as alterações em suas capacidades respiratórias.

Em relação à comparação entre os grupos provenientes de bairros diferentes, observou-se que o número de participantes com padrão respiratório normal foi maior entre participantes provenientes do bairro Morro Alto, 63%, frente aos participantes do bairro Santa Cruz, 58%. Paralelo a isso, o número de participantes com padrão obstrutivo moderado foi maior entre os provenientes do Santa Cruz, 32%, enquanto entre a amostra do Morro Alto obteve maior prevalência do padrão obstrutivo leve, 21%. Tais achados sugerem melhor capacidade pulmonar dentre os participantes da periferia da cidade – Morro alto – quando comparados com a amostra proveniente da região central – Santa Cruz. A hipótese que melhor explica tal resultado é a quantidade de exercício físico impostos pelas diferenças socioeconômicas entre os dois grupos.

De acordo com o IBGE (2000), o Santa Cruz possui maior renda, além de melhores índices de abastecimento de água, esgoto sanitário e coleta de lixo e o número de unidades de moradias improvisadas pelo setor, quando comparado ao Morro Alto (GOMES, 2009). Outra pesquisa mais recente concluiu que as famílias de baixa renda são postas em áreas distantes do eixo central/comercial da cidade Guarapuava (Alves, 2021). Apesar do resultado obtido em nossa amostra dissentir da maioria da literatura, que afirma que uma maior renda está associada a menores níveis de mortalidade e morbidade, nesse caso, consideramos que a menor renda dos participantes do Morro Alto está associada a menores níveis de sedentarismo – o que justifica os melhores resultados encontrados na espirometria.

Sabe-se que trabalhadores do setor privado, com maior renda, estão mais suscetíveis a longas horas sentados e ao sedentarismo no local de trabalho (KAZI et al. 2018). Enquanto isso, trabalhadores que realizam atividades de perfil menos sedentário – garis, domésticas, pedreiros – têm a remuneração reduzida. Tal distância

parece ter influência na quantidade de exercício físico exigido dos participantes em seu cotidiano. Infere-se, portanto, que tais variáveis – trabalho menos sedentário e distância do eixo comercial da cidade – foram os principais responsáveis pelos resultados obtidos na análise comparativa da espirometria desses dois grupos.

CONCLUSÃO

Com isso, infere-se que o envelhecimento é uma etapa irreversível e universal que faz parte da dinâmica humana e que essa realidade faz parte da demografia nacional. Por conta disso, a Extensão Universitária é imprescindível para promoção da saúde da população idosa, por meio de estratégias interdisciplinares que permitem a troca de experiências entre diferentes setores da saúde.

Assim, no presente estudo, foi avaliado a capacidade respiratória de 2 grupos de idosos de diferentes bairros da cidade de Guarapuava-PR, sendo que a diferença de renda entre os dois grupos era a mais marcante característica. Desse modo, percebeu-se pela aplicação do teste de espirometria que a capacidade respiratória dos participantes do Morro Alto, bairro menos abastado, era superior ao da Paróquia Santa Cruz.

Diante disso, fora analisado que o público da Paróquia do Morro Alto são mais ativos fisicamente, justamente pelas diferenças socioeconômicas, ou seja, esses idosos praticam mais caminhada pela falta de carro e ainda estão inseridos no mercado de trabalho para a complementação da renda, enquanto que os idosos do Bairro Santa Cruz são menos ativos. Nesse sentido, nota-se íntima relação entre a qualidade da capacidade respiratória e a prática de exercícios físicos, em detrimento à renda, que concerne ao envelhecimento saudável.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. M. A (re)produção de um espaço desigual e tendências de reestruturação urbana: o espaço urbano de Guarapuava (PR). **Encontro Nacional da ANPEGE**, 2021

BERGER L; MAILLOUX-POIRIER D. Pessoas idosas: uma abordagem global. **Lisboa, Lusodidacta**, 1995.

CASTRO, D. C. *et al.* Incapacidade funcional para atividades básicas de vida diária de idosos: estudo populacional. **Ciênc Cuid Saúde** 2016; 15(1): 109-17. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v15i1.27569>

CUNHA, C. Exposição da poluição domiciliar (indoor) pela queima de biomassa para cocção de alimentos e riscos à saúde no Brasil: revisão sistemática de indicadores de monitoramento. **Fiocruz.br**, 2023.

FONSECA, M. A. *et al.* Programas de treinamento muscular respiratório: impacto na autonomia funcional de idosos. **Revista Da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 6, p. 642–648, 1 jan. 2010.

FONSÊCA, M.; CORREIA, H. F.; RAPOSO, M. T. Limitação ao fluxo expiratório em tabagistas em diferentes níveis de atividade física. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 20, n. 3, p. 436–440, 20 dez. 2021.

GARCIA, B. R. Z. *et al.* Universidade e extensão universitária: uma relação dialógica entre formação profissional e compromisso social. In: SÍVERES, Luiz (Org.). **A Extensão universitária como um princípio de aprendizagem V.1**. Brasília: Liber Livro, 2013. p. 171-181.

GOMES, I. Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos. **Agência de Notícia IBGE**, 2023. Acesso em: 29/04/2024.

GOMES, M. F. V. B. Desigualdade socioambiental no espaço urbano de Guarapuava. **Revista RA´E GA**, Editora UFPR, Curitiba, v. 20, p. 95-105, 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde Rio de Janeiro: **IBGE**; 2013.

LOPES, A. G. *et al.* Small airway dysfunction on impulse oscillometry and pathological signs on lung ultrasound are frequent in post-COVID-19 patients with persistent respiratory symptoms. **PloS one**, v. 16, n. 11, p. e0260679–e0260679, 2021.

MARQUEZ, T. B. *et al.* A prática do exercício físico na promoção da saúde de sujeitos da terceira idade. **Revista Saúde e Meio Ambiente**, Três Lagoas, v. 9, n. 2, p. 163-173, 2019.

OPAS, **Organização Pan-Americana de Saúde**. Envelhecimento Saudável.

REEVES S; PERRIER L; GOLDMAN J; ZWARENSTEIN M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). **Cochrane Database Syst Rev**. 2013; 28(3): CD002213

SUBRAMANIAN, S.V; KAWACHI, Ichi. Being well and doing well: on the importance of income for health. **International journal of social welfare**, v. 15, n. s1, 2006.

THOMAS, M.; PRICE, O. J.; HULL, J. H. Pulmonary function and COVID-19. **Current Opinion in Physiology**, v. 21, p. 29–35, 1 jun. 2021.

OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde. **Envelhecimento Saudável**.

GOMES, I. Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos. **Agência de Notícia IBGE**, 2023. Disponível em: [link]. Acesso em: 29/04/2024.

BERGER L; MAILLOUX-POIRIER D. Pessoas idosas: uma abordagem global. **Lisboa, Lusodidacta**, 1995.

GARCIA, B. R. Z.; BOHN, L. R. D.; ARAÚJO, M. I. S. Universidade e extensão universitária: uma relação dialógica entre formação profissional e compromisso social.

In: SÍVERES, Luiz (Org.). *A Extensão universitária como um princípio de aprendizagem* V.1. Brasília: **Liber Livro**, 2013. p. 171-181.

REEVES S.; PERRIER L.; GOLDMAN J.; ZWARENSTEIN M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). **Cochrane Database Syst Rev.** 2013; 28(3): CD002213

MARQUEZ, T. B. *et al.* A prática do exercício físico na promoção da saúde de sujeitos da terceira idade. **Revista Saúde e Meio Ambiente**, Três Lagoas, v. 9, n. 2, p. 163-173, 2019.

FONSECA, M. A. *et al.* Programas de treinamento muscular respiratório: impacto na autonomia funcional de idosos. **Revista Da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 6, p. 642–648, 1 jan. 2010.

FONSÊCA, M.; CORREIA, H. F.; RAPOSO, M. T. Limitação ao fluxo expiratório em tabagistas em diferentes níveis de atividade física. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 20, n. 3, p. 436–440, 20 dez. 2021.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde Rio de Janeiro: **IBGE**; 2013.

LOPES, A. G. *et al.* Small airway dysfunction on impulse oscillometry and pathological signs on lung ultrasound are frequent in post-COVID-19 patients with persistent respiratory symptoms. **PloS one**, v. 16, n. 11, p. e0260679–e0260679, 2021.

CUNHA, C. Exposição da poluição domiciliar (indoor) pela queima de biomassa para cocção de alimentos e riscos à saúde no Brasil: revisão sistemática de indicadores de monitoramento. **Fiocruz.br**, 2023.

SUBRAMANIAN, S. V; KAWACHI, I. Being well and doing well: on the importance of income for health. **International journal of social welfare**, v. 15, n. s1, 2006.

THOMAS, M.; PRICE, O. J.; HULL, J. H. Pulmonary function and COVID-19. **Current Opinion in Physiology**, v. 21, p. 29–35, 1 jun. 2021.

GOMES, M. F. V. B. Desigualdade socioambiental no espaço urbano de Guarapuava. **Revista RA´E GA**, Editora UFPR, Curitiba, v. 20, p. 95-105, 2010.

ALVES, A. M. A (re)produção de um espaço desigual e tendências de reestruturação urbana: o espaço urbano de Guarapuava (PR). **Encontro Nacional da ANPEGE**, 2021.

CONSULTAS DE ENFERMAGEM EM AMBIENTE DOMICILIAR ASSOCIADOS AO PROJETO PIEPEX:UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Joana Ladislau Brandão
Victoria Curi Tonon
Maria Cristina Umpierrez Vieira
Kamili Rafaeli Gomes

61

RESUMO: Trata-se de um relato de experiência desenvolvido em meio ao PIEPEX a uma unidade de saúde na cidade de Guarapuava, Paraná nos anos de 2023 e 2024. Os quais são submetidos a uma consulta global de enfermagem que avalia perspectivas sobre a diabetes mellitus, avaliação do idoso, risco cardiovascular e síndrome metabólica, além da conferência de interação medicamentosa e carteira de vacina. Com o contato de consultas domiciliares os discentes aumentam sua autoconfiança, iniciativa, contato com a comunidade e a percepção que é possível a aplicação de consultas especializadas dentro do ambiente domiciliar. Já para os pacientes é uma oportunidade de maior educação em saúde para que este entenda e continue a terapêutica, tendo esta adequada a sua realidade de comunidade e do lar.

PALAVRAS-CHAVE: Consulta domiciliar, Diabetes, Enfermagem

1 INTRODUÇÃO

O relato de experiência que se apresenta foi desenvolvido com pacientes pertencentes a uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Guarapuava, Paraná, em meio ao projeto PIEPEX saúde, da Universidade Estadual do Centro Oeste. O paciente era encaminhado pela agente comunitária de saúde responsável pela sua área, sendo ele idoso, diabético e inativo ao sistema há mais de 180 dias. As visitas

domiciliares foram realizadas pelos acadêmicos, geralmente um grupo de dois ou três alunos, acompanhados por uma professora do curso. Essas visitas foram realizadas com dia e horário marcado com os alunos e o paciente.

O cuidado domiciliar é a união de práticas antigas com o avanço tecnológico e a institucionalização dos serviços de saúde. Os acadêmicos e as professoras foram afortunados com uma experiência enriquecedora em cuidar no domicílio, prática não extremamente abordada durante os anos iniciais do curso de enfermagem.

A consulta de enfermagem propõe o cuidado integral ao indivíduo, compondo sua integralidade e promovendo educação em saúde para que o paciente seja um ser ativo e participante do processo saúde doença. Assim, colocando o paciente em um patamar de horizontalidade com os profissionais de saúde em relação a sua patologia.

2 OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo principal relatar essa vivência e apontar a importância do cuidado domiciliar e os resultados advindos dessa prática e experiência para o paciente, familiares e acadêmicos.

3 MATERIAL E MÉTODO

A pesquisa como relato de experiência foi escolhida, pois revela as ações do indivíduo como um agente ativo e como um participante da vida social, no qual o paciente relata a sua história e os pesquisadores podem analisar os aspectos subjetivos da cultura, acesso à educação em saúde, lazer e das instituições e dos movimentos sociais, trazendo este para ser protagonista em seu processo de saúde-doença.

O relato de experiência consiste em analisar e compreender variáveis importantes ao desenvolvimento do cuidado dispensado ao indivíduo ou a seus problemas, sendo o pesquisador um observador ativo, devendo relatar de forma clara e objetiva suas observações. É necessário que se façam relatos dessa magnitude, já que todos contribuem de maneira significativa para a formação, tanto dos acadêmicos quanto do paciente no âmbito da saúde, nesse relato especificamente, apontará as questões do cuidado no domicílio, sendo realizado pela equipe de saúde levantamento de dados socioeconômicos, hábitos de vida, história pregressa e atual da saúde como sinais e sintomas relacionado a diabetes, IVCF-20, mini estado mental, SSVV, exame físico, testes de força, mobilidade, desempenho da marcha, avaliação

do pé diabético, teste ITB, avaliação do risco cardiovascular e síndrome metabólica, conferencia de exames, carteira de vacina e interação medicamentosa, sendo toda a consulta registrada em Formulário Google, com aplicação do TCLE e resultados registrados via Fast Medic.

Após a consulta, o paciente é direcionado a atividades que foram levantados necessários que são disponibilizados pela rede como por exemplo: exames, vacinação, consultas médicas da família e especialistas, odontologia, psicologia, fisioterapia, grupos presentes dentro da unidade e posteriores consultas de enfermagem.

3 DISCUSSÃO

O início de consultas domiciliares evidenciou por meio dos discentes, a insegurança pelo atendimento fora do ambiente da unidade básica de saúde, porém com o avançar da consulta foi alcançado a confiança da família e paciente em seu ambiente particular, podendo assim, alcançar o êxito em meio a este ambiente.

Em meio a consulta domiciliar é visto uma maior autonomia do cuidar, passando este sentimento para o paciente, com o avançar do instrumento e eventual desenvolvimento de dúvidas, estas são sanadas para que o paciente e sua estrutura familiar compreendam as condições presentes na história atual da saúde e relacionem com a realidade domiciliar as quais estão inseridos.

Assim, o vínculo se faz extremamente importante, para que o paciente faça a continuidade do plano terapêutico e pode contribuir para uma mudança nos padrões de comportamento e conseqüentemente a promoção de uma melhor qualidade de vida para os usuários. Este processo ficou evidente em meio aos discentes, após a percepção de que o maior conhecimento do paciente sobre sua patologia implica em melhor adesão em todo o seu tratamento e rotina.

No entanto, durante o estudo, os discentes relataram desafios relacionados à aplicação do instrumento, especialmente em relação à dificuldade de conexão à internet durante as consultas, e à necessidade de tomadas em meio ao domicílio para uso de esfigmomanômetro e doppler, os quais foram solucionados por aparelhos com baterias.

Ao final da realização das orientações do grupo familiar, percebeu-se que durante a aplicação das intervenções, estes passaram a incorporar as orientações realizadas na sua rotina, de forma que estas auxiliaram no reestabelecimento da qualidade de vida dos usuários e famílias, contribuindo para que os mesmos se tornassem indivíduos ativos no processo de saúde e doença, na perspectiva da promoção de saúde e prevenção de agravos.

CONCLUSÃO

Aos acadêmicos e as enfermeiras dentro do projeto, foram inundados por uma imensa satisfação, decorrente da prestação de uma assistência de qualidade, séria e comprometida, contribuindo significativamente para melhorar as condições de saúde dos pacientes. É fundamental repensarmos o nosso fazer e pensar nas visitas domiciliares dentro da enfermagem, buscando aprimorar nosso cuidado na medida em que ele é realizado, em que novas experiências são vivenciadas.

Assim, o aprender e ensinar devem ser contextualizados no momento histórico, político, econômico e social de um grupo. Ele é dinâmico, exige do docente constante reflexão e avaliação de postura (5). O domicílio é reconhecido como local de domínio total do cliente, nele podemos observar a realidade em seus princípios e a sua organização, onde ocorre o desenvolvimento da sua rotina, de suas relações, dos conflitos, refletindo a forma e o estilo de vida adotados. Igualmente, o cliente e sua família mostram-se como realmente são, uma vez que o próprio ambiente propicia esta revelação (6). E os profissionais que adentram no domicílio apreendem maior capacidades de empatia, reconhecimento de realidades, considerando sempre suas especificidades individuais e familiares. Nessa vivência, a interação foi de extrema importância para que a família e paciente abrissem além das portas de seus domicílios, a sua rotina, angústias, felicidades e processos na doença. Esses que não podem deixar que os objetivos de cuidado propostos sumam, humanizando cada vez mais o cuidado com a diabetes, cuidados com processos característicos de idosos, como maior risco de quedas, esquecimento, desta maneira enquadramos estas características a realidade do domicílio.

Ao finalizar esse relato, salienta-se a importância do cuidado domiciliar em meio a projetos de extensão, pois enriquecem infinitamente o conteúdo ministrado em sala

de aula, propiciando ao aluno, experiências extremamente gratificantes, revelando importância que as atividades domiciliares apresentam como possibilidade de trabalho pode acrescentar na formação profissional de futuros enfermeiros.

REFERÊNCIAS

Cardoso LS. Exercícios e notas para formular uma pesquisa. Rio de Janeiro: Papel Virtual; 2000.

Ferreira MER, Carvalho, MAS. Estudantes de medicina e visita domiciliar: um relato de experiência. Revista Portal em Saúde e Sociedade 2021, (acesso em fev. 2024)

Davim RMB, Bezerra LGM. Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no Projeto Midwifery: um relato de experiência. Rev Latino-am Enferm. 2002;5(10). [acesso em 2024 fev 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/cgi-bin/fbpe/fbtext?pid=S0104-11692002000500016>.

Hermen AP, Lacerda MR. Atendimento Domiciliar À Saúde: Um Relato De Experiência. Cogitare Enferm 2007 Out/Dez; 12(4):513-8 (Acesso em fevereiro de 2024). Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/10079/6931>

Brasil VV, Alencar CCP, Mucci I. Refletindo sobre a formação e desempenho do docente de enfermagem. Cogitare Enferm. 1996 Jul/Dez;1(2):81-5

Martins SK, Mathias JJS, Meier MJ, Lacerda MR. O enfermeiro docente e o ensino do cuidado domiciliar na graduação. Cogitare Enferm. 2005 Mai/Ago;10(2):84-9.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR DA ATENÇÃO DOMICILIAR, COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO DE PESSOAS.

Larissa Tonetto Castelo Branco

66

RESUMO: O presente trabalho é resultado da dispersão do Curso de Atualização em Saúde do Trabalhador, oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas - SP. Buscou-se, através do diagnóstico situacional de saúde mental do trabalhador da atenção domiciliar, compreender os desgastes e fortalecimentos no trabalho, para subsidiar o planejamento estratégico da equipe, cuja atuação se baseia nos cuidados paliativos. Metodologia: Em reunião de equipe do Serviço de Atenção Domiciliar Sul (SAD Sul), foi identificadas demandas relacionadas a saúde mental dos trabalhadores. Para o levantamento inicial do sofrimento mental dos profissionais, foi escolhido o Questionário "Self Report Questionnaire" SRQ-20, validado no Brasil e indicado pela Organização Mundial de Saúde para estudos comunitários em países em desenvolvimento. O questionário foi desenvolvido no google forms e foram acrescentadas as variáveis: gênero, idade, tempo de atuação no SAD e se possui diagnóstico médico de transtorno mental. As respostas foram anônimas e a autora não respondeu ao questionário. Resultados: O QSR-20 foi respondido por 18 trabalhadores sendo 15 mulheres e 3 homens. 11 trabalhadores atuam no SAD Sul desde 2020 e maioria está na faixa etária de 40 a 49 anos. Dois trabalhadores indicaram que possuem diagnóstico de transtorno mental, 8 trabalhadores apresentaram probabilidade de presença de transtorno mental não psicótico, sendo todas do sexo feminino. O domínio humor depressivo ansioso foi o item que recebeu maior número de respostas positivas (72%), com destaque para o item: "nervoso/tenso/preocupado" com 100% de respostas afirmativas, seguido por: "dores de cabeça" (87%), "dorme mal" e "se cansa com facilidade" (75%). O domínio pensamento depressivo foi o que apresentou menor pontuação, com destaque para nenhuma resposta afirmativa no item: "tem tido ideias de acabar com a vida". Conclusão: Estratégias para fortalecer o trabalhador como a formação em habilidades de comunicação, estratégias de enfrentamento para com a morte, gestão do tempo, comunicação de más notícias, gestão do estresse e atenção plena devem fazer parte do planejamento e das ações da gestão, podendo atuar através da educação permanente, com acompanhamento das intervenções realizadas. O cuidado com os trabalhadores impacta positivamente na qualidade de vida e conseqüentemente na assistência prestada aos pacientes e suas famílias.

PALAVRAS-CHAVE: saúde do trabalhador; atenção domiciliar; saúde mental.

1 INTRODUÇÃO

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) Sul compõe a Rede de Atenção a Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) garantindo a continuidade de acesso a saúde para usuários que estão impossibilitados de sair do domicílio de forma temporária ou permanente e necessitam de cuidados complexos (MINISTÉRIO DA SAÚDE). Este modelo de atendimento proporciona um cuidado mais humanizado, próximo a família e no seu próprio ambiente, respeitando rotina e cultura de cada pessoa.

A região Sul do município de Campinas possui o maior número de habitantes da cidade com 333 mil pessoas distribuídas em 120 quilômetros quadrados de extensão (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS).

A quantidade e o diagnóstico dos pacientes atendidos variam de acordo com a época do ano, dos encaminhadores para o serviço e por isso foi realizado um recorte para exemplificar as características do usuário e suas demandas. Em novembro de 2023, 108 pacientes estavam sendo atendidos com diversos diagnósticos sendo as mais prevalentes doenças neurológicas (adquiridos e degenerativos) e oncológicas. Cerca de 45% do total dos pacientes inseridos recebeu cuidados paliativos (oncológicos e não oncológicos) e aconteceram 14 óbitos, sendo que 5 foram em domicílio.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE), Cuidados Paliativos é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de crianças e adultos e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida, prevenindo e aliviando o sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais.

Durante a formação acadêmica dos profissionais da área de saúde pouco se fala sobre cuidados paliativos, o foco é maior em cura, reabilitação e restauração da saúde (CUNHA, FRIZZO, et al., 2021). Quando o profissional assume o concurso público no SAD muitas vezes não conhece a demanda do serviço e nem recebe um

preparo para lidar com os casos clínicos, com vulnerabilidade social e sofrimento humano.

Ao se deparar com a não possibilidade da melhora de um quadro de adoecimento, o profissional de saúde pode ter a sua saúde mental afetada, com influências na sua vida pessoal e profissional. O profissional lida com sintomas físicos, limitações funcionais e sociais e convívio com processo de luto do paciente e todos a sua volta (SOUSA, COSTA, et al., 2023) e por isso é comum se sentir impotente e com dificuldade de lidar com o seu próprio sofrimento. Na Atenção Domiciliar, essas sensações podem piorar já que o profissional conhece o indivíduo no seu lar, na sua rotina e se insere na rede de cuidados e de apoio.

Um plano de ação para valorizar o bem-estar e promover estratégias de enfrentamento das dificuldades do dia a dia do serviço passa pela etapa inicial de avaliação da equipe, o que será feito nesse trabalho por meio de um questionário para avaliar sintomas de Transtornos Mentais Comuns (TMC) do trabalho.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora incentiva a identificação das necessidades, demandas e problemas de saúde do trabalhador no território. De acordo com um modelo aplicado na clínica Mayo em Rochester, Minnesota (EUA), reconhecer e avaliar o problema, considerar e avaliar sistematicamente o bem-estar dos profissionais contribuem para maior produtividade, melhora a qualidade do atendimento aos pacientes e mantem a equipe por mais tempo no serviço (MORENO-MILAN, BREITBART, et al., 2021).

Para realizar um levantamento inicial do sofrimento mental dos profissionais do SAD Sul-Sudeste foi escolhido o Questionário “Self Report Questionnaire” SRQ-20 por ser um validado no Brasil, indicado pela Organização Mundial de Saúde para estudos comunitários em países em desenvolvimento, de fácil aplicação e compreensão, baixo custo e autoaplicável. (FERRAZ, 2020) (GRUPO DE TRABALHO SAÚDE MENTAL E TRABALHO - CESAT, 2014)

2 LOCAL DA INTERVENÇÃO

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) Sul-Sudeste existe no município de Campinas desde 1993, atuando inicialmente na área de cobertura de dois Centros de Saúde e atualmente abrange toda a região Sul do município de Campinas. Em 2012,

o Ministério da Saúde definiu as diretrizes para o programa Melhor em Casa integrada a rede de Atenção à Saúde oferecendo atendimento para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas para se deslocar para um serviço de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE). Quando é necessário cuidados complexos e uma frequência maior de visitas de uma equipe multiprofissional, o SAD é acionado para garantir acesso a assistência especializada no lar e evitar hospitalizações desnecessárias. Este modelo de atendimento proporciona um cuidado mais humanizado, próximo a família e no seu próprio ambiente, respeitando rotina e cultura de cada pessoa.

A Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) é composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e assistente social. A Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP) possui psicóloga, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, nutricionista, dentista, técnicos de enfermagem e de farmácia. Assim temos o total de 28 funcionários sendo que 3 estão em Licença de Tratamento de Saúde (LTS) e um em desvio de função devido a acidente de trabalho. O horário de funcionamento é das 7 horas às 19 horas todos os dias da semana, com carga horária preferencialmente horizontal. O SAD é campo de estágio para Residência Multiprofissional do Hospital Municipal do Mário Gatti, Residência Multiprofissional da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e Residência Médica da Saúde da Família.

O Serviço de Atenção Domiciliar Sul-Sudeste atualmente está localizado junto com Distrito de Saúde Sul-Sudeste, com reduzido espaço físico.

3 PROBLEMA IDENTIFICADO

O profissional de saúde que trabalha com cuidados paliativos pode ter conflitos pela dualidade vida e morte (SOUSA, COSTA, et al., 2023) e dificuldade de integrar as dimensões clínicas, emocionais e éticas no final da vida do indivíduo que está sendo assistido (MORENO-MILAN, BREITBART, et al., 2021). É comum o profissional nunca ter tido a vivência de atendimento domiciliar e lidar com a realidade do indivíduo em seu lar com um problema de saúde grave, em vulnerabilidade social e sofrimento físico e psicológico pode trazer consequências para o bem-estar do trabalhador.

A sede atual do serviço está em um prédio emprestado pela Camprev (Instituto de Previdência Social do Município de Campinas), sem a possibilidade de realizar reformas para adaptar as necessidades do serviço, como por exemplo uma área adequada para a reunião da equipe para discussão dos casos clínicos e compartilhamento de angústias dos trabalhadores. A maior parte da carga horária é realizada nos atendimentos nos domicílios, onde muitos não apresentam conforto térmico, higiene adequada e exigem dos profissionais de saúde posturas não ergonômicas para realizar os cuidados com o paciente. O ambiente organizacional desfavorável pode gerar sofrimento para o trabalhador (SOUSA, COSTA, et al., 2023).

Na literatura atual tem poucos estudos que destacam a saúde mental do trabalhador e para cuidar do outro é necessário estar em boas condições mentais (SOUSA, COSTA, et al., 2023).

O bem-estar saúde mental dos trabalhadores pode melhorar o comprometimento do profissional com a instituição, com seu desempenho profissional e vida pessoal (MORENO-MILAN, BREITBART, et al., 2021). O esgotamento mental pode afetar a produtividade, piorar a qualidade do atendimento e ter uma rotatividade grande de trabalhadores na equipe (MORENO-MILAN, BREITBART, et al., 2021)

4 OBJETIVOS

Geral:	Realizar o rastreamento de sintomas de transtornos mentais comuns não psicóticos nos trabalhadores do SAD Sul-Sudeste.
Específico:	Analisar os sintomas mais comuns nos trabalhadores.
	Demonstrar a necessidade de atenção a saúde mental e bem-estar dos trabalhadores.

4.1 PÚBLICO-ALVO

Trabalhadores do SAD Sul.

4.2 PERÍODO DE REALIZAÇÃO

O questionário foi disponibilizado para os trabalhadores no período de 02 a 05 de janeiro de 2024.

5 ATIVIDADES E RESULTADOS ESPERADOS

Em uma reunião de equipe de novembro de 2023, foram expostos alguns temas pertinentes ao Curso de Saúde do Trabalhador e explicado sobre o projeto de intervenção. Após acolhimento e sugestões de intervenções dadas, a maior demanda foi relacionada a Saúde Mental. Avaliar sistematicamente o bem-estar é um dos passos que a clínica Mayo preconiza para elaborar estratégias organizacionais globais para melhorar o bem-estar dos trabalhadores (MORENO-MILAN, BREITBART, *et al.*, 2021) então decidiu-se pela intervenção de diagnóstico da saúde mental dos trabalhadores por meio de questionário padronizado.

Diante dos questionários expostos no curso, considerando a aplicabilidade e facilidade de resposta e de análise dos resultados e por oferecer um dado simples que demonstra como está a saúde mental dos profissionais de saúde, foi escolhido o SRQ-20 (Anexo 1).

O objetivo do questionário é reconhecer se os trabalhadores apresentam alguns sinais relacionados a Transtornos Mentais Comuns como insônia, ansiedade, depressão, irritabilidade, dificuldade de concentração, esquecimento, fadiga e queixas somáticas como dores de cabeça e desconforto gástrico (ALVES, PEDROSA, *et al.*, 2015). (FERRAZ, 2020).

O SQR-20 é composto por perguntas com respostas sim/não e agrupado em quatro domínios: queixas sintomáticas (questões 1, 2, 3, 5, 7, 20) e distúrbios psicoemocionais: subdivido em humor depressivo/ansioso (questões 4, 6, 9, 10), diminuição de energia vital (questões 8, 11, 12, 13, 18, 19) e pensamentos depressivos (questões 14, 15, 16, 17). Cada resposta afirmativa recebe o valor 1 para compor a pontuação final (GRUPO DE TRABALHO SAÚDE MENTAL E TRABALHO - CESAT, 2014) e deve considerar os sintomas presentes nos últimos 30 dias. Os resultados podem variar de nenhuma probabilidade (0) a alta probabilidade (20) de desenvolver algum TMC (ALVES, PEDROSA, *et al.*, 2015). A somatória final de 7 pontos ou mais pode identificar um possível caso de TMC (FERRAZ, 2020).

Os sintomas dos TMC geralmente são subjetivos e inespecíficos e, por não afetar de forma imediata a saúde física e a produtividade do trabalhador, podem ser negligenciados e evoluírem para distúrbios mentais menores (FERRAZ, 2020).

O questionário foi desenvolvido no “google forms” e além das perguntas do SQR-20 foram incluídas perguntas sobre o gênero, faixa etária, em qual ano começou a trabalhar SAD Sul-Suldeste e se tem algum diagnóstico de transtorno mental dado por um médico. Disponibilizado para todos os trabalhadores pelo whatsapp com acesso pelo grupo do SAD Sul-Suldeste no dia 2 de janeiro com prazo para respostas até dia 5 de janeiro de 2024. As respostas foram dadas de forma anônima. A autora desse trabalho não respondeu ao questionário.

CONCLUSÕES

O QSR-20 foi respondido por 18 trabalhadores sendo 15 mulheres e 3 homens, 11 começaram no SAD a partir de 2020, a maior parte (50%) está na faixa etária de 40 a 49 anos. Dois trabalhadores indicaram que possuem diagnóstico de algum transtorno mental dado por um médico.

Utilizando o ponto de corte sete, 8 trabalhadores apresentaram probabilidade de presença de transtorno mental não psicótico, sendo todos do sexo feminino e 6 com faixa etária de 40-49 anos. Esses resultados apoiam a maioria do perfil dos trabalhadores e a maior prevalência de TMC em mulheres (ALVES, PEDROSA, *et al.*, 2015) que muitas vezes são responsáveis pela organização da própria casa e do cuidado com os filhos.

Uma pesquisa (ALVES, PEDROSA, *et al.*, 2015) com o SQR realizada em um Hospital de Uberaba em uma equipe multidisciplinar em 2013 com 359 trabalhadores demonstrou 27,9% de rastreamento positivo para TMC, enquanto no SAD 44,4%. Essa diferença pode ser devido ao pequeno número da amostra desse estudo e a diferença do ambiente de trabalho.

Os resultados estão apresentados na tabela 1. Para facilitar a visualização as questões foram organizadas pelos domínios, sendo que azul é referente a questões somáticas, marrom ao humor depressivo ansioso, verde ao decréscimo de energia vital e preto aos pensamentos depressivos. A coluna total refere se ao número de respostas afirmativas de todos os trabalhadores e a coluna positivos refere se ao número de respostas afirmativas dos trabalhadores que podem ter um TMC de acordo com a pontuação no QSR-20.

		QSR-20	Tota l	Positivo s
SOMÁTICOS	1	Tem dores de cabeça frequentes?	50%	87%
	3	Dorme mal?	39%	75%
	2 0	Tem sensações desagradáveis no estômago?	28%	50%
	7	Tem má digestão?	17%	25%
	2	Tem falta de apetite?	11%	25%
	5	Tem tremores de mão?	22%	50%
	DEPRESSIVO ANSIOSO	6	Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	72%
4		Assusta-se com facilidade?	33%	50%
9		Tem se sentindo triste ultimamente?	28%	50%
1 0		Tem chorado mais que o costume?	22%	50%
QUEDA DA ENERGIA VITAL	1 9	Você se cansa com facilidade?	50%	75%
	1 2	Tem dificuldades para tomar decisões?	39%	63%
	1 3	Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	39%	63%
	1 4	Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	28%	38%
	8	Tem dificuldade de pensar com clareza?	39%	63%
	1 8	Sente-se cansado(a) o tempo todo?	44%	75%
	PENSAMENT O DEPRESSIVO	1 4	É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	0%
1 6		Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	6%	13%

	1	Tem perdido o interesse pelas coisas?	17%	38%
	5			
	1	Tem tido ideias de acabar com a vida?	0%	0%
	7			

Considerando as respostas de todos os trabalhadores o item “sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)” do domínio humor depressivo ansioso foi o item que recebeu maior respostas sim (72%) seguido do item “você se cansa com facilidade” do domínio decréscimo de energia vital e dores de cabeça do domínio queixas somáticas com 50% cada um.

Considerando as respostas dos questionários considerados positivos para TMC o item “nervoso/tenso/preocupado” teve 100% de respostas sim, seguido pelo item “dores de cabeça” com 87%, “dorme mal” e “se cansa com facilidade” com 75% de respostas afirmativas.

O domínio pensamento depressivo foi o que apresentou menor pontuação, com destaque para nenhuma resposta afirmativa no item “tem tido ideias de acabar com a vida”.

O esgotamento emocional pode afetar negativamente a qualidade do serviço prestado, na segurança e na satisfação do paciente e sua família além de predispor ao aparecimento de vícios como alcoolismo, suicídio e rompimento de relacionamentos. (MORENO-MILAN, BREITBART, *et al.*, 2021) .

Um estudo com foco no bem-estar de profissionais de cuidados paliativos identificou que os preditores para burnout são a falta de auto confiança nas habilidades de comunicação com pacientes e familiares, falta de tempo para uma comunicação eficaz, comunicação de más notícias e manejo da dor, ocultar o prognóstico negativo ao paciente por parte dos familiares e a relação profissional com os familiares ao se depararem com sofrimento e morte do paciente. (MORENO-MILAN, BREITBART, *et al.*, 2021)

O profissional pode reconhecer as limitações e melhorar a formação, mas a médio e longo prazo é necessário o envolvimento de outros níveis de organização do trabalho para refletirem em um bem-estar duradouro. (MORENO-MILAN, BREITBART, *et al.*, 2021). Estratégias para fortalecer o trabalhador é fornecer

formação em habilidades de comunicação, estratégias de enfrentamento para com a morte, gestão do tempo, comunicação de más notícias, gestão do estresse e atenção plena (CUNHA, FRIZZO, *et al.*, 2021).

REFERÊNCIAS

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WHO, 05 ago. 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>.

CUNHA, J. H. D. S. et al. Significados atribuídos à morte segundo a perspectiva dos profissionais de saúde da área de oncologia. Revista de enfermagem da UERJ, 06 maio 2021. 1-7.

SOUSA, E. V. G. et al. A saúde mental da equipe multiprofissional atuante frente aos cuidados paliativos oncológicos: revisão da literatura. Revista Saude.com, 23 agosto 2023. 3327-3336.

MORENO-MILAN, B. et al. Psychological well-being of palliative care professionals: Who cares? Palliat Support Care, april 2021. 257-261.

FERRAZ, L. H. K. Transtorno mental comum e qualidade de vida relacionada à saúde mental em profissionais da terapia intensiva e avaliação psicométrica do srq 20 e componente de saúde mental do sf 36. Salvador: Dissertação mestrado , 2020.

GRUPO DE TRABALHO SAÚDE MENTAL E TRABALHO - CESAT. Protocolo de Atenção à Saúde Mental e Trabalho. Salvador Bahia: Caderno de Saúde do Trabalhador, 2014.

TRABALHADORA, P. N. D. S. D. T. E. Portaria 1823. Política Nacional. [S.I.]. 2012.

ALVES, A. P. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre profissionais de saúde. Revista Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, jan fev 2015. 64-69.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar>>. Acesso em: 08 Novembro 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>. Acesso em: 02 Janeiro 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Prefeitura Municipal de Campinas. Disponível em: <<https://www.campinas.sp.gov.br/governo/servicos-publicos/regioes/sul/index.php>>. Acesso em: 08 Novembro 2023.

IMPACTO DA OXIGENOTERAPIA HOSPITALAR NA PRESCRIÇÃO DO FISIOTERAPEUTA

76

Ana Cristina Onisko
Maria Eduarda Mendes
Bianca Mayla Campos
Christiane Riedi Daniel

RESUMO: Introdução: A Oxigenoterapia é um recurso que procura ajustar a oxigenação sistêmica com o objetivo de reverter situações deletérias da hipóxia tecidual, causada por doenças pulmonares agudas ou crônicas, traumas, condições intraoperatórias e situações de instabilidade hemodinâmica com baixo débito cardíaco, dessa forma aumentar a sobrevida do paciente. Objetivos: Verificar o impacto da oxigenoterapia hospitalar na prescrição de fisioterapia. Métodos: Trata-se de um estudo retrospectivo em que foram analisados os dados trimestrais, gerados na enfermaria do Hospital, no período de Janeiro a Março de 2024. Resultados: Foram atendidos no primeiro trimestre do ano de 2024, ao todo 408 pacientes, destes 107 pacientes utilizaram oxigenoterapia, com um total de 398 ajustes. No período, também foram realizados em média 382 atendimentos por mês, com 3999 procedimentos realizados. Na prescrição de fisioterapia motora observou-se que, 79% inclui procedimentos de sedestação, 16% ortostase, 12% deambulação, 5% marcha estacionária e 4% saída em ambiente externo. Durante as atividades, em relação ao uso da oxigenoterapia, durante a sedestação, 17% dos procedimentos foram realizados com uso de O₂. O ortostatismo foi prescrito em 11% dos pacientes com O₂. Na atividade de deambulação apenas 6% dos usuários de O₂, na marcha estacionária, 4%, enquanto. Durante as saídas em ambiente externo, 1% fez uso de O₂ e 14% não fez uso de O₂. Conclusão: Pode-se observar que atividades que requerem mais esforços físicos, apresentam diferença significativa entre os pacientes que utilizam oxigenoterapia e os que não utilizam. Os que utilizam O₂, se encontram mais restritos ao leito, estando mais suscetíveis a complicações advindas do imobilismo.

PALAVRAS-CHAVE: Oxigenoterapia, Hipóxia; Fisioterapia Respiratória

1 INTRODUÇÃO

A Oxigenoterapia é um recurso que procura ajustar a oxigenação sistêmica com o objetivo de reverter situações deletérias da hipóxia tecidual, causada por doenças pulmonares agudas ou crônicas, traumas, condições intraoperatórias e situações de instabilidade hemodinâmica com baixo débito cardíaco, dessa forma aumentar a sobrevida do paciente (NOGUEIRA, UHLING, NAWA, 2023).

A condição em que se tem uma baixa concentração de oxigênio no sangue, está entre as principais causas de redução da qualidade e da expectativa de vida. (CASTELLANO et al., 2022). Realizar a suplementação melhora o estado funcional, aumenta a tolerância aos esforços, atenua as consequências devastadoras da dispnéia e melhora a qualidade e expectativa de vida em geral (CRINER, G.J, 2013), e conseqüentemente, aumenta a sobrevida do paciente. (MCDONALD et al., 2016).

A oxigenoterapia é essencial no tratamento do paciente hipoxêmico, sendo indispensável no ambiente hospitalar. Entretanto, seu uso deve ser cauteloso e adequadamente indicado e ajustado por profissionais capacitados a discriminar o melhor método, e a melhor dosagem, pois seus efeitos colaterais não devem ser ignorados (MARISCO; SAMPAIO, 2017).

Os pacientes hospitalizados estão expostos a períodos variados de inatividade e repouso no leito, que somados às alterações fisiológicas e morfológicas decorrentes da doença podem promover prejuízos funcionais, que impactam na sobrevida e na morbidade.

Neste contexto, as intervenções de mobilização precoce no ambiente hospitalar são propostas a fim de reduzir os impactos da doença, melhorar a função física e promover melhores desfechos clínicos com a redução de tempo hospitalar e mortalidade, e também melhorar desfechos como qualidade de vida de funcionalidade (MONSEES, J. et al, 2022), porém hipotetiza-se que a utilização da oxigenoterapia seja uma barreira para a prescrição de atividades de mobilização precoce.

2 OBJETIVOS

Verificar o impacto da oxigenoterapia no ambiente hospitalar na prescrição de fisioterapia.

3 MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, em que foram analisados os indicadores fisioterapêuticos trimestrais, da enfermaria de um Hospital Público, no período de Janeiro a Março de 2024.

Para o estudo foram analisados os indicadores com o número de pacientes atendidos, quantidade de usuários de oxigênio hospitalar e domiciliar, total de ajustes de O₂ podendo estes ser com aumento ou diminuição do O₂, instalação ou desmame do O₂. Além disso, foram contabilizados o total de procedimentos prescritos e realizados durante o atendimento, entre os procedimentos estão a sedestação, ortostatismo, deambulação, marcha estacionária e deambulação no paciente externo.

4 RESULTADOS

Foram atendidos no primeiro trimestre do ano de 2024, 408 pacientes. Dentro deste período, cerca de 107 (26,9%) pacientes utilizaram oxigenoterapia no hospital e para estes foram realizados 398 ajustes de oxigênio, além disso, 5 (1,6%) já faziam uso de O₂ no domicílio. No período, também foram realizados em média 382 atendimentos fisioterapêuticos, totalizando 1425 procedimentos realizados por mês, sendo 381 atendimentos de fisioterapia respiratória e 800 de fisioterapia motora e o restante de outros procedimentos como ventilação não invasiva, manejo e decanulação da traqueostomia, como podem ser observados separadamente na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização

	Janeiro	Fevereiro	Março	Média	D.P
N pacientes atendidos	103	174	131	136	35,76
N paciente O ₂ hospital	30	38	39	35,6	4,93
Taxa O ₂ hospital	29,1%	21,84%	29,77%	26,91%	4,40

N ajustes O2	106	141	151	132,6	23,62
N pacientes O2 domiciliar	5	0	0	1,66	2,88
Taxa O2 domi	4,9	0	0	1,6	2,80
Total de atendimentos	385	440	384	403	32,04
Total de procedimentos	1177	1592	1230	1333	225,86
Fisio respiratória	359	424	362	381,7	36,69

Dos procedimentos de mobilização precoce prescritos pelos fisioterapeutas a tabela 02 apresenta a comparação de conduta comparando os pacientes que utilizavam O2 com os que não necessitaram do uso.

Em relação a sedestação não houve diferença significativa no ato de sentar a beira leito, 67% dos pacientes com O2 foram sedestados e 63% dos pacientes sem O2. Em relação a prescrição de ortostatismo, 43% dos usuários de O2 realizaram ortostase e 47% dos pacientes sem O2, diferença não significativa. Destaca-se que a marcha estacionária ocorreu em maior proporção em usuários de O2, ocorrendo em 16,5% os pacientes quando comparados com 12% dos pacientes sem O2 ($p=0,004$).

Porém quando analisados as prescrições fisioterapêutica que necessitam o deslocamento do paciente, saindo da proximidade do leito, verificou que na deambulação, sendo esta no quarto ou corredor, os pacientes em ar ambiente realizaram mais esta atividade com 47% quando comparados com os usuários de O2 com 22% ($p=0,0001$) e em relação a deambulação em ambiente externo, em pacientes com O2, apenas 2,5% dos procedimentos envolveram esta atividade o que foi significativamente menor que os 18,9% dos pacientes sem O2.

Tabela 2 - Porcentagem de Atividade relaciona a utilização de oxigenoterapia

Atividade		Oxigenoterapia		Q ²	p
		Sim n(%)	Não n(%)		
Sedestação	Sim	67	62	3,37	0,07
	Não	33	38		
Ortostatismo	Sim	42	47	2,71	0,09
	Não	58	53		
Deambulação	Sim	22	47	67,21	0,0001
	Não	78	53		
Marcha estacionária	Sim	16,5	12	8,18	0,004
	Não	83,5	88		
Ambiente externo	Sim	2,5	18,9	21,77	0,001
	Não	97,5	81,1		

5 DISCUSSÃO

Nossos resultados mostram que atividades em que seja necessário se afastar do leito são menos empregadas como conduta fisioterapêutica em pacientes com oxigênio.

Pacientes hospitalizados, se encontram muitas vezes restritos ao leito e ao quarto em que se encontram, no entanto, muitas complicações do repouso prolongado ocorrem e podem ser significativamente deletérias, incluindo perda de massa muscular, aumento do risco de quedas, perda de independência funcional, atelectasia, pneumonia, úlceras de pressão, internação hospitalar prolongada, tromboembolismo venoso, delirium e risco aumentado de institucionalização. Indivíduos saudáveis, bem nutridos e imobilizados apresentam sinais de atrofia muscular esquelética em até 72 horas (SURKAN; GIBSON, 2018).

Além disso, a imobilidade pode causar várias complicações que influenciam na recuperação de doentes críticos, e que grande parte desses efeitos podem ser

amenizados com a realização de mobilização precoce. (AQUIN et al., 2019). No entanto, a prática habitual da mobilização de pacientes ainda não é frequente. No Brasil, recentemente, observou-se que não mais de 10% dos pacientes críticos são mobilizados além do leito, (AQUIN et al., 2019), em nosso estudo do total de procedimentos realizados, 20% foram condutas de mobilização precoce.

A prática de mobilização precoce é multiprofissional, no entanto, cabe ao fisioterapeuta definir o melhor modelo de intervenção, sua intensidade, periodicidade, continuidade ou interrupção. (AQUIN et al., 2019). Dentre as intervenções que podem ser realizadas estão a cinesioterapia, eletroestimulação elétrica neuromuscular, treinos de sedestação e controle de tronco, treino de mobilidade para transferências no leito, ortostatismo e marcha MARTINEZ; ANDRADE, 2020).

Um dos motivos mais comuns para a suspensão da execução dos exercícios durante a mobilização precoce foi a recusa dos pacientes ou familiares. (AQUIN et al., 2019). Ademais existem diversas barreiras que dificultam a implementação da mobilização, sendo elas clínicas, organizacionais, de conhecimento e treinamento, culturais e a própria comunicação.

No quesito eventos adversos, os principais são os efeitos cardiovasculares, perda e/ou deslocamento de cânulas endotraqueais, necessidade de interrupção da mobilização precoce devido a desconforto ou fadiga, agitação, frequência respiratória, dor, síncope, readmissão por poliartralgia (provavelmente por intervenções na pós-alta hospitalar), diminuição da saturação de oxigênio e assincronia paciente-ventilador. Mesmo os eventos adversos acontecendo durante a prática da mobilização precoce, estes ocorrem com frequência baixa. Ainda, eventos adversos também podem ocorrer independentemente da execução da mobilização precoce.

De acordo com os dados expostos, pacientes que utilizam oxigenoterapia, que são aqueles com condições de saúde mais graves, têm menos atividades de mobilização prescritas em comparação com aqueles que não necessitam de oxigênio. Isso se deve a diversas barreiras clínicas e organizacionais, que podem ser superadas com protocolos adequados, treinamento e equipamentos específicos. Assim como no estudo de Schweickert e seus colaboradores (2008), destacou a importância da mobilização precoce e seus benefícios, mas também notou que pacientes com insuficiência respiratória grave, que requerem oxigenoterapia intensa, são

frequentemente excluídos ou têm menor participação em protocolos de mobilização precoce .

Por fim, torna-se imprescindível ampliar o conhecimento e as diretrizes de aplicação pode auxiliar na redução das barreiras para a implementação maciça, facilitada e segura desta prática (AQUIN et al., 2019).

CONCLUSÃO

É possível concluir que atividades que não necessitam afastar-se do leito são as atividades mais frequentemente prescritas pelos fisioterapeutas como a sedestação, ortostatismo e marcha estacionária, porém a necessidade de oxigenoterapia hospitalar pode ser considerada uma barreira para atividades que necessitam afastar o paciente da beira leito como deambulação e deambulação no ambiente externo. Pode-se observar que atividades que requerem mais esforços físicos como deambulação, marcha estacionária, deambulação em ambiente externo, apresentam diferença significativa entre os pacientes que utilizam oxigenoterapia e os que não utilizam. Os que fazem uso, se encontram mais restritos ao leito, estando mais suscetíveis a complicações advindas do imobilismo e seus efeitos negativos em desfechos clínicos e funcionais.

REFERÊNCIAS

- AQUIM, E. E., BERNARDO; W. M.; BUZZINI, R.F. Diretrizes Brasileiras de Mobilização Precoce em Unidade de Terapia Intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 31, n. 4, p. 434–443, 2019.
- CASTELLANO, M.V.C.O., et al. Recomendações para oxigenoterapia domiciliar prolongada da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2022). J Bras Pneumol. v.48 n. 5. Ago. 2022.
- CRINER, C.J. Ambulatory home oxygen: what is the evidence for benefit, and who does it help?. Respir Care. v.58, n.1 p.48-64, Jan. 2013.
- MARISCO, A.; SAMPAIO, L.M.M. Oxigenoterapia. In: Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva; MARTINS, J.A.; KARSTEN, M.; DAL CORSO, S., organizadores. PROFISIO Programa de Atualização

em Fisioterapia Cardiovascular e Respiratória: Ciclo 3. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2017. p. 11--1---32. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 2).

MARTINEZ, B. P; ANDRADE, F.M.D. Estratégias de mobilização e exercícios terapêuticos precoces para pacientes em ventilação mecânica por insuficiência respiratória aguda secundária à COVID-19. ASSOBRAFIR Ciência. v.11, n.1, p.121-131, 2020.

MCDONALD C.F. et al. Clinical Practice Guideline on Adult Domiciliary Oxygen Therapy: Executive summary from the Thoracic Society of Australia and New Zealand. *Respirology*. v.21, n. 1, p.76-8, Jan. 2016.

MONSEES, J. et al. A systematic review of the effect of early mobilization on length of stay for adults in the intensive care unit. *Nurs Crit Care*. v. 28, n.4, p. 499-509. 2022.

NOGUEIRA, D.S.S.; UHLING, S.E.; NAWA, R.K. Estratégias de reabilitação e otimização da funcionalidade por meio de programas de reabilitação em unidades hospitalares. In: Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva; MARTINS, J.A.; MEDEIROS, A.I.C.; BORGES, D.L. organizadores. PROFISIO Programa de Atualização em Fisioterapia em Terapia Intensiva Adulto: Ciclo 14. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2023. p. 67–106. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 1).

SCHWICKERT, W.D et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet*. v.373 n.9678 p.1874-82, 2009.

SURKAN, M.J.; GIBSON, W.; Interventions to Mobilize Elderly Patients and Reduce Length of Hospital Stay, *Canadian Journal of Cardiology*. v.34, n.7, p.881-888, 2018. doi: 10.1016/j.cjca.2018.04.033.

IMPLANTAÇÃO DO PRONTUÁRIO AFETIVO NO SAD/MELHOR EM CASA DE PILAR-AL

Marcicléa Macêdo de Lima Batista
Claudinete Melo dos Santos
Denilma Santos Felix

RESUMO: Introdução: Com base nas diretrizes aplicadas à atenção domiciliar e levando-se em conta a preocupação contínua em garantir a humanização e integralidade da assistência prestada aos usuários no domicílio, foi implantado no Programa Melhor em Casa o Prontuário Afetivo (PA) que é um documento informal e personalizado onde se destacam informações relevantes do usuário que vão além da clínica médica. Através do atendimento no domicílio as equipes multiprofissionais passam a ter um contato contínuo com os usuários e familiares, assim a assistência é prestada de acordo com o seu contexto de vida. Portanto, entende-se que o PA é um recurso acessível e motivador no cuidado ao paciente por levar em conta suas necessidades e afetos. Objetivos: promover assistência humanizada ao usuário; favorecer o olhar holístico da equipe considerando a singularidade do sujeito; facilitar a compreensão das reais necessidades do usuário. Método: Para a elaboração do prontuário afetivo a equipe coletou informações diretamente com o usuário, na impossibilidade deste, seu cuidador mais próximo. Sua implantação foi dividida em 04 etapas: na 1ª etapa foi explicada ao usuário ou cuidador a proposta de elaboração desse instrumento. A 2ª etapa é composta por questões sobre hábitos, planos e aspectos relevantes de vida, por meio de um roteiro elaborado previamente; a 3ª etapa consiste na confecção do PA através do registro das informações colhidas, expressas de forma simples e lúdica, permitindo melhor visibilidade e possibilitando melhor percepção do sujeito assistido pela equipe. Na 4ª etapa o PA, construído em conjunto, é lido para o usuário e colocado na primeira

página do seu prontuário domiciliar. Resultados: O prontuário afetivo tem sido um modelo diferenciado e complementar ao prontuário tradicional existente, sua implantação trouxe benefícios para o serviço, possibilitando a identificação de dados relevantes da vida do sujeito; permitindo maior aproximação da equipe com o usuário e família, melhorando a confiabilidade e favorecendo a formação do vínculo terapêutico; possibilitando ainda que a equipe tivesse um olhar holístico e diferenciado para com o sujeito assistido, formulando estratégias de intervenções melhor direcionadas. Conclusão: O prontuário afetivo mostrou-se uma excelente ferramenta para o direcionamento assertivo da equipe durante o cuidado prestado; melhorando assim a qualidade de vida dos usuários, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização.

Palavras-chave: Prontuário Afetivo; Humanização da Assistência; Atendimento Domiciliar; Equipe Multiprofissional.

1 INTRODUÇÃO

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/Melhor em Casa visa a redução da demanda por atendimento hospitalar e, conseqüentemente, do período de permanência dos usuários internados; consolidando-se como estratégia eficaz e segura para a continuidade da assistência prestada nos hospitais.

Conforme as diretrizes aplicadas à atenção domiciliar e levando-se em conta a preocupação contínua em garantir a humanização e integralidade da assistência prestada aos usuários no domicílio, surgiu a proposta de implantação do Prontuário Afetivo (PA) como recurso alternativo e complementar aos prontuários médicos tradicionais.

O Prontuário Afetivo é um documento informal e personalizado que destaca informações relevantes do usuário que vão além da clínica médica; criado pela Dra. Isadora Jochimes, durante o cenário da pandemia da COVID 19, na tentativa de oferecer um tratamento mais humanizado no ambiente hospitalar (JOCHIMS, 2021).

Através do atendimento no domicílio as equipes multiprofissionais passam a ter um contato contínuo com os usuários e familiares, assim a assistência é prestada de acordo com o seu contexto de vida. Vale ressaltar que o profissional da saúde deve compreender que a linha do cuidado vai além das informações contidas no prontuário médico, e que o usuário deve ser compreendido como sujeito ativo no processo de intervenção. Portanto entende-se que o prontuário afetivo é um recurso acessível e motivador no cuidado ao paciente por levar em conta suas necessidades e afetos.

1.1 OBJETIVOS

- ✓ Promover uma assistência humanizada ao usuário atendido no SAD/Melhor em Casa Pilar-AL;
- ✓ Favorecer o olhar holístico da equipe considerando a singularidade do sujeito;
- ✓ Facilitar a compreensão das reais necessidades do usuário mediante fatores significativos de sua história de vida.

2 DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Em janeiro de 2023 iniciou-se a confecção dos prontuários afetivos dos usuários atendidos no domicílio pela equipe do SAD/ Programa Melhor em Casa do município de Pilar/AL.

Para a elaboração do prontuário afetivo dos usuários atendidos pelo SAD/Melhor em Casa, a equipe multiprofissional coletou informações diretamente com o usuário, e no caso de impossibilidade deste, seu cuidador mais próximo que conheça minimamente suas memórias afetivas. Sua implantação foi dividida em quatro etapas:

Na primeira etapa foi explicada ao usuário ou cuidador a proposta de elaboração desse instrumento, de modo a favorecer uma assistência humanizada de acordo com a singularidade do sujeito. A segunda etapa compõe as questões através das quais o usuário, ou seu cuidador, relata hábitos, planos e aspectos relevantes de vida, por meio de um roteiro elaborado previamente, e passível de adequação durante este processo. As questões levantadas incluem profissão, comida preferida, música favorita, sonhos, palavras ou frases marcantes em sua vida; a terceira etapa consiste na confecção do prontuário afetivo através do registro das informações colhidas, expressas de forma simples e lúdica, permitindo melhor visibilidade e possibilitando melhor percepção do sujeito assistido pela equipe. Na quarta e última etapa o prontuário afetivo, construído em conjunto, é lido para o usuário e colocado na primeira página do seu prontuário domiciliar, como complemento ao prontuário tradicional. À medida que a equipe vai avaliando e prestando assistência ao indivíduo, se depara com informações sobre a vida do sujeito assistido, permitindo assim, desenvolver ações mais assertivas, levando em consideração seu contexto de vida.

O prontuário afetivo tem sido um modelo diferenciado e complementar ao prontuário tradicional existente, sua implantação trouxe alguns benefícios para o

serviço, que por meio de um acolhimento e escuta qualificada, foram identificados dados relevantes da vida do sujeito que vão para além da patologia; esse instrumento permitiu uma maior aproximação da equipe com o usuário e família, melhorando a confiabilidade e favorecendo a formação do vínculo terapêutico; possibilitou ainda que a equipe tivesse um olhar holístico e diferenciado para com o sujeito assistido, formulando estratégias de intervenções melhor direcionadas.

Outros benefícios que o prontuário afetivo trouxe para a equipe foi a forma de avaliar o usuário e prestar a assistência nas condutas terapêuticas de rotina, deixando-as mais dinâmicas e personalizadas, isto porque a verificação dos sinais vitais, curativos, medicações, exames clínicos e reabilitação domiciliar, tornaram-se mais prazerosas para o usuário, familiares e equipe, na medida em que o ambiente tornou-se mais acolhedor, permitindo que o profissional de saúde converse sobre assuntos que o usuário gosta e quer ouvir, tendo assim uma relação de empatia e ficando o indivíduo mais à vontade para relatar o que sente, tornando o ambiente mais humanizado.

CONCLUSÃO

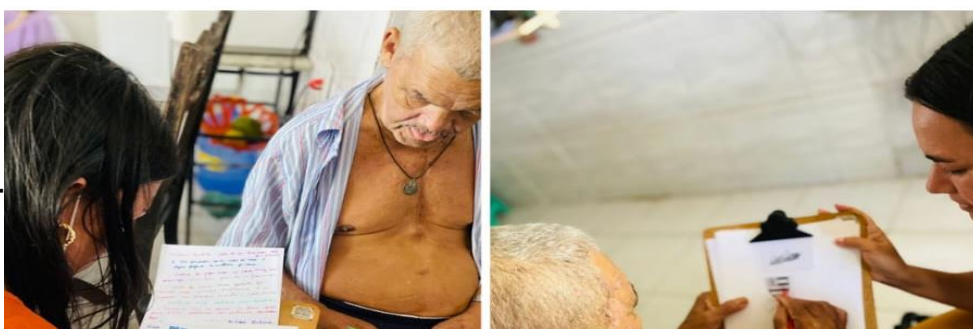
O prontuário afetivo mostrou-se uma excelente ferramenta para direcionamento assertivo da equipe durante o procedimento/cuidado prestado, tornando a visita prazerosa para todos os atores envolvidos usuário/ família e profissional da saúde; e assim melhorando a qualidade de vida dos usuários, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização.

REFERÊNCIAS

JOCHIMS, Isadora. Médica cria o 'prontuário afetivo', um jeito carinhoso de tratar os pacientes de Covid-19. [Entrevista concedida a] Fátima Gomes Bernardes. Encontro com Fátima Bernardes, Rio de Janeiro, 5 abr. 2021. Disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/9410439/>. Acesso em: 14 mar. 2023.

ANEXOS

Guarapuava –



Pilar Prefeitura Municipal de Pilar
Presta para a Saúde!

PREFEITURA MUNICIPAL DE PILAR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE CONTROLE E AVALIAÇÃO

Melhor em Casa
Melhorando a Qualidade de Vida

Prontuário Afetivo

Oi me chamo * CELENISE *

Gosto muito de comer suco,
carne, peixe, mas não posso...
Gosto de usar minha
própria roupa.

Se eu pudesse
iria passear para ver um rio
ou mar.

Sempre gostei de cuidar
dos meus sobrinhos e irmãs
mais novos.

Gosto de ir para a igreja,
escutar músicas do
Roberto Carlos; principalmente
de sa que fala de Nossa
Senhora.

Tenho saudades
da minha mãe, sobrinhos
e muitos que já se foram...

Minha palavra "SAÚDE"
É muito bom quando temos
saúde...



Pilar Prefeitura Municipal de Pilar
Presta para a Saúde!

PREFEITURA MUNICIPAL DE PILAR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE CONTROLE E AVALIAÇÃO

Melhor em Casa
Melhorando a Qualidade de Vida

Prontuário Afetivo

Oi me chamo
* GENIVALDA *


Gosto muito de frutas,
legumes, peixes...
Meu sonho é voltar a
ir na feira comprar
minhas coisas...

Tenho fe um Deus que
voltage a colocar meus
pés na água do mar...

Gosto de escutar mú-
sicas e dançar, lembro dos
tempos em que eu dançava
muito nos espaços para
atividades comunitárias.

Tenho saudades de andar,
fazer minhas caminhadas,
ir para BICA...

Minha frase
"A vida é Bata".



Fotos dos PA



IMPLANTAÇÃO UM PROTOCOLO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM FOZ DO IGUAÇU-PR

Aline Luiza Fuhr
Max da Silva Maciel
Leonel Augusto da Cruz
Taigra Morgana Picco
Susan Michele Silvestre Lorenzato
Hyan de Alvarenga Moreira

RESUMO: O perfil epidemiológico incita para ampliação do cuidado domiciliar e de um cuidado ampliado com ênfase para a abordagem e cuidado paliativo em rede de saúde. Nesse sentido, este trabalho tem o objetivo de apresentar a estruturação do protocolo municipal de cuidados paliativos estabelecido pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de Foz do Iguaçu e a inserção desse cuidado em rede de saúde. Houve estruturação de um protocolo de cuidados paliativos em rede de saúde com o matriciamento nos diversos níveis de atenção à saúde; mudanças no modo de atuação das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMADs), Equipe Multiprofissionais de Apoio (EMAP) e telemonitoramento do SAD; redução de internações hospitalares; bem como incidência de óbitos no domicílio e especialmente ampliação do cuidado paliativo em rede de saúde e no domicílio. A implementação do protocolo de cuidados paliativos em Foz do Iguaçu constitui um marco significativo

na evolução da Rede de Atenção à Saúde e soma-se com outros esforços no sentido de desfragmentação de uma rede de saúde localizada em tríplice-fronteira.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Atenção domiciliar; Rede de Atenção à Saúde; Protocolo Clínico.

1 INTRODUÇÃO

A crescente prevalência de doenças crônicas-degenerativas incapacitantes e incuráveis em idosos apresenta um desafio significativo para os sistemas de saúde em todo o mundo (BRASIL, 2021), incluindo o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). À medida que a população envelhece e o número de indivíduos que sofrem de condições crônicas e degenerativas aumenta (CARDOSO; DIETRICH; SOUZA, 2021), surgindo a necessidade de modelos de cuidado mais eficientes e humanizados que possam ser administrados fora do ambiente hospitalar tradicional (BRASIL, 2012).

Segundo a OMS (2007), os cuidados paliativos representam ações para aprimorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a vida, promovendo a prevenção e alívio do sofrimento por meio de uma identificação precoce, avaliação metódica e tratamento eficaz da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.

Dentro de conceito são elencados alguns princípios (BYOCK, 2009): A morte é um elemento natural e inevitável da existência humana; o foco principal da prática clínica deve ser a manutenção da qualidade de vida; Os Cuidados Paliativos visam aliviar o sofrimento sem acelerar o falecimento nem estender indevidamente o processo de morte; O bem-estar da família é tão prioritário quanto o do paciente, com ambos considerados parte de uma única unidade de atendimento; Uma das principais metas dos cuidados prestados é o manejo eficaz dos sintomas, que devem ser avaliados regularmente e tratados de forma eficiente; As decisões terapêuticas devem ser tomadas eticamente, com transparência e cooperação entre médicos, pacientes e familiares, respeitando-se as diferenças culturais e éticas; A natureza multidisciplinar dos Cuidados Paliativos é essencial, envolvendo profissionais de diversas áreas para um atendimento integral; Frente à complexidade da medicina moderna, que muitas vezes resulta em um atendimento fragmentado, os Cuidados Paliativos se destacam pela coordenação e continuidade dos cuidados ao paciente; A abordagem dos Cuidados Paliativos é holística, levando em consideração não apenas o físico, mas também os aspectos espirituais e emocionais do paciente; O suporte aos familiares

não termina com a morte do paciente, mas continua com o acompanhamento do luto pelo tempo que for necessário.

Em Foz do Iguaçu, a estruturação do SAD passou a desempenhar um papel crucial nesse contexto. Oferecendo cuidados em domicílio, o SAD permite que pacientes com doenças crônicas recebam assistência e suporte terapêutico de multiprofissionais da saúde em um ambiente familiar, o que pode melhorar significativamente a qualidade de vida (BRASIL, 2022). Isso é particularmente importante para aqueles que enfrentam doenças incuráveis e progressivas, pois reduz a necessidade de internações frequentes, que são emocional e financeiramente desgastantes tanto para pacientes quanto para suas famílias (ALVES et al., 2019).

Além disso, a integração dos cuidados paliativos nesse modelo de atendimento se mostra essencial. Os cuidados paliativos visam proporcionar alívio do sofrimento e a melhoria da qualidade de vida para pacientes que enfrentam as complexidades de doenças graves e incuráveis. Eles não se limitam ao contexto de fim de vida, mas devem ser aplicados desde o diagnóstico e concomitantemente ao tratamento curativo, utilizando-se de todos os recursos necessários para uma melhor compreensão e manejo dos sintomas. Ao priorizar o conforto e a qualidade de vida através do controle eficaz dos sintomas se faz possível um cuidado digno e humano em um dos momentos mais difíceis para as famílias (OMS, 2007).

Foz do Iguaçu, por estar localizada em uma tríplice-fronteira, convive com uma demanda elevada de atendimentos e procedimentos, muitas vezes não remunerados financeiramente a nível federal. No que tange ao cuidado paliativo, um de quatro hospitais públicos e particulares apresentava equipe específica para isso quando o SAD foi iniciado. Por outro lado, grande parte da rede de saúde visivelmente pouco fala ou se aprofunda do tema, sendo impossível a continuidade do cuidado. Anteriormente ao SAD, existia no município uma equipe com a presença de paliativista que realizava de maneira ainda desatualizada o controle da dor. Logo, este foi um dos principais desafios ao estruturar o SAD.

A implantação de um protocolo de cuidados paliativos em Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenado pelo SAD se fez fundamental para estruturar essa abordagem em um município onde o cuidado paliativo ainda é pouco abordado de maneira preconizada e na qual um processo histórico de entraves na saúde pública

se faz presente. As consequências de um sistema de saúde sobrecarregado por uma região de fronteira não deixam de ser visíveis na qualidade do cuidado prestado em rede de saúde. Por outro lado, diversas escolhas e decisões de gestão fizeram com que uma rede de saúde fragmentada e de pouca continuidade do cuidado no qual família e paciente são os principais prejudicados.

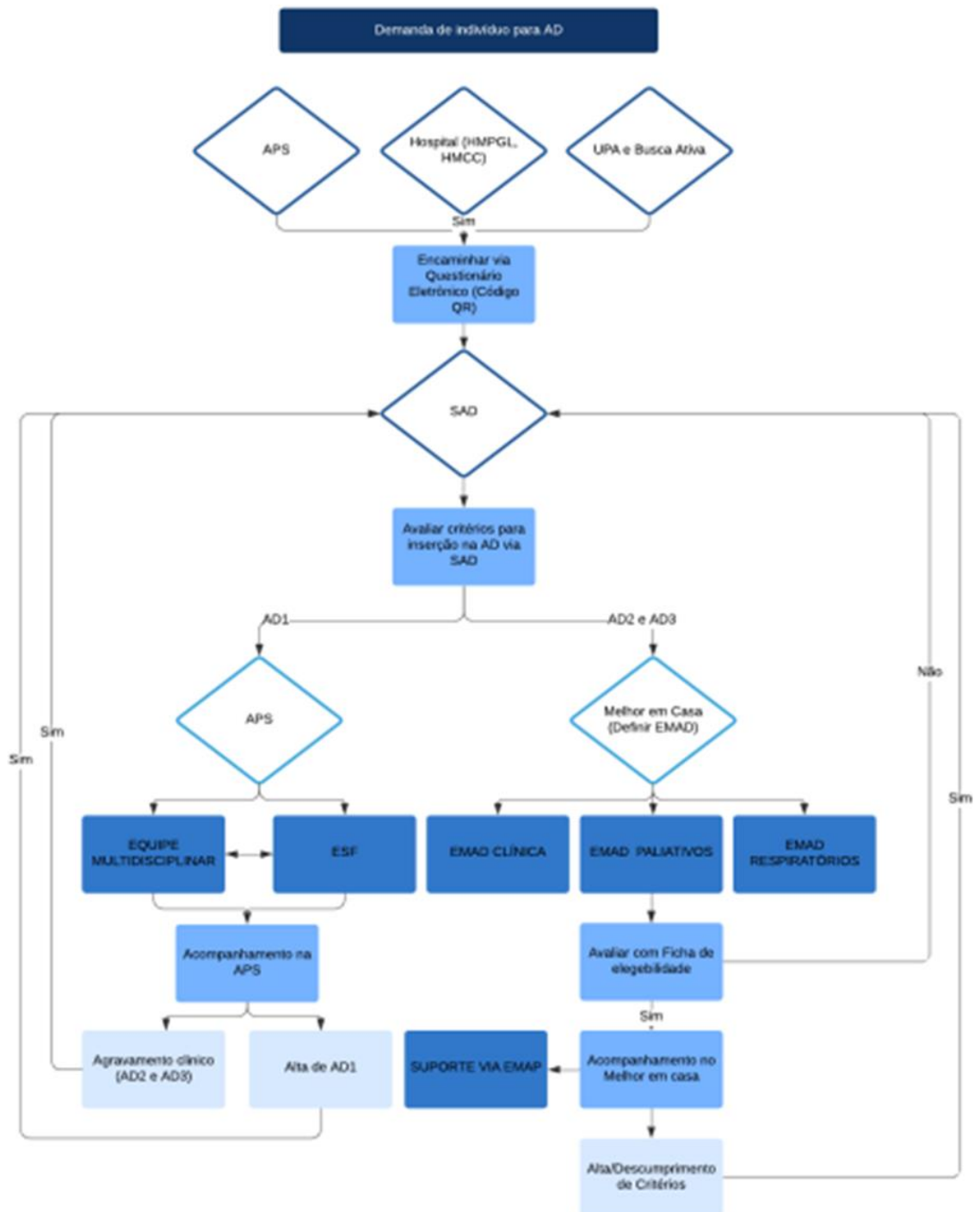
2 OBJETIVO

Apresentar a estruturação do protocolo municipal de cuidados paliativos estabelecido pelo SAD de Foz do Iguaçu e a inserção desse cuidado em rede de saúde.

3 DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Inicialmente, com a estruturação do SAD, considerando a realidade da rede de saúde, houve a necessidade de estabelecimento de uma equipe referência em Cuidados Paliativos no SAD. Isso também pelo fato de que o município apresenta uma importante demanda de pacientes oncológicos e abordados pela equipe Hospitalar de cuidados paliativos do hospital CACON. Portanto, a estruturação do protocolo de cuidados domiciliares municipais levou em consideração o estabelecido na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma de gerenciamento das demandas de AD em Foz do Iguaçu. Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, 2021.



Após a execução do fluxograma em rede de saúde, iniciou-se um processo de debates quinzenais entre as equipes do SAD e a equipe de referência em cuidados paliativos do CACON. Esse processo se ampliou também para o Grupo de Trabalhos da Itaipu Binacional, via SAD, ampliando o alcance do tema. Nesse meio tempo, as equipes do SAD e do hospital Cacon passaram a criar o protocolo municipal de

cuidados paliativos. Esta parceria visa combinar conhecimento prático com expertise técnico e científico para formular um conjunto de diretrizes que promovam a qualidade de vida dos pacientes e minimizem a necessidade de internações frequentes.

Esse trabalho se deu considerando os debates e realidade das demandas locais, mas especialmente, as recomendações vigentes para esse cuidado de maneira profissional e humana. Após um processo de estruturação de pelo menos seis meses houve a finalização do documento que apresenta definições teóricas, atribuições de profissionais e dos níveis da rede de saúde, dentre outros aspectos relacionados ao controle da dor e dignidade e conforto para a execução do cuidado paliativo.

O protocolo estabelece diretrizes claras para a avaliação e manejo de sintomas, a comunicação eficaz com pacientes e familiares e a decisão ética sobre tratamentos. Também envolve capacitações continuadas para profissionais de saúde, garantindo que eles estejam equipados para fornecer um cuidado compassivo e competente.

As ações para a implantação do protocolo de cuidados paliativos em Foz do Iguaçu foram cuidadosamente planejadas para assegurar eficiência e eficácia no atendimento aos pacientes com doenças crônico-degenerativas incapacitantes e incuráveis. Após a criação do protocolo, o próximo passo foi a capacitação dos profissionais de saúde. Para isso, foi implementado um programa abrangente de treinamento nos hospitais (em especial no hospital municipal também foi executado um cronograma de debates com profissionais de saúde dos diversos setores associado a reunião semanal para desospitalização e debate de casos), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Unidade Básica de Saúde (UBS).

Além disso, o SAD realizou o Seminário Municipal de Atenção Domiciliar em Cuidados Paliativos para a apresentação do protocolo municipal e debate de casos clínicos junto a todos os profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS). Este evento serviu como uma plataforma vital para a discussão das práticas de cuidados paliativos, troca de experiências entre profissionais da saúde e gestores, e fortalecimento das relações entre as partes interessadas. Além disso, o seminário possibilitou a divulgação do novo protocolo, enfatizando sua importância e os benefícios esperados para pacientes e famílias.

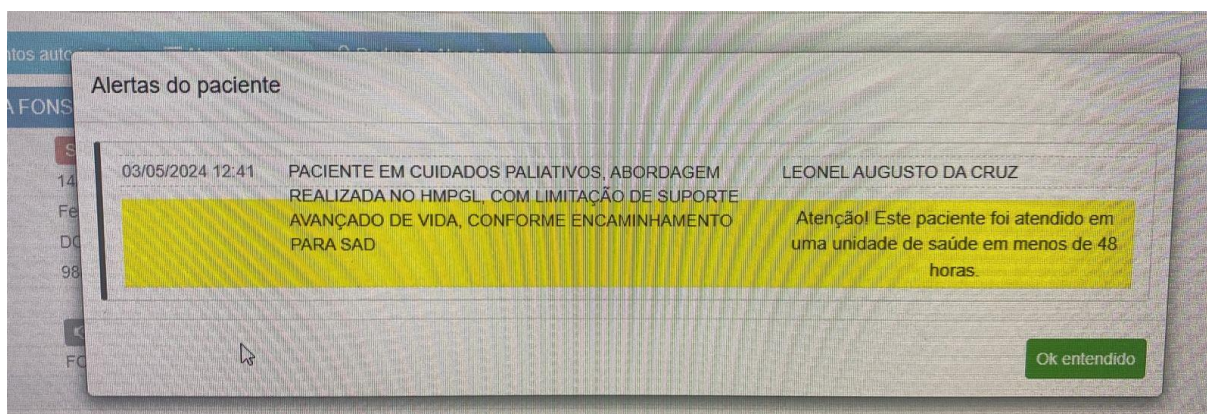
O estágio de implementação iniciou-se com uma fase piloto, de modo que o SAD está atento para desafios ou necessidades de ajustes nas diretrizes

estabelecidas, aspectos estes que são debatidos juntos as EMADs, com base nos feedbacks coletados de profissionais de saúde, pacientes e familiares.

Mais que isso, atualmente houve a ampliação das equipes do SAD que realizam o cuidado paliativo de modo que hoje as três EMADs e a EMAP realizam atendimentos desse perfil. Outrossim, o cuidado da dor é realizado a partir de medicação fornecida pelo Paraná sem dor, de modo que as equipes encontram-se em capacitações para realização de hipodermóclise via protocolo do SAD. Mais que isso, a alta dos pacientes para a APS é compartilhada e frequentemente existe suporte para profissionais da APS que sintam-se despreparados ou inseguros para o cuidado paliativo.

Por outro lado, o modo de cuidar de dentro do SAD também foi revisado no sentido de abordagem e termos adequados e coerentes, debates de casos entre EMAD e EMAP com ênfase em atenção psicológica prioritária, revisão do modo de cuidar de cada área profissional atuante pelo SAD, diálogo sobre o processo ativo de morte (PAM) no domicílio, revisão das tratativas no teleatendimento do SAD para tranquilidade de cuidadores em relação ao óbito no domicílio; aprofundamento teórico sobre o tema; e esclarecimento sobre o cuidado estabelecido em prontuário eletrônico unificado (Figura 2).

Figura 2 - Alerta de abordagem de cuidados paliativos no prontuário eletrônico municipal.



Trata-se de um trabalho frequente e que precisa ser diário considerando o histórico da rede de saúde e a desfragmentação pela qual o SAD vem tentando superar, ao interligar hospitais, UPAS e APS. Essas ações não apenas estabelecem um padrão de cuidado paliativo robusto e integrado, mas também promovem uma cultura de atendimento centrado no paciente e em sua família, refletindo o

compromisso de Foz do Iguaçu com a melhoria da qualidade de vida de seus cidadãos mais vulneráveis.

O aumento da incidência de óbitos no domicílio, observado desde a introdução deste protocolo, evidencia uma transição importante no cenário da saúde pública. Os pacientes agora têm a possibilidade de passar seus últimos dias no conforto de seus lares, cercados por familiares e assistidos por equipes de saúde altamente capacitadas, o que reforça a essencialidade e a eficácia dos cuidados paliativos domiciliares. Este resultado não apenas atesta o respeito pela vontade e pelas preferências dos pacientes, mas também se alinha aos princípios dos cuidados paliativos que prezam pela qualidade de vida até o fim.

Além disso, a diminuição da incidência de internações hospitalares é uma consequência direta e benéfica deste modelo de atendimento. A redução de custos mas também a ocupação de leitos e a iatrogenia impactam não somente uma gestão mais eficiente dos recursos de saúde, mas também uma menor carga emocional e financeira para as famílias dos pacientes. Portanto, este novo paradigma não só melhora a qualidade do atendimento, mas também promove a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) como um todo.

CONCLUSÃO

A implementação do protocolo de cuidados paliativos em Foz do Iguaçu constitui um marco significativo na evolução da Rede de Atenção à Saúde. Este protocolo não apenas reflete uma profunda compreensão das necessidades de pacientes com doenças crônico-degenerativas incapacitantes e incuráveis, mas também materializa o compromisso da comunidade médica e das autoridades de saúde em oferecer um cuidado mais humano, digno e eficiente.

É o momento de colocar o indivíduo, sua história, suas vontades e seu entorno familiar ou de cuidados (na sua ampla complexidade e individualidade) como centro de um planejamento de cuidado.

A organização interna para suportar essas mudanças revela uma adaptabilidade por parte do SAD e demais envolvidos. O compromisso com a formação contínua de profissionais, a adaptação e o refinamento constantes das

práticas de cuidado, bem como a interação com a comunidade, são aspectos que sublinham a maturidade e a eficácia do protocolo implantado.

Nesse contexto, Foz do Iguaçu emerge como experiência de integração de cuidados paliativos podendo ser aplicável a outros locais. Com isso, segue-se firme no propósito de assegurar que cada indivíduo receba o respeito, o cuidado e a dignidade que merece na jornada final de sua vida, como um grande e único universo que representa.

Por fim, findamos nossas conclusões com uma das avaliações disponibilizadas por nossos cuidadores como parte da rotina de atuação do SAD: “A equipe melhor em casa, trouxe vida, dignidade, melhoria no quadro do nosso pai acamado! O Dr Leonel e todas as profissionais que vinham com ele, nos traziam não só atendimento/ receitas e prestavam um serviço de saúde, mas traziam amor, carinho, afeto, respeito e vida à esta casa! Sempre bom ver aqueles anjos estacionando o carro e entrando portão adentro! Agradeço e peço à Deus que proteja eles também, que tenham saúde e coragem de seguir com aqueles sorrisos nos rostinhos e as palavras de conforto e alívio quando atendem uma família que, geralmente está angustiada e eles trazem todo esse afeto e cuidado em forma de gente.[...]”

REFERÊNCIAS

ALVES, R. S. F. et al. Cuidados paliativos: alternativa para o cuidado essencial no fim da vida. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 39, p. e185734, 2019. Disponível em : <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/NSScM87z94MQRGL8RPtBGzJ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 10 de maio de 2024.

BRASIL, Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Programa para la Cohesión Social. Documento orientador de políticas de apoio ao cuidador familiar no Brasil, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2022/junho/DOC_orientador_Euro_Cuidados1.pdf>. Acesso em 10 de maio de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar, 2012. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar.pdf>.
Acesso em 10 de maio de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil, 2021-2030, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2021/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf>. Acesso em 10 de maio de 2024.

BYOCK, I. Principles of palliative medicine. In: WALSH, D. et al. Palliative Medicine, 2009. p.33-41. Disponível em : <https://books.google.com.br/books/about/Palliative_Medicine.html?id=7KcGKwAACAAJ&redir_esc=y>. Acesso em 10 de maio de 2024.

OMS. World Health Organization. Global atlas of palliative care at the end of life, 2014. Disponível em: <https://waltherglobalpalliativecare.iu.edu/resources/international-resources/doc-files/wpca_global_atlas_of_palliative_care_2014.pdf >. Acesso em 10 de maio de 2024.

OMS. World Health Organization. Palliative care. Cancer control: knowledge into action: WHO guide for effective programs. Module 05. Genève, 2007. Disponível em: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/CC_PalliativeCareModule.pdf>. Acesso em 10 de maio de 2024.

IMPLANTAÇÃO DA LINHA GUIA DE SAÚDE BUCAL DO ESTADO DO PARANÁ NO MUNICÍPIO DE GUARAPUAVA

Lívia Menon Follador
Isimone Mirandagaliciol
Skarlatt Ohana De Paula Louro
Mariana Rinaldi
Thiago Tatim

RESUMO: As Linhas guias na saúde pública tem como objetivo ajudar a garantir que os elementos de um projeto estejam alinhados de forma precisa, regulando ações ou procedimentos. No campo da saúde, a padronização dos processos de trabalho dos profissionais da área odontológica, otimiza o dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde. Buscando elucidar como isso se desenvolve na prática, o presente trabalho apresenta um relato de experiência da implantação desse sistema nas Unidades Básicas de Saúde em Guarapuava/PR. Portanto, a homogeneização de conceitos e processos laborais resulta em um trabalho mais efetivo, enfatizando a educação na autonomia dos usuários, promovendo o seu protagonismo no processo saúde-doença e levando ao desenvolvimento comunitário.

Palavras-chave: Linha Guia de Saúde bucal. Implementação. Unidades Básicas de Saúde. Saúde Pública.

1 INTRODUÇÃO

As linhas-guia são documentos editoriais que têm como propósito determinar, normalizar, padronizar ou regular ações ou procedimentos. Este trabalho visa aplicar o conceito de Atenção à Saúde nas unidades básicas de saúde, caracterizado pelo conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção, controle das doenças, tratamento das sequelas e reabilitação, executados em um processo de integralidade (NARVAI, 1994). Isso será realizado por meio da Implantação da Linha Guia da Saúde Bucal no Município de Guarapuava, visando a aplicabilidade deste conceito.

A adoção da Linha Guia de saúde bucal nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Guarapuava permitirá a homogeneização de conceitos e processos laborais, visando um trabalho mais eficaz e eficiente, com foco na qualidade da atenção à comunidade e na humanização. Destaca-se a ênfase na educação em saúde, com o incentivo e o fortalecimento da autonomia dos usuários, capacitando-os para a mudança de hábitos e controle da sua saúde, transformando-os em agentes ativos no processo saúde-doença, o que é fundamental para o desenvolvimento comunitário.

1.1 OBJETIVOS GERAIS:

Descrever todo o processo de implantação da Linha Guia de Saúde Bucal no Município de Guarapuava, realizando assim um estudo de caso sobre o impacto dessas ações dentro da comunidade usuária do SUS.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar, por meio de estudo de caso, nas Unidades Básicas de Saúde do município de Guarapuava que realizaram estratificações em Saúde Bucal, quais os fatores de risco correlacionados aos determinantes que influenciam no Risco de Saúde Bucal da população adstrita.

Identificar estratégias de apoio e ações que impactem em resultados visando a redução de danos dos fatores associados ao risco identificado.

Realizar uma análise do resultado das ações de integralidade, atendimento multidisciplinar e educação permanente.

Descrever o resultado obtido por meio da aplicabilidade das ações preconizadas pela Linha Guia, bem como seu impacto direto no desenvolvimento da comunidade.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa/quantitativa realizado por meio da descrição de todo o processo de Implantação da Linha Guia de Saúde Bucal do Estado do Paraná no Município de Guarapuava, escolhido pelo estado para ser o município piloto para a implantação da Linha Guia, no período de 2015/2017. Realizando um levantamento atualizado dos dados inerentes ao risco em saúde bucal da população usuária das UBS, por meio do sistema de informatização do Município de Guarapuava (Fast Medic), para obtenção de dados que identifiquem quais as ações necessárias que evidenciem maior efetividade nos quesitos de prevenção e promoção de saúde, bem como a utilização do conceito de risco para garantia da equidade. Identificando resultados obtidos por meio de relatos de Profissionais de Odontologia, Coordenadores das unidades de Saúde, membros das equipes e usuários, considerando o impacto na comunidade mediante a implantação deste novo modelo de atenção à saúde bucal, de maneira que possamos demonstrar o sucesso ou ainda falhas na aplicabilidade deste processo.

3 RESULTADOS

Esta Linha-guia foi aplicada dentro dos princípios e diretrizes do SUS (universalidade, integralidade, equidade, regionalização, controle social) e de suas normalizações, das diretrizes acrescidas pela Política Nacional de Atenção Básica – Portaria 648/GM (qualificação, resolubilidade, territorialização, planejamento, vigilância à saúde, trabalho interdisciplinar, monitoramento, criação de vínculo, responsabilização e educação continuada), dos princípios da Promoção à Saúde (educação em saúde, intersectorialidade, desenvolvimento comunitário, construção de políticas saudáveis), e considerando o enfoque da organização da atenção em saúde a partir dos princípios da Atenção Primária (acesso, longitudinalidade, coordenação, integralidade, enfoque comunitário e abordagem familiar).

O enfoque na Atenção Primária significa que a lógica do serviço foi feita a partir da organização desse nível de atenção, sendo ele o responsável pela resolução da absoluta maioria dos problemas de saúde bucal que afetam a população, principalmente pela sua possibilidade de atuação no ambiente em que acontece o processo saúde-doença. Nesse sentido, a resolubilidade da atenção primária deverá ser buscada, fazendo-se apenas os encaminhamentos necessários para a atenção especializada. A Atenção Primária deve ainda ser a porta de entrada do sistema, fazendo as referências necessárias, acompanhando o atendimento do usuário em outros níveis de atenção, e sendo responsável pelo cuidado após o seu retorno da atenção especializada.

Consideramos fundamental o processo de territorialização, de forma que sejam definidos um território e uma população adscrita para a atuação da equipe de saúde, o que possibilita a co-responsabilização da equipe pela saúde dessa população, a interação com a comunidade, o cuidado e a vigilância à saúde. Esta Linha-guia estará trabalhando ainda dentro do conceito de Atenção em Saúde Bucal, constituída pelo conjunto de ações que incluem a assistência odontológica – relacionada aos procedimentos oferecidos aos usuários de forma individual – e as ações de alcance coletivo.

A cidade de Guarapuava no Paraná, foi a pioneira a implantar esta Linha Guia de Saúde Bucal, onde temos como prioridade o trabalho em equipe, com ênfase no

acolhimento e humanização. As principais etapas para a implantação da linha guia de saúde bucal foram:

3.1 DIAGNOSTICO SITUACIONAL E PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

Através de um criterioso diagnostico situacional, realizamos uma análise da capacidade instalada dos serviços de saúde bucal, incluindo recursos humanos, infraestrutura e equipamentos. Identificação das principais necessidades e demandas em saúde bucal e definição de prioridades.

Com a realização de um planejamento estratégico robusto definimos o estabelecimento de objetivos a curto, médio e longo prazo para a melhoria da saúde bucal através da elaboração de matriz de gerenciamento por processos construídas por um pequeno número de profissionais para discussão prévia e posteriormente apresentação para todos os profissionais da rede sendo elas a matriz de gerenciamento para atendimento as gestante; matriz de gerenciamento para atendimento as pessoas portadoras de doenças crônicas; matriz de gerenciamento para realização de classificação de risco para as urgências odontológicas; matriz de gerenciamento para realização de estratificação de risco em saúde Bucal. Através de construção destas matrizes definiu-se as metas específicas que são: cárie zero aos cinco anos; atendimento com priorização por grau de sofrimento e atendimento por risco estratificado (alto, médio e baixo); bem como atendimento a grupos prioritários como gestante e portadores de doenças crônicas.

3.2 INSTRUMENTO CLÍNICO E DIRETRIZ DE ATENDIMENTO

3.2.1 Classificação de risco

Através da implantação de instrumentos clínicos e diretrizes de atendimento baseados em evidências científicas, seguimos com a realização da classificação de risco.

No atendimento de urgência, os usuários devem ser classificados em vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. A escala concebida vem de encontro com escalas descritas na literatura (EVANS et al, 2001; SCOTTISH DENTAL CLINICAL EFFECTIVENESS PROGRAMME, 2007; MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2008;

PADILHA, 2012), que visa o atendimento por grau de sofrimento, não por ordem de chegada.

Vermelho: Emergência odontológica, que deve ser encaminhada ao Hospital de Referência ou que necessite de um atendimento especializado. Considera-se como prioridade máxima do atendimento: hemorragia intensa (contínua e não controlada pela aplicação de pressão direta local); infecções de origem buco-dental grave com possibilidade de comprometimento sistêmico; tumefação extensa atingindo área dos olhos ou ocasionando dificuldade para engolir/respirar e os traumas maiores como os faciais, com suspeitas de fraturas ósseas e lacerações faciais extensas.

Laranja: Os casos de prioridade laranja incluem as hemorragias menores (controláveis por medidas locais); traumatismos dento-alveolares ocorridos em tempo inferior a duas horas; abscessos agudos; tumefação relacionada a infecções de tecido mole e dor de origem dentária intensa, espontânea e contínua. A presença de usuários institucionalizados, que requerem escolta, traz constrangimentos aos trabalhadores e aos demais usuários, assim como risco de complicações como uma eventual tentativa de fuga ou resgate. Por isso, devem retornar o mais rápido possível à instituição de origem, sendo também prioritários.

Amarelo: Usuários com dor intermitente ou noturna, intensa mas com períodos de acalmia, e passível de controle por analgésico devem ser atendidos por ordem de chegada ou dentro de um período de uma hora. São casos em que o usuário não poderá aguardar por atendimento programado, pois a dor é intensa, mesmo que em curtos períodos ou que não esteja com dor no momento.

Verde: Como prioridade verde, são incluídas condições que ainda que não sejam caracterizadas como urgências odontológicas, são do ponto de vista do usuário ou por merecerem atenção diferenciada pela condição sistêmica do paciente. O relato de doença crônica descompensada e infecção bucal, lesão bucal auto referida e perda estética relevante com comprometimento psicossocial devem ser aqui consideradas. O atendimento pode ser feito em até duas horas, ou agendado para atendimento programado.

Azul: O nível azul compreende todas as demais queixas odontológicas não urgentes, sendo que se destaca dor leve, sensibilidade dentinária, fraturas de restauração, exodontia de decíduos e reparos de peças protéticas. São usuários que

têm necessidade de tratamento odontológico percebido como urgente, mas que não são reais e podem aguardar por atendimento dentro de quatro horas ou ser agendado para o atendimento programado.

Contudo, os usuários com idade superior a sessenta anos, crianças, pacientes que por condição fisiológica ou patológica se encontrem em situação de vulnerabilidade, como pacientes com necessidades especiais e gestantes, terão prioridade com relação aos pacientes do mesmo nível após a determinação da classificação de urgência.

3.2.2 Estratificação de risco

Através da implantação do instrumento de estratificação de risco, em vez de ter uma atenção única para todas as pessoas usuárias, diferencia-as por risco e define nas diretrizes clínicas os tipos de atenção a cada grupo populacional. O usuário que retorna no seu monitoramento anual, semestral ou trimestral deve ser estratificado novamente. Da mesma forma, quando o usuário retorna da Inter consulta do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), deve ser reestratificado pela equipe da Atenção Primária a Saúde (APS). Ficando desta forma estabelecido a criação de fluxos de atendimento que integrem os diferentes níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária).

O objetivo da estratificação de risco é o de permitir a priorização do atendimento aos que tem maior risco e atividade de doença e definir o planejamento terapêutico de cada usuário. Nela o profissional deve levar em consideração os fatores determinantes de risco, não só biológicos e odontológicos, mas também os de autocuidado, e para crianças de zero a cinco anos acrescenta-se os critérios específicos desta faixa etária.

A determinação do risco individual deve ser anotada no prontuário do usuário, servindo de base para o plano de tratamento e o posterior monitoramento da saúde bucal do mesmo, instrumento este utilizado para a realização da estratificação de risco, que foi inserido no Sistema de Informação do Município de Guarapuava (Fast Medic). Como demonstrado na tabela a seguir:

Figura 2 Critérios de estratificação de risco em saúde bucal (SESAV, 2016).

Tabela de critérios de estratificação de risco em saúde bucal	
Item	Escore padrão
Critérios biológicos	
O usuário apresenta condição crônica: diabetes, hipertensão, gestante ou idoso	2
Usuário com deficiência intelectual	3
Usuário acamado	3
Usuário de álcool, tabaco ou outras drogas	3
Criança de 6-11 anos ou adolescente de 12-19 anos	4
Critérios odontológicos	
O usuário teve dor de dente nos últimos 6 meses	2
O usuário apresenta mancha branca ativa	1
O usuário apresenta boca seca	2
O usuário apresenta lesão de cárie em até 3 dentes	2
O usuário apresenta lesão de cárie em 4 a 7 dentes	3
O usuário apresenta lesão de cárie em mais de 8 dentes	4
O usuário está com ferida na boca a mais de 15 dias	3
O usuário está com sangramento na boca	2
O usuário está com algum dente permanente mole	3
O usuário precisa de prótese total	2
O usuário precisa de prótese parcial	1
O usuário tem perda de 1 ou mais dentes	4
O usuário necessita de endodontia conforme LG*	30
O usuário necessita de periodontia conforme LG*	30
O usuário necessita de cirurgia complexa conforme LG*	30
O usuário necessita de diagnóstico de lesão conforme LG*	30
O usuário é portador de necessidade especial que precisa de atendimento odontológico no serviço especializado conforme LG*	30
*Linha Guia	
Critérios de autocuidado	
O usuário, mãe ou cuidador com baixa escolaridade (até 4º ano do ensino fundamental)	3
O usuário come doce ou toma refrigerante diariamente	2
O usuário não tem consumo regular de água fluoretada	3
O usuário não faz uso regular de creme dental fluoretado	3
O usuário não tem o hábito de escovar os dentes diariamente	3
O usuário só procura o serviço quando tem dor de dente	3
Critério para crianças de 0-5 anos	
A criança faz uso de mamadeira sem higiene posterior	3
A criança usa chupeta adoçada com açúcar ou mel	3
A criança tem comportamento não colaborador durante a higiene	3
A criança faz sua higiene sem a supervisão/complementação de um adulto	3
A criança apresenta dentes fusionados e/ou hipocalcificados e/ou hipoplasia e/ou defeito congênito	2
Escore total do usuário	

3.3 IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

A prática da assistência odontológica, com atendimentos pontuais, priorizando os procedimentos restauradores, nem sempre resolutivos para a saúde geral dos

usuários e sua qualidade de vida, deve ser substituída pelo novo modelo, mais abrangente e resolutivo. Seguindo o quadro abaixo realizamos a seguinte padronização de ações e parametrização do processo:

Figura 3 Parametrização (SESAV, 2016)

PARAMETRIZAÇÃO:
Para conseguir atingir os objetivos propostos, sugere-se:

- Atendimento de 5 a 7 pacientes por período de 4 horas, sendo 5 consultas programáticas e duas de emergência.
- Priorizar atendimentos por quadrantes.
- Priorizar o controle da doença cárie, com a utilização do ART (Tratamento Restaurador Atraumático).
- Priorizar o controle da doença gengival, com o controle do biofilme supragengival.
- Disponibilizar 10 jogos clínicos por profissional/período de 4 horas, os quais devem conter: sonda, pinça, espelho bucal, sonda milimetrada OMS, escariador de dentina, espátula de inserção.
- Disponibilizar de 5 a 7 canetas de alta e baixa rotação, para atender aos requisitos da Vigilância Sanitária.
- Agendamento familiar, realizado pelo Agente Comunitário de Saúde, para organizar a demanda, de acordo com a disponibilidade do usuário.
- Criação de agenda única na UBS, com a integração da saúde bucal na atenção médica.
- Utilizar prontuário único.
- Incentivar o estabelecimento de horário estendido, visando o aumento da cobertura e a facilidade de acesso aos usuários.
- Utilizar o espaço das reuniões de grupos prioritários (hipertensos, diabéticos, tabagistas, idosos, crianças de 0 a 5 anos e gestantes) para ações de prevenção e controle das doenças bucais.
- Utilizar o CPO-D e o Índice Periodontal Comunitário no planejamento das ações. NO CPO-D dar ênfase ao C, que significa a demanda de atenção ainda requerida. O uso de um índice mais sensível que possa medir a severidade da lesão, como o ICDAS, deve ser considerado em futuro próximo.

Estabelecer metas:

- Gestantes: 100% das gestantes com primeira consulta de saúde bucal
- Crianças de 0 a 36 meses: 100% com primeira consulta de saúde bucal
- Crianças nascidas em 2015: zero cárie em 2020

3.3.1 Capacitação e Formação Profissional

Treinamento de Profissionais de Saúde Bucal com a capacitação contínua dos mesmos sobre os novos protocolos e diretrizes. A proposta para aplicar essa Linha Guia foi a realização de reuniões de tutoria para as equipes de saúde da família e individuais aos profissionais de saúde para nortear as ações.

A gestão promoveu vários eventos visando educação permanente aos profissionais para capacitar e incentivar as ações.

Foram realizadas reuniões entre as equipes de saúde da família, para trocas de experiências e discussões de casos. Além disso, o incentivo à formação e atualização profissional, promovendo a educação permanente.

3.3.2 Organização dos Serviços

Estruturação dos serviços de acordo com os protocolos e fluxos definidos com integração dos serviços de saúde bucal e outras áreas da saúde (saúde da família, pediatria, etc.).

3.4 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

3.4.1 Sistema de Informação

Implementação de um sistema de informação para monitorar os indicadores de saúde bucal, tendo como principal foco a utilização dos dados coletados para a avaliação contínua dos serviços.

3.4.2 Avaliação e Ajustes

Avaliação periódica dos resultados e impacto das ações implementadas através de encontros mensais com os profissionais e realização de ajustes e melhorias contínuas baseadas nas avaliações realizadas.

O envolvimento da comunidade foi proporcionado através da promoção da Saúde Bucal com o desenvolvimento de ações educativas nas escolas através de palestras e escovação supervisionada e com o envolvimento da população na construção e avaliação das políticas de saúde bucal.

3.4.3 Resultados Esperados

Como resultados esperados a promoção de inclusão definitiva da equipe de Saúde Bucal na comunidade e principalmente na equipe de Saúde da Família, é o fim do isolamento que caracterizou a prática da odontologia nos últimos anos. A implementação desta linha guia de saúde bucal é um processo dinâmico que requer compromisso e colaboração de todos os envolvidos, visando melhorar a qualidade de vida e a saúde bucal da população.

4 DISCUSSÃO

Risco social tem sido considerado uma condição importante para o risco à saúde, no qual se observa uma relevância ao enfoque sociopolítico e ambiental em detrimento do enfoque médico biológico (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Na área

da saúde bucal coletiva tem sido descrita, em estudos, a associação entre agravos bucais, principalmente cárie dentária e doença periodontal, e condições sociais como a baixa escolaridade materna e a baixa renda familiar (NADANOVSKY, 2000; PERES et al, 2003; BOING, 2005; BASTOS et al, 2007; MENEGHIM et al, 2007; FISCHER et al, 2010).

Tal problemática pôde ser demonstrada no mais recente inquérito epidemiológico nacional de saúde bucal – projeto SB Brasil 2010, no qual, dentre os resultados obtidos, verificam-se desigualdades regionais nos componentes do Índice CPO-D (quantidade de dentes cariados, perdidos e obturados), apresentando as regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste as maiores médias nacionais para dentes cariados e perdidos. Ressalta-se, ainda, a cárie não tratada como o principal problema em crianças e adolescentes (BRASIL, 2011). Assim, ao se reconhecer a experiência de cárie como sendo susceptível a desigualdades sociodemográficas e geográficas, o monitoramento dos contrastes em saúde bucal torna-se relevante para a programação de intervenções socialmente dirigidas a melhorias globais e ao direcionamento de recursos para grupos de população com níveis mais elevados de necessidades (ANTUNES et al, 2006).

Para tanto, faz-se necessário reduzir as diferenças sociais existentes, tratar desigualmente os desiguais, investir mais onde a carência é maior, ou seja, adotar de fato o princípio da equidade (PALMIER et al, 2012).

A incorporação da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF), representa a possibilidade de reorganização da odontologia na atenção básica. O diagnóstico de saúde é fundamental para a organização do processo de trabalho num contexto em que os profissionais de saúde devem apresentar uma visão ampliada da saúde, gerada pela capacidade de enxergar o indivíduo como parte integrante de um núcleo familiar e aptidão ao trabalho interdisciplinar (MARTELLI et al, 2010), assim como, conhecer a realidade das famílias com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas, identificando as pessoas e famílias em situação de risco. A ESF já dispõe de uma ferramenta pela qual é possível identificar situações de risco para imediato acompanhamento e tratamentos necessários: a visita domiciliar, sendo esta também responsável pela ampliação do acesso a serviços e pela criação de vínculos com a população (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, o planejamento é considerado uma ferramenta fundamental para a organização das ações e serviços de saúde, possibilitando a compreensão dos fatos, dos principais problemas e anseios da população, sendo indispensável, previamente, a realização de levantamentos epidemiológicos, de necessidades e avaliação de risco (BRASIL, 2006). No entanto, é incipiente o registro de ações e programações em saúde bucal, tomando como base a realidade da população adstrita à ESF (SOUZA; RONCALLI, 2007). Diante dessas premissas, a busca por evidências que corroborem a associação entre os fatores risco levantada e agravo à saúde bucal, torna estudos com esse objetivo, de salutar importância.

CONCLUSÃO

A utilização da Linha Guia de saúde bucal nas Unidades básicas do Município de Guarapuava permite uma homogeneização de conceitos e processos laborais, na busca de um trabalho mais efetivo e eficiente, com foco na qualidade da atenção a comunidade, e na humanização, enfatizando a educação em saúde, com o incentivo e o fortalecimento da autonomia dos usuários, instrumentando-os para uma mudança de hábitos e controle da sua saúde, transformando-o em um ator ativo no processo saúde-doença fundamental para o desenvolvimento comunitário. A linha guia aborda de maneira objetiva o autocuidado apoiado com ênfase no papel central das pessoas para que os usuários autogerenciem sua saúde, ainda a organização dos recursos da comunidade para prover apoio ao autocuidado das pessoas usuárias (SESA, 2016).

A partir da detecção de risco é possível se planejar ações que possam lidar com os problemas levantados.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, J. L. F. ET al. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 79-87, 2006.

BRASIL. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde. Brasília; 2004.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2010. Condições de saúde bucal da população brasileira 2010: resultados principais.** Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Fases**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007.

ELDERTON, R. J. Ciclo Restaurador Repetitivo. In: KRIGER, L. (Org.). **Promoção de Saúde Bucal.** 3. Ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

EVANS, D. J. et al. **Out-of-hours emergency dental services** — development of one possible local solution. *Brit. Dent. J.*, London, v. 191, n. 10, p. 550-554, Nov. 2001.

GOES, P. S. A.; MOYSÉS, S. J. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal.** São Paulo: Artes Médicas, 2012.

MANCHESTER TRIAGE GROUP. **Emergency Triage.** 2. ed. Oxford: BMJ Book, 2008. 178 p.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS.** Salvador: Casa da Qualidade, 2001. Tomo II.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORITA, M. C.; KRIGER, L. A relação ensino e serviços de Odontologia. In: PERRI DE CARVALHO, A. C.; KRIGER, L. **Educação Odontológica.** São Paulo: Artes Médicas, 2006.

MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L. **Promoção de Saúde ao Alcance do Clínico** – Programa de Atualização em Odontologia Preventiva e Saúde Coletiva. Porto Alegre: Artmed/ Panamericana, 2007. Ciclo 1, módulo 2.

MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. (Org.). **Saúde Bucal das Famílias:** trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

NADANOVSKY, P. O declínio da cárie. In: Pinto VG (Org.) **Saúde bucal coletiva.** 4ª ed. São Paulo: Santos; p. 341-51, 2000.

NARVAI, P. C. **Odontologia e Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec, 1994.

PADILHA L. S. Processo de Implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no Setor de Urgências da Clínica de Odontologia da Uem.
Dissertação (Mestrado em Odontologia Integrada) – Departamento de Odontologia,
Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2012.

SCOTTISH DENTAL CLINICAL EFFECTIVENESS PROGRAMME. National
Dental Advisory Committee. Scottish Government. NHS Education for Scotland.
November, 2007.

IMPLEMENTAÇÃO DE CAIXA DE MEDICAÇÕES PARA FACILITAR O ACESSO A TERAPIAS INTRAVENOSAS OU SUBCUTÂNEAS NO DOMICÍLIO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Luiz Gustavo Saladini
Glauca Specian da Silva

RESUMO: Este relato de experiência descreve a implementação de caixa de medicações no serviço de atenção domiciliar do município de Cascavel-PR - Programa de Assistência e Internação Domiciliar (PAID), com o objetivo de facilitar e agilizar o acesso a terapias intravenosas e subcutâneas. A intervenção resultou em uma significativa melhoria na resposta ao tratamento dos pacientes e na redução de internações hospitalares. Entre 02/04/23 e 30/04/24, as caixas foram levadas junto aos atendimentos 460 vezes, sendo 147 efetivamente utilizadas, com destaque para o uso de morfina e midazolam. Os benefícios incluem maior agilidade no início do tratamento e redução de desfechos negativos para os pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção domiciliar, terapias intravenosas, terapias subcutâneas, caixas de medicações, facilitação de acesso.

1 INTRODUÇÃO

O modelo de atenção domiciliar muitas vezes enfrenta desafios no acesso rápido à medicações intravenosas ou subcutâneas, resultando em atrasos no tratamento que podem prejudicar a saúde dos pacientes e levar a internações hospitalares desnecessárias. Este relato aborda a implementação de caixas de medicações no PAID de Cascavel, visando solucionar esses problemas e melhorar a qualidade do atendimento domiciliar, conforme recomendado pelo Manual de Cuidados Paliativos da ANCP (2012) e pelo Tratado de Atenção Domiciliar da SBMFC (2022).

2 OBJETIVO

Compartilhar a experiência de implementação das caixas de medicações, destacando os processos envolvidos e os resultados obtidos, com o intuito de fornecer um modelo prático para outros serviços de atenção domiciliar.

3 DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A ideia de implementar caixas de medicação surgiu da percepção da equipe da existência de demora de até 12 horas para o início de medicações venosas ou subcutâneas devido à logística do serviço, impactando negativamente no desfecho do

tratamento proposto, gerando internações hospitalares, mal controle de sintomas e óbitos.

O projeto de implementação foi realizado por uma equipe multidisciplinar composta por coordenação, equipe médica, equipe de enfermagem e equipe do setor de farmácia. Foram selecionadas medicações frequentemente utilizadas para o perfil de atendimento domiciliar, que abrangessem o maior espectro de problemas enfrentados pelos pacientes do programa e que tivessem estabilidade farmacológica para transporte.

Vale ressaltar que segundo Azevedo (2016) a utilização de hipodermoclise é uma técnica eficaz para a administração de medicações em pacientes idosos e em cuidados paliativos e que pode ser realizada no ambiente domiciliar o que se encaixa com o perfil do programa. Levando isso em consideração os itens da caixa também foram pensados focando nessa modalidade de acesso parenteral. Os componentes da caixa são mostrados na tabela a seguir:

Tabela 1: Componentes da Caixa de Medicações

Componente	Quantidade
Ácido Tranexâmico 250 mg/5 ml	02 unidades
Adrenalina 1 mg/ml ampola 1 ml	04 unidades
Água Destilada 10 ml	10 unidades
Ceftriaxona 1 g IV	04 unidades
Clindamicina 150 mg/ml ampola 4 ml	04 unidades
Dexametasona 4 mg/ml ampola 2,5 ml	04 unidades
Dipirona Sódica 500 mg/ml ampola 2 ml	04 unidades
Furosemida 10 mg/ml ampola 2 ml	02 unidades
Hidrocortisona 500 mg frasco ampola	02 unidades
Ondansetrona 2 mg/ml ampola 2 ml - IM/EV	04 unidades
Prometazina 25 mg/ml ampola 1 ml - IM	04 unidades
Terbutalina 0,5 mg/ml ampola 1 ml	04 unidades
Fleet enema - Fosf. de Sódio monobásico 150 mg/ml + Fosf. de Sódio Dibásico 60 mg/ml frasco 100 ml	02 unidades

Cloreto de sódio 0,9% 100 ml	02 unidades
Cloreto de sódio 0,9% 250 ml	02 unidades
Cloreto de sódio 0,9% 500 ml	04 unidades
Solução de Ringer com Lactato 1000 ml	02 unidades
Midazolam 15 mg - 5 mg/ml ampola 3 ml	02 unidades
Morfina 10 mg/ml ampola 1 ml	03 unidades
Cateter Intravenoso Nº 20, 22, 24	02 unidades cada
Equipo Macrogotas, Equipo Microgotas e Equipo Multivias	3 unidades cada
Agulha Aspiração	04 unidades
Agulha 25 x 8	04 unidades
Agulha 13 x 4,5	02 unidades
Seringa 20 ml	04 unidades
Seringa 10 ml	04 unidades
Curativo Punção	04 unidades

Além disso, foi definido o fluxo de retirada, modelo de prescrição, modo de uso, devolução e reposição das caixas. Para garantir o correto uso desenvolveu-se um protocolo interno e um termo de responsabilidade assinado pela equipe médica, a qual é responsável pelo porte da caixa.

Durante o processo de implementação e início do uso da caixa não houve resistência significativa, sendo a maior adversidade encontrada a adaptação inicial ao novo fluxo por parte da equipe médica e de enfermagem a qual foi superada com a fiscalização do setor de farmácia e subseqüentes apontamentos pontuais.

4 EFEITOS ALCANÇADOS

Foram levantadas informações de 02/04/23 e 30/04/24. Nesse período, as caixas foram levadas junto aos atendimentos 460 vezes, com 147 utilizações efetivas. O uso de morfina e midazolam foi indicado em 66 e 34 ocasiões, respectivamente, em conformidade com as recomendações do Manual de Cuidados Paliativos da ANCP (2021) para o manejo de dor e outros sintomas.

Ainda, foi observada a utilização de antibioticoterapias subcutâneas ou intravenosas cerca de 15 vezes ao mês. Não foi possível quantificar o número exato de outras medicações de menor controle, como analgésicos, anti-inflamatórios e outras classes medicamentosas devido grande demanda de uso. Tais dados foram compilados a seguir.

Tabela 2: Uso das Caixas de Medicações e Uso de Medicamentos

Categoria	Frequência
Caixa transportada no atendimento	460
Caixa utilizada no atendimento	147
Uso de Morfina	66
Uso de Midazolam	34

Após a implementação, a agilidade no início dos tratamentos melhorou significativamente, evitando internações hospitalares e melhorando a resposta dos pacientes ao tratamento. Ademais, notou-se melhora na logística das visitas domiciliares resultando em otimização do tempo de atendimento e menores gastos com deslocamento o que entra em acordo com a Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024, que estabelece diretrizes para melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços de atenção domiciliar.

CONCLUSÃO

A experiência demonstrou que a implementação de caixas de medicações pode beneficiar significativamente a logística dos serviços de atenção domiciliar e melhorar a resposta terapêutica dos pacientes. Recomenda-se que outros serviços considerem adotar um sistema semelhante, com atenção especial ao treinamento da equipe e monitoramento contínuo do uso das caixas.

A implementação das caixas de medicações no PAID de Cascavel mostrou-se uma solução eficaz para os desafios enfrentados na administração de terapias intravenosas e subcutâneas no domicílio. A intervenção melhorou a qualidade do atendimento, reduziu desfechos negativos e foi bem recebida por pacientes e familiares, refletindo a importância de soluções práticas na atenção domiciliar.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Manual de cuidados paliativos. 3. ed. São Paulo: ANCP, 2021.

AZEVEDO, Daniel Lima (Org.). O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos: um guia da SBGG e da ANCP para profissionais. Rio de Janeiro: SBGG, 2016. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 05 jan. 2024. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.005-de-2-de-janeiro-de-2024-535816012>>. Acesso em: [data].

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Tratado de Atenção Domiciliar. Rio de Janeiro: SBMFC, 2022.

IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO DOMICILIAR NA NUTRIÇÃO ENTERAL: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Adriano Majeovski de Lima
Ana Paula Ternoski
Beatriz Silvestre
Edison Tiago Agostinho
Patrícia A. Peres C Xexéo
Emilaine Ferreira dos Santos

RESUMO: Introdução: A Atenção Domiciliar tem se expandido progressivamente no mundo e no Brasil por apresentar características que possibilitam a articulação de vários pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a otimização do uso de leitos e recursos hospitalares, a ampliação do acesso aos serviços por usuários acamados ou domiciliados. Objetivo: Realizar, na literatura, uma revisão bibliográfica sobre a Atenção Domiciliar (AD), a terapia de nutrição enteral domiciliar (TNED) no Brasil, e a importância da atenção domiciliar na nutrição enteral. Métodos: O estudo compreende uma revisão bibliográfica sobre o tema, através de artigos científicos, manuais e cartilhas encontrados nas bases de dados do Ministério da Saúde; BVS (Biblioteca Virtual de Saúde); Periódicos CAPES; Revista SciELO Brasil; Revista Braspen e acervos de Universidades Federais e estaduais como UFRGS e USP. Resultados: 22 resultados de atenção domiciliar na nutrição enteral, foram selecionados 4 documentos; de 78 resultados para nutrição enteral, foram selecionados apenas 6 documentos, sendo que não foi achado um artigo específico que abrangesse somente com o tema importância da atenção domiciliar na nutrição enteral. Conclusão: A Atenção domiciliar na nutrição enteral é uma importante ferramenta de cuidados aos próprios gestores de saúde, aos pacientes e familiares, a redução de custos, a otimização dos leitos hospitalares e redução do risco de infecção hospitalar, a humanização da assistência, a adesão ao tratamento proposto, a promoção da educação em saúde e autocuidado; e aumento da qualidade de vida do paciente e de seus familiares.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Domiciliar; Atenção Primária; Nutrição Enteral; Nutrição Enteral Domiciliar.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar tem se expandido progressivamente no mundo e no Brasil por apresentar características que possibilitam a articulação de vários pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a otimização do uso de leitos e recursos hospitalares, a ampliação do acesso aos serviços por usuários acamados ou domiciliados, além de representar uma solução importante para a sobrecarga das portas de urgência. Desde a perspectiva do usuário, busca a humanização do cuidado e a ampliação da autonomia, promovendo maior qualidade e resolutividade do cuidado (BRASIL, 2020).

A Atenção Domiciliar é considerada um componente do continuum dos cuidados à saúde, pois os serviços de saúde são oferecidos ao indivíduo e sua família em suas residências com o objetivo de promover, manter ou restaurar a saúde, maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos das incapacidades ou

doenças, incluindo aquelas sem perspectiva de cura (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006) (BRASIL, 2015).

O uso da Nutrição Enteral é mais frequente nos distúrbios gastrointestinais, problemas neurológicos, lesões cerebrais traumáticas e câncer (SELAN, 2012), sendo um componente fundamental no tratamento clínico desta condição, objetivando atender às necessidades nutricionais e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (HOWARD et al., 2006) (SOUTO, 2016). É durante a internação hospitalar que a maioria dos candidatos a nutrição enteral domiciliar são identificados, mas esta forma de alimentação pode, seguramente, ser utilizada no âmbito domiciliar (BRASIL, 2012a) (SOUTO, 2016).

A terapia nutricional enteral domiciliar (TNED) é um dos serviços prestados na assistência domiciliar, que compreende as atividades assistenciais exercidas por profissional de saúde e/ ou equipe interprofissional no local de residência do cliente. A indicação de TNED é similar à indicação da hospitalar e corresponde àqueles pacientes que não conseguem atingir suas necessidades nutricionais exclusivamente pela via oral, sendo utilizada principalmente em distúrbios de deglutição associados com fraturas, doenças neurológicas, câncer, gastroparesia e síndrome de má absorção, desnutrição, pós-operatório entre outros (MOREIRA et al, 2010).

A importância da nutrição é essencial para qualidade de vida e para a saúde, além de ser fundamental para reduzir morbimortalidade, dias de hospitalização e os custos totais com saúde, visto que a desnutrição hoje é compreendida como vilão da má evolução clínica do paciente (AANHOLT et al, 2017). O objetivo do presente estudo foi realizar, na literatura, uma revisão bibliográfica sobre a Atenção Domiciliar (AD), a terapia de nutrição enteral domiciliar (TNED) no Brasil, e a importância da atenção domiciliar na nutrição enteral.

2 MÉTODO

O estudo compreende uma revisão bibliográfica sobre o tema, através de artigos científicos, manuais e cartilhas encontrados nas bases de dados do Ministério da Saúde; BVS (Biblioteca Virtual de Saúde); Periódicos CAPES; Revista SciELO Brasil; Revista Braspen e acervos de Universidades Federais e estaduais como UFRGS e USP. Os artigos pesquisados tiveram a submissão entre 2010 a 2023. As

pesquisas foram direcionadas a atenção domiciliar, nutrição enteral e enteral domiciliar e a importância da atenção domiciliar na nutrição enteral. Dentre os encontrados, os selecionados foram os manuais, cartilhas e trabalhos de conclusão de curso e alguns trechos de alguns artigos. De 22 resultados de atenção domiciliar na nutrição enteral, foram selecionados 4 documentos; de 78 resultados para nutrição enteral, foram selecionados apenas 6 documentos, sendo que não foi achado um artigo específico que abrangesse somente com o tema importância da atenção domiciliar na nutrição enteral.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 NUTRIÇÃO ENTERAL

A TNE é entendida como um conjunto de procedimentos cujo objetivo é a manutenção ou a recuperação do estado nutricional do indivíduo de forma a ofertar macro e micronutrientes em quantidade e qualidade adequadas por meio da nutrição enteral (NE) (WAITZBERG, 2009) (SOUTO, 2016; ASSIS et al, 2010).

A Nutrição Enteral é definida pelo Ministério da Saúde, na Resolução RDC Nº 63 (julho de 2000), como (SOUTO, 2016):

Alimentos para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição química definida ou estimada, especialmente elaborada para uso por sondas ou por via oral, industrializados ou não, utilizados exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção de tecidos, órgãos e sistemas.

A NE pode ser oferecida por via nasogástrica, nasoenteral ou gastroenterostomia. Em pacientes que necessitam de TNE por curto período de tempo (inferior a 6 semanas), a sonda nasoenteral é mais utilizada, em função de seu menor custo e fácil colocação; no entanto, deve ser considerado que a sonda de inserção nasal pode: deslocar facilmente, sobretudo em pacientes com confusão mental; predispor ao refluxo e esofagite; dificultar o processo de deglutição; sua presença pode, ainda, ser um fator de estresse psicológico (BLUMENSTEIN, SHASTRI, STEIN, 2014). Gastro ou enterostomias, por sua vez, estão indicadas quando a previsão de

tempo da TNE for superior a 6 semanas; podem ser instaladas através de técnicas cirúrgica, endoscópica ou radiológica; sendo a técnica endoscópica percutânea a mais utilizada. A presença de ascite, peritonite, processos neoplásicos ou inflamatórios no TGI podem contraindicar seu uso (SOUTO, 2016).

Os alimentos para fins especiais, ou dietas enterais, podem ser especificamente destinadas a adultos ou crianças, e podem ainda ser industrializadas ou artesanais (SCHIEFERDECKER et al., 2013). As dietas industrializadas apresentam composição nutricional definida, podendo conter nutrientes específicos, adequados à doença de base (dietas especializadas); podem estar disponíveis na apresentação em pó (que necessita de diluição) ou na forma líquida (prontas para administração), são embaladas em recipientes de volume variável. Por virem prontas para uso, as dietas industrializadas possuem menor risco de contaminação da formulação (SOUTO, 2016).

As dietas artesanais, por sua vez, são constituídas por alimentos in natura, e/ou módulos de nutrientes; embora tenham um custo relativamente inferior, estas dietas exigem cuidados no preparo e no armazenamento, por apresentarem maior risco de contaminação microbiana e, por sua viscosidade, aumentam o risco de oclusão da sonda (WAITZBERG, 2009) (SOUTO, 2016).

3.2. ATENÇÃO DOMICILIAR

No Brasil, o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), fundado em 1949 e vinculado ao Ministério do Trabalho, foi a primeira experiência de atendimento domiciliar brasileira organizada como um serviço. No entanto, a atenção domiciliar foi iniciada como uma atividade planejada pelo setor público com o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (HSPE), que funciona desde 1963 (REHEM; TRAD, 2005) (BRASIL, 2012).

Segundo Silva et al. (2010) (BRASIL, 2012),

os serviços de atenção domiciliar surgiram na década de 1960 e têm se expandido no País com maior força a partir da década de 1990, fazendo com que haja necessidade de regulamentação de seu funcionamento e de políticas públicas de modo a incorporar sua oferta às práticas institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Na década de 2000, no Brasil, existiam diversas experiências e projetos direcionados para a atenção no âmbito do domicílio, com variadas características e modelos de atenção, destacando-se, sob o aspecto normativo, o programa de Atenção Domiciliar Terapêutica para Aids (ADT-Aids) e o programa direcionado à atenção dos idosos, que contam com portarias específicas (CARVALHO, 2009) (BRASIL, 2012).

No entanto, a maioria das experiências brasileiras em atenção domiciliar, nessa época, foram iniciativas das secretarias municipais de saúde ou de hospitais, nos três níveis de governo, e não contavam com políticas de incentivo ou regulamentação de financiamento. Essas iniciativas possuíam lógicas diversas que iam desde a substitutividade aos cuidados hospitalares, até a humanização da atenção e formas de racionalização de recursos assistenciais (CARVALHO, 2009) (BRASIL, 2012).

Em outubro de 2006, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria nº 2.529, que institui, no âmbito do SUS, a internação domiciliar como um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para esse fim (BRASIL, 2006). Apesar de ter se constituído como avanço, no sentido em que retomou a discussão de forma mais ampla e ainda estabelecia o repasse federal fundo a fundo para custeio das equipes, a Portaria nº 2.529 foi revogada em agosto de 2011. Dessa forma, foi publicada a Portaria nº 2.029, em agosto de 2011, que institui a atenção domiciliar no âmbito do SUS e revoga a Portaria nº 2.529, de 2006 (BRASIL, 2012).

A Portaria nº 2.029 foi revogada pela Portaria GM/MS nº 2.527, que redefine a atenção domiciliar e propõe mudança no texto da portaria citada, a exemplo da ampliação do recorte populacional dos municípios elegíveis para implantação das equipes de atenção domiciliar. Em outubro, no entanto, a Portaria nº 2.029 foi revogada pela Portaria GM/MS nº 2.527, que redefine a atenção domiciliar e propõe mudança no texto da portaria citada, a exemplo da ampliação do recorte populacional dos municípios elegíveis para implantação das equipes de atenção domiciliar (BRASIL, 2012).

Em 2006, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária publicou um regulamento técnico de funcionamento dos serviços que prestam atenção domiciliar (BRASIL, 2014a) (OLIVEIRA et al, 2021). Em 24 de agosto de 2011, a Portaria GM/MS nº 2.029 definiu a AD no SUS e instituiu o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) por meio do Programa Melhor em Casa (BRASIL, 2016).

Segundo o Ministério da Saúde, define-se Atenção Domiciliar (AD) como modalidade de atenção à saúde, integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), prestada em domicílio e caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, garantindo continuidade de cuidados. É uma atividade que se constrói fora do espaço hospitalar e dos ambulatórios de especialidades, promovendo atendimento mais humanizado e personalizado, possibilitando maior rapidez na recuperação dos pacientes, maior autonomia e otimização dos leitos hospitalares (BRASIL, 2020).

A Atenção Domiciliar intensifica o resgate dos princípios do SUS, integralidade, universalidade e equidade, sendo tida como prática centrada na pessoa enquanto sujeito do seu processo de saúde e doença. A assistência domiciliar pode servir como uma forma de conexão entre os diferentes pontos onde se oferece cuidados de saúde, fortalecendo a rede por meio de um cuidado partilhado e mais igualitário, onde as equipes de saúde compartilham a responsabilidade pelos casos. Isso inclui desde os profissionais da atenção primária até os das unidades hospitalares, pronto-socorros e serviços ambulatoriais especializados (BRASIL, 2012).

Assim, é essencial que as equipes que fornecem cuidados no ambiente domiciliar estejam cientes das necessidades individuais e sejam sensíveis às características únicas de cada paciente, colaborando de maneira coordenada com os outros serviços de saúde da região e, principalmente, com os cuidadores/familiares (BRASIL, 2012). A Atenção Domiciliar é dividida em três modalidades, de acordo com a demanda de cuidados do paciente a ser atendido (BRASIL, 2013).

Modalidade AD 1: Essa modalidade é destinada a usuários que possuem problemas de saúde controlados, que necessitem de cuidados de menor complexidade incluindo as estes os de recuperação nutricional e com dificuldade física

de locomoção até uma unidade de saúde, a prestação de assistência a essa modalidade é de responsabilidade das equipes da Atenção Básica (BRASIL, 2013).

Modalidade AD 2: Destinada aos usuários com problemas de saúde e dificuldade de locomoção até uma unidade básica de saúde, e que necessitam de uma maior frequência de cuidados a prestação de assistência a essa modalidade das equipes multiprofissionais de atenção domiciliar e de apoio (BRASIL, 2013).

Modalidade AD 3: Essa modalidade é semelhante a modalidade 2 (dois), no entanto é mais voltada para usuários com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser provenientes dos serviços de de atenção à saúde, a assistência a esse grupo também é das equipes multiprofissionais de de atenção domiciliar e de apoio (BRASIL, 2013).

3.3 EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

A equipe multidisciplinar (EM) é um grupo de indivíduos de diferentes profissões, que interage de forma adaptativa, independente e dinâmica, sendo capaz de melhorar o desempenho de tarefas que requerem múltiplas habilidades, julgamentos e experiências (PINHO, 2006). Dessa forma, a criação de equipes multiprofissionais no auxílio a pacientes com a necessidade de terapia nutricional otimiza a eficácia e a segurança da terapia e é considerada padrão de referência no atendimento nutricional desde às décadas de 80-90 (DeLEGGE, KELLY, 2013), uma vez que demonstraram capacidade de promover o cuidado integral (HOWARD et. al., 2006) (SOUTO, 2016).

Nos hospitais brasileiros, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) regulamenta a formação obrigatória da Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional (EMTN). Essa regulamentação é regida pelas portarias 272 (Regulamento Técnico de Terapia de Nutrição Parenteral) e 337 (Regulamento Técnico de Terapia de Nutrição Enteral). Fazem parte das atribuições da EMTN: definir metas técnico-administrativas, realizar triagem e vigilância nutricional, avaliar o estado nutricional, indicar terapia nutricional e metabólica, assegurar condições ótimas de indicação, prescrição, preparação, armazenamento, transporte, administração e controle dessa terapia; educar e capacitar a equipe; criar protocolos, analisar o custo e o benefício e traçar metas operacionais da EMTN (SOUTO, 2016).

A Equipe Multiprofissional de Apoio deve oferecer apoio a EMAD bem como as equipes de atenção básica e deve ser composta por no mínimo três profissionais de nível superior podendo ser eles (BRASIL, 2013):

- Assistente Social
- Fisioterapeuta
- Fonoaudiólogo
- Nutricionista
- Dentista
- Farmacêutico
- Terapeuta Ocupacional

A Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) deve ser composta por (BRASIL, 2013):

- 1 ou 2 profissionais médicos com carga horária semanal de no mínimo 40 horas
- 1 ou 2 profissionais enfermeiros com carga horária semanal de no mínimo 40 horas
- Auxiliares e técnicos de enfermagem com carga horária semanal de no mínimo 120 horas
- Fisioterapeuta ou Assistente social com carga horária semanal de no mínimo 30 horas

3.4 IMPORTÂNCIA DA NUTRIÇÃO ENTERAL NA ATENÇÃO DOMICILIAR

A Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED) é definida como os procedimentos relacionados à administração de nutrientes por meio da nutrição enteral, prestado no domicílio do paciente, com a finalidade de melhorar ou manter o estado nutricional. A TNED visa à melhoria da qualidade de vida do paciente e evita os riscos de reinternação, com menores custos aos serviços de saúde (MOREIRA et al, 2010). A terapia nutricional domiciliar (TND) reduz custos e otimiza leitos hospitalares por meio de uma assistência humanizada de forma integral. A Terapia Nutricional Enteral Domiciliar é um método eficaz para garantir o aporte nutricional de um indivíduo em seu domicílio (BRASIL, 2016).

A TNED proporciona um melhor aproveitamento dos recursos disponibilizados aos cuidados assistenciais, além de permitir a humanização durante a terapia; promove um ambiente familiar, confortável e seguro; reduz o tempo de internação e a exposição ao risco de infecções e, conseqüentemente, propicia uma melhor qualidade de vida ao paciente (MOREIRA et al, 2010).

Em um estudo econômico envolvendo a TNED, 56 pacientes cirúrgicos em condições semelhantes foram acompanhados e divididos em dois grupos (Controle e Estudo), cujo objetivo foi uma avaliação econômica sobre a TN do modelo de home-care integrada em comparação com o modelo hospitalar exclusivamente. Os autores verificaram que o tempo de hospitalização e os custos referentes ao Grupo de estudo foram 2,7 vezes menores quando comparado ao Grupo controle, um benefício econômico total de 9.132,83 reais por cada paciente do Grupo de Estudo (BAXTER et. al, 2005) (SOUTO, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo bibliográfico com a análise de 10 trabalhos selecionados, conclui-se que o atendimento domiciliar vem se destacando e crescendo atualmente comparado ao ano de 2000. A Atenção domiciliar na nutrição enteral é uma importante ferramenta de cuidados aos próprios gestores de saúde, aos pacientes e familiares, a redução de custos, a otimização dos leitos hospitalares e redução do risco de infecção hospitalar, a humanização da assistência, a adesão ao tratamento proposto, a promoção da educação em saúde e autocuidado; e aumento da qualidade de vida do paciente e de seus familiares.

REFERÊNCIAS

AANHOLT, Denise P. J. V. et al. Inquérito brasileiro sobre o estado atual da terapia nutricional domiciliar. Braspen Journal, vol.32, nº3, p.214-220, 2017. Disponível em: <<https://braspenjournal.org/article/10.37111/braspenj.2017.32.3.04/pdf/braspen-32-3-214.pdf>>. Acesso em: 18 Maio 2024.

ASSIS, Michelli C. S. de et al. Nutrição enteral: diferenças entre volume, calorias e proteínas prescritos e administrados em adultos. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 22(4), 346–350. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/s0103-507x2010000400006>>. Acesso em: 18 Maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAGE 2013 . Atenção Domiciliar. Disponível em: <<https://sage.saude.gov.br/paineis/melhorCasa/saibaMais.html>> Acesso em: 18 Maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 18 Maio 24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar.pdf>. Acesso em: 18 Maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cuidados em terapia nutricional. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília : Ministério da Saúde 2015. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_vol3.pdf>. Acesso em: 18 Maio 24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência. Segurança do Paciente no Domicílio. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_domicilio.pdf> Acesso em: 18 Maio 2024.

MOREIRA, Silvia da P. de L. et al. Terapia de nutrição enteral domiciliar: principais implicações dessa modalidade terapêutica. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/terapia_nutricao_enteral_domiciliar.pdf>.

Acesso em: 18 Maio 24.

OLIVEIRA, João Paulo L. de et al. Aspectos clínicos de pacientes infanto-juvenis em terapia nutricional enteral domiciliar: uma revisão integrativa. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/RbnLDQtLzcSrfbg9hnMLrYf/?lang=pt>>. Acesso em: 18 Maio 2024.

SOUTO, Thayssa C. Efeito da Orientação Multi ou Uniprofissional na Adaptação da Alimentação do Paciente em Uso de Nutrição Enteral Domiciliar. Trabalho de conclusão de graduação. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/183832/000998894.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 18 Maio 2024.

INFLUÊNCIA DOS EXERCÍCIOS FÍSICOS NA COGNIÇÃO E POLIMORFISMOS DO GENE APOE, ECA E ACTN3 EM IDOSOS: REVISÃO SISTEMÁTICA

Karla Daniele Varela Kaminski
Luis Paulo Mascarenhas

RESUMO: O objetivo deste estudo foi realizar um aprofundamento teórico sobre a influência dos exercícios físicos na cognição e polimorfismo genético em idosos. Esse artigo trata-se de uma revisão sistemática de estudos publicados entre 2017 e 2022 nas bases de dados: PubMed, Medline, Lilacs, Scopus, SciELO. Foram feitas buscas e selecionados 10 artigos inclusos nessa pesquisa, nos quais nos repassam a importância dos exercícios físicos e sua influência na cognição e polimorfismo genético em idosos, dando assim prioridade em treinos combinados de força e aeróbio. No entanto podemos concluir que os exercícios físicos, trazem efeitos benéficos em idosos com comprometimento cognitivo e com demência, assim como alguns genes que influenciam nos exercícios, melhorando assim a qualidade de vida e uma melhor prescrição de treinamento específico para essa população.

PALAVRAS-CHAVE: Idosos; Exercícios Físicos; Cognição; Polimorfismo genéticos.

1 INTRODUÇÃO

Atualmente o envelhecimento ainda não tem sido retratado com naturalidade pela maioria das pessoas idosas; porém grande parte não possui a consciência da importância da atividade física para suas vidas e principalmente para a manutenção da saúde e longevidade. Segundo a projeção do IBGE (2018) o índice de envelhecimento, aponta para mudança na estrutura etária da população brasileira, no entanto, é considerado idoso, todo indivíduo com 60 anos ou mais, tendo assim no Brasil 28 milhões de pessoas nessa faixa etária, representando 13% da população do país e podendo chegar a dobrar nas próximas décadas.

Assim relata Dantas e Santos (2017), indiferente de onde os exercícios são realizados, caracterizam muitos benefícios para a população idosa, exemplificando a melhora na circulação sanguínea, força muscular e melhora na lubrificação do líquido sinovial nas articulações, tendo assim uma melhor mobilidade de locomoção, potência muscular, equilíbrio e coordenação motora.

A composição corporal refere-se a percentagens relativas de peso corporal constituído de gordura e tecido corporal livre de gordura; sua avaliação é um componente comum e importante da avaliação da aptidão física global, porém sabe-se que o excesso de gordura corporal é pernicioso à saúde. A antropometria inclui

medidas de altura, peso e circunferência de vários segmentos e áreas corporais (ACSM, 2017).

A ECA faz a conversão da angiotensina I na II, quais fazem parte do sistema renina-angiotensina-aldosterona e são responsáveis pelo controle de fluidos corporais e principalmente pelo controle da pressão arterial, sendo assim as variantes associadas a ECA, tem associação com uma maior porcentagem de fibras tipo I do que indivíduos com o genótipo DD, e também parece estar associado a um desempenho superior de resistência muscular, sendo assim o genótipo DD é associado a atividades de durabilidade curta e de explosão (GUTH, L.M.;ROTH, S.M., 2013).

O gene da Alipoproteína E (apoE) e seus polimorfismos, são importantes fatores de risco para o desenvolvimento da doença de Alzheimer (DA), o gene humano é mapeado no braço longo do cromossomo 19 (19q13.2), ele codifica uma glicoproteína com 317 aminoácidos, desempenhando assim um papel importante no catabolismo dos componentes ricos em triglicérides do nosso corpo humano (OJOPI,E.P.B; BERTONCINI, A.B.;DIAS NETO, E., 2004).

O gene ACTN3, chamado de ALFA ACTININA -3 está associado à força e potência muscular do nosso corpo, este gene codifica uma proteína presente nas fibras musculares de contração rápida ou tipo 2, promovendo assim contração muscular mais rápida, sendo, associado a exercícios de força e potência muscular. Indivíduos que possuem genótipos C/C e C/T tem tendência a ter melhor resposta a treinamento de exercícios que exigem força e potência muscular como exemplo nas corrida de curta distância e explosão, em alguns estudos o alelo C é representado pela letra “R”, e o alelo T é representado por “X”, neste caso, os genótipos equivalem a: R/R (C/C); R/X (C/T); X/X (T/T),(ALFRED,et.al, 2011).

A produção da proteína ACTN3 é feita na musculatura das fibras tipo 2, que são de contração rápida e potente, no entanto, as pessoas que possuem o alelo “C”(C/C e C/T) tem a capacidade de produzir essa proteína, pessoas que possuem esse alelo podem dar prioridade ao treinamento com pesos e corridas de explosão, No entanto,as pessoas que não tem o alelo “C” ou com genótipo T/T, não produzem a proteína para o gene ACTN3, tendo maior predisposição para fibras de contração lenta, com mais resistência a fadiga, dando maior ênfase a esportes de longa duração como maratonas (ALFRED et.al, 2011).

Pereira et al. (2013), investigou as variações genéticas dos polimorfismos humanos ECA I / D e ACTN3 R577X e verificou melhoras na potência muscular e capacidade funcional de 139 idosos que executaram por 12 semanas de treinamento, 3 x por semana exercícios de salto vertical e lançamento de medicine ball, relacionou-se assim que esse programa efetuado aumentou significativamente o aumento da capacidade funcional/muscular e um significância no polimorfismo nos índices para o desempenho muscular, entendendo assim que os genótipos de ECA e ACTN3 exerceram respostas benéficas ao treinamento de alta velocidade.

Com o aumento significativo dos idosos no mundo, e da prevalência de doenças crônico- degenerativa e problemas cognitivos, o presente estudo de revisão irá buscar a associação a influência dos exercícios físicos na cognição e polimorfismos do gene Apoe, Eca e Actn3 em idosos.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Esta pesquisa se tratou de um estudo de revisão sistemática, realizadas a partir do método PRISMA, relacionando a seguinte pergunta: Qual a influência dos exercícios físicos na cognição e polimorfismos do gene Apoe, Eca e Actn3 em idosos? Todos os artigos selecionados deveriam ser a partir de artigos publicados no período de 2012 a 2022 nas seguintes bases eletrônicas: PubMed Medline-Library of Medicine, Lilacs-Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde, SciELO-Scientific Eletronic Library Online e Scopus. A busca foi realizada em novembro de 2023, sendo utilizadas as seguintes palavras chave: elderly (idosos), physical exercises (exercícios físicos), cognition (cognição), genetic polymorphism (polimorfismo genético) e seus respectivos sinônimos, nos idiomas português e inglês. Houve motivos de exclusão de alguns artigos a partir dos títulos e não terem relação com o objetivo desse estudo sistemático, sendo assim também foram selecionados artigos com idosos com 60 anos ou mais que abordassem o tema de exercícios físicos e polimorfismo genético.

Nas buscas pelos artigos, foi identificado inicialmente um total de 3.810 artigos, no entanto foram excluídos todos os que não continham títulos parecidos com o estudo aqui efetuado, assim com o auxílio do Software Mendeley, foram selecionados

107 artigos para a leitura dos resumos e logo após foram selecionados 43 artigos para finalizar com a leitura dos mesmos, ficando viável um total de 10 artigos, onde foram excluídos os que não respondiam a questão do presente estudo e a revisão. Os artigos selecionados são de estudos de países como: Espanha, Brasil, Coréia do Sul, Taiwan, Estados Unidos.

2.2 RESULTADOS/ DISCUSSÕES

A literatura nos remete que os exercícios físicos são eficazes na melhora da resposta muscular, levando em conta o polimorfismo genético de cada indivíduo estudado, no entanto vale a leitura desse trabalho para entender melhor como o corpo de um indivíduo idoso se relaciona com testes que evidenciam a melhora da potência, massa muscular, cognição entre outros fatores associados. A massa muscular, assim como a força, são aspectos que são desempenhados de grande importância para as tarefas do cotidiano e motoras, dando mais qualidade de vida, longevidade e saúde para desempenhar a parte esportiva, no entanto vários estudos tem relatado uma queda no risco do aumento de doenças crônico-degenerativas, além da morte precoce e diminuição das capacidades motoras em idosos.

No estudo de Salles et. al. (2022), investigou o efeito do polimorfismo do gene ACTN3 na aptidão funcional com os testes do Senior Test Fit e avaliaram a capacidade cognitiva pelo teste de Stroop em 347 idosos tanto homens quanto mulheres na Bahia- Brasil, onde não encontraram o efeito do genótipo na aptidão funcional, mas encontraram efeito positivo do polimorfismo do gene ACTN3 na função executiva, com a presença do alelo X do gene ACTN3 nos idosos estudados, foram relacionado assim um melhor desempenho no teste de Stroop com menor tempo de resposta, demonstrando assim que o polimorfismo do gene ACTN3 acaba afetando a função cognitiva e não a do funcional.

Blanco et.al.(2020) nos relata o efeito de dois polimorfismo genéticos do ACTN3 e ACE, com uma amostra de 300 mulheres idosas com mais de 60 anos com um programa de treinamento num período de 2 anos, onde utilizaram o Senior Fitness Test para verificação dos testes de força. A genotipagem foi obtida por meio de swabs bucais, no entanto a análise da ECA não revelou diferenças entre os genótipos, mas indicou diferença para o teste de força de perna para o ACTN3. A combinação da ACE

e ACTN3 se fez eficaz revelando melhora na força de membro superior para os portadores do alelo X após os dois anos do programa de treinamento, no entanto os autores relacionam que o ACTN3 tem um papel de grande importância na força muscular, onde proporcionou um efeito positivo do alelo X nos idosos investigados.

Outro estudo de grande relevância foi de Seok-Ki- Min et.al. (2016), onde verificaram a associação do genótipo ACTN3 e a relação com a Densidade Mineral Óssea (DMO), contando com 68 mulheres idosas em um Centro de Saúde Pública de Seongbuk-Gu (Seul, Coréia). Relacionaram a força muscular, resistência muscular, flexibilidade, agilidade, equilíbrio e o VO₂ máx. Para a avaliação da antropometria analisaram com os Raios DEXA e para genotipagem dos genes foi utilizado a abordagem de Taqman. Os resultados apontaram diferenças na DMO para pelve, tronco e coluna entre os genótipos da ACTN3, não havendo diferenças significativas para: cabeça, braços, pernas e costelas, tendo assim uma maior tendência do genótipo RR em relação a outros genótipos, também não havendo diferenças significativas para a aptidão física entre os genótipos de ACTN3.

Para uma revisão sistemática também obtivemos por Colovati et.al.(2021), relacionando os estudos sobre o exercício físico e o polimorfismo do gene APOE na função cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer (DA). No entanto nos relatam que enfocou o efeito do exercício físico na função cognitiva do polimorfismo do gene APOE, porém esses estudos foram relacionados demonstrando alto nível de aptidão cardiorrespiratória que associado a menos dano neural, tendo melhoras em teste para pontuação em testes de memória, obtendo em outros estudos uma falha na detecção dos exercícios físicos na melhora cognitiva de indivíduos saudáveis ou com DA (Doença de Alzheimer). Alguns estudos sugerem que o treino progressivo de força com intensidade moderada a elevada, pode ser efetuado com tolerância em idosos saudáveis, desempenhando assim o aumento de força, independente do sexo, contudo um treinamento combinado de força e aeróbico, auxiliam a população idosa na prevenção de várias doenças degenerativas, e a aumento de vários componentes da aptidão física, como a melhora gradativa na capacidade aeróbica e funcional. Dahna et.al.(2021) relacionaram dados populacionais de 3.886 indivíduos (Chicago-Illinois) que foram pesquisados entre 1993 a 2012, chegando a conclusão de que um estilo de vida saudável na cognição, especialmente entre pessoas com predisposição

genética serão menos vulneráveis ao declínio cognitivo na medida que estão envelhecendo.

Araque et.al (2021) examina as associações do gene ACTN3 com a relação da qualidade de vida e a força muscular na população idosa na Espanha. Foram investigados 281 idosos participantes do estudo, no entanto foram coletados dados antropométricos, medicamentos que utilizam, doenças crônicas, qualidade de vida e atividade física, estado nutricional, força de preensão manual e a genotipagem do gene ACTN3 pelo protocolo de Taqman. Os resultados encontrados nas mulheres uma associação entre o genótipo ACTN3 com o coeficiente de regressão, já nos homens houve diferença significativa a preensão manual e o coeficiente de regressão.

Assim no contexto de estudos acima citado, finalizamos com Zhou et.al.(2022), que nos remete sobre o seu estudo que investigaram os efeitos do salto intermitente agudo aquático de alta intensidade na pressão arterial e rigidez arterial em mulheres na pós-menopausa com diferentes genótipos de enzima conversora de angiotensina (ECA). O estudo foi efetuado em Taiwan, com uma amostra de 12 mulheres na pós menopausa, com genótipo/deleção (DD) da ECA e 61 portadoras do genótipo inserção/inserção ou inserção/deleção (II/ID). Conclui-se que as mulheres pós-menopausáticas com genótipo DD obtiveram maior aumento da PAS no pós-exercício, em relação as que possuíam o genótipo II/ D, onde sugerem que os exercícios aquáticos desempenharam uma melhora na redução da PA em mulheres na pós- menopausa com o genótipo II/D.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando assim que os dados encontrados nessa revisão, verificou-se que a literatura e suas várias pesquisas acerca de envelhecimento, cognição exercícios físicos e polimorfismo genético, propõe que estão todos interligados através dos estudos genéticos, muitos dos mesmos relacionam que os exercícios físicos causam efeitos benéficos em relação a genética, porém vale destacar que futuras pesquisas deverão ser analisadas através de outras variáveis como: sexo, condições sociais, econômicas e emocionais com diferentes protocolos, para relacionar o atual desempenho da aptidão física da população idosa, se contribuirá de forma crescente

na prevenção de outros fatores de risco associados a idade e se possa haver de uma forma positiva a influência do exercício físico.

Dessa maneira espera-se que este trabalho venha proporcionar e a incentivar às práticas de atividades físicas voltadas ao público de pessoas idosas, incrementando às mesmas um melhor estilo de vida, relacionando-se assim à saúde, bem-estar físico, mental e social, e principalmente longevidade, superando expectativas com uma vida mais saudável, e com mais estudos genômicos para mapear ainda mais o corpo humano e seu envelhecimento.

REFERÊNCIAS

ALFRED ET AL. ACTN3 genotype, athletic status, and life course physical capability: meta-analysis of the published literature and findings from nine studies. *Human Mutation*, 2011.

AMERICAM COLLEGE OF SPORTS AND MEDICINE. *Physical Activity and Public Health in Older Adults: Recommendation from de American College of Sports Medicine and American Heart Association*. Boston, 2007.

ARAQUE ET. AL. Força muscular e qualidade de vida em idosos: o papel do polimorfismo ACTN3 R577X. *Int.J. Environ.Res.Public Health* 2021.18(3), 1055.

BLANCO ET.AL. Treinamento de força e resistência em mulheres idosas em relação aos polimorfismos ACTN3 R577X e ACE I/D. *Int.J Environ.Res.Public Health*, 2020,17(4) 1236;

COLOVATI ET. AL. Interaction between physical exercise and APOE gene polymorphism on cognitive function in older people. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* (2021) 54(2): e10098.

DAHNA ET.AL. Impact of the Apolipoprotein E ϵ 4 Allele on the Relationship Between Healthy Lifestyle and Cognitive Decline: A Population-Based Study. *Am J Epidemiol.* 2021;190(7):1225–1233.

GUTH LM, ROTH SM. Genetic influence on athletic performance. *Curr Opin Pediatr.* 2013;25:653-8.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeção da População do Brasil: população brasileira envelhece em ritmo acelerado. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 15 de nov 2022.

IZZICUPO ET.AL.Efeitos do polimorfismo I/D da ECA e do treinamento aeróbico na rede imunoendócrina e nos parâmetros cardiovasculares de mulheres na pós-menopausa.J Clin Endocrinol Metab2013 Out;98(10):4187-94.

OJOPI,E.P.B; BERTONCINI, A.B.;DIAS NETO, E. Apolipoproteína E e a doença de Alzheimer. Revista Psiquiatria Clínica 31 (1);26-33, 2004.

PEREIRA, E. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte, v. 26, p. 241-250, 2012.

SALLES ET.AL.Efeito do polimorfismo do gene ACTN-3 na aptidão funcional e função executiva de idosos.Front Aging Neurosci,2022.14-943934.

SEOK-KI-MIN ET. AL. Association of ACTN3 polymorphisms with

PLANO AVANÇADO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES EM AMBIENTE DOMICILIAR

Bruna Luiza de Wallau Krüger
Daniela De Ré

RESUMO: O ambiente domiciliar é um cenário cada vez mais frequente na abordagem de pacientes sob cuidados paliativos e que estejam em finitude de vida. Nesse espaço, a alta prevalência de intercorrências agudas associadas a medidas invasivas indesejadas confronta-se com os valores dos pacientes e famílias, tornando-se necessária a elaboração de um plano de cuidados direcionado, que garanta o protagonismo do paciente e seus familiares, e uma comunicação eficiente com as equipes assistenciais. De acordo com essa necessidade, o serviço de atenção domiciliar do Município de Cascavel-PR – Programa de Assistência e Internação Domiciliar (PAID), durante participação no projeto Proadi-SUS Cuidados Paliativos do Hospital Sírio Libanês no período de novembro 2022 a outubro de 2023, elaborou o plano avançado de cuidados paliativos a ser aplicado em ambiente domiciliar, o qual se mostrou uma ferramenta eficaz para garantir a autonomia do paciente e sua família e um importante elo de ligação com as equipes envolvidas no cuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Domiciliar; Cuidados Paliativos; Diretivas Antecipadas.

1 INTRODUÇÃO

O processo de finitude de vida pode ser bastante desafiador, repleto de medos e anseios por parte das famílias e pacientes que enfrentam condições de saúde crônicas, incuráveis e potencialmente ameaçadoras à vida (ALVES et al., 2019). Os cuidados paliativos são uma abordagem de cuidados multidisciplinares para pacientes e famílias que vivem sob tais condições, buscando aliviar e prevenir o sofrimento nas esferas psíquica, física, espiritual e social (CARVALHO; CASSIS, 2022). Quando em processo de avanço de doença, queda ampla de funcionalidade e diante da possibilidade de terminalidade de doença ou finitude de vida, o cuidado integral e humanizado no ambiente domiciliar tem sido uma estratégia cada vez mais possível de ser adotada, sendo o domicílio considerado um ambiente acolhedor, onde os desejos e a autonomia do paciente são levados em consideração (BRASIL, 2016).

É neste cenário que a alta prevalência de intercorrências agudas associadas a medidas invasivas indesejadas confrontam-se com os valores das famílias e as próprias diretivas antecipadas de vontade (DAV) expressas previamente pelo paciente. Frente a este desafio e para garantir que o domicílio seja uma opção segura aos pacientes e seus familiares, faz-se necessário um modelo adequado de organização e planejamento de cuidados paliativos avançados, potencializando a comunicação entre família, paciente e equipes assistenciais envolvidas.

Neste contexto, a equipe do PAID, durante participação no projeto Proadi-SUS Cuidados Paliativos do Hospital Sírio Libanês (CARDOSO; PIRES; DALESSANDRO, 2024) no período de novembro 2022 a outubro de 2023, elaborou o Plano Avançado de Cuidados Paliativos (PAC), aplicado em ambiente domiciliar durante as visitas de acompanhamento da equipe multiprofissional.

2 OBJETIVO

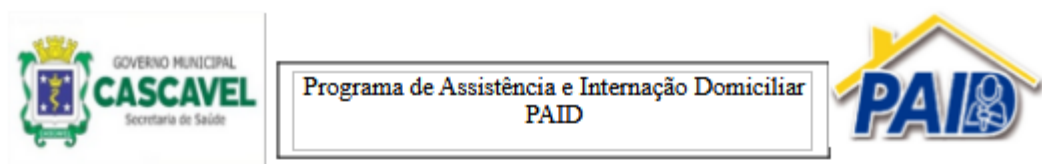
Elaborar junto ao paciente e/ou familiares um plano de cuidados compartilhado, respeitando seus valores de vida e preferências, garantindo um ambiente seguro e evitando que intervenções indesejadas e não proporcionais em casos de urgência e emergência sejam aplicadas.

3 DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

A equipe multiprofissional do PAID, após elaboração do PAC, durante as visitas domiciliares em que identificava sua aplicabilidade, retomava junto à família a biografia do paciente, a trajetória da doença e quais medidas seriam proporcionais para um final de vida, de acordo com os sintomas e intercorrências que pudessem haver naquele momento. Em seguida, o plano de cuidados era preenchido em duas vias, pelo médico e demais integrantes do PAID, em modelo previamente impresso em folha de cor diferente do prontuário, para dar destaque ao documento, sendo deixada uma via no domicílio e outra via junto ao prontuário do paciente.

O documento contemplava dados pessoais do paciente, informações a respeito do quadro clínico, bem como o histórico médico pregresso, linhas de tratamento instituídas e quais as condutas a serem adotadas pela equipe, em caso de dúvida assistencial (figuras 1 e 2). Medidas invasivas e não proporcionais eram elencadas e transcritas para que, em caso de intervenção de unidade de suporte avançado (SAMU) por descompensação aguda, a família pudesse deliberar junto à equipe quanto ao desejo de remoção do paciente para ambiente hospitalar ou manutenção do paciente no domicílio, mantendo-se nos dois casos priorização de medidas de conforto. Após o preenchimento, o documento era lido detalhadamente para facilitar a compreensão do paciente e/ou familiares.

Figura 1 – Plano avançado de cuidados paliativos (PAC)



PLANO AVANÇADO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES EM AMBIENTE DOMICILIAR

Nome do Paciente: _____
Endereço: _____
Idade: _____ CPF/RG: _____
Cuidador/familiar responsável pelo paciente: _____
Data de início de atendimento em ambiente domiciliar (admissão no PAID): _____
Possui Diretivas Antecipadas de Vontade? () Sim () Não
Diagnósticos de Doença: _____
PPS (Paliative Performance Status) prévio à admissão no PAID: _____ PPS atual: _____
KPS (Karnovsky Performance Scale) prévio à admissão no PAID: _____ KPS atual: _____
Breve resumo da doença atual: _____

O (a) paciente acima citado (a) *recebe suporte com objetivo de cuidados paliativos* por equipe multiprofissional de atenção domiciliar (PAID - Cascavel/PR), estando sob cuidados de familiares e/ou cuidadores informais, tendo como responsáveis os nomes acima citados. Os mesmos *foram esclarecidos e estão de acordo quanto à necessidade de priorização de medidas de conforto para o (a) paciente, com ênfase em controle de sintomas e proporcionais para o avanço da doença neste momento.* Sendo assim, fica estabelecido por meio deste documento, que *é tecnicamente indicado e está de acordo com desejo expresso do (a) paciente e/ou de seus familiares, que sua vida não seja prolongada de forma artificial em caso de piora clínica ou situação irreversível.* Em caso de sintoma refratário ou insuficiência respiratória em ambiente domiciliar, que sejam priorizadas medidas de conforto como medicações endovenosas/subcutâneas e oxigenoterapia. Se houver necessidade de transferência do paciente para o ambiente hospitalar, seja via SAMU ou por meios próprios, que medidas invasivas como reanimação cardiopulmonar (RCP), intubação orotraqueal (IOT) e introdução de sondas para alimentação artificial (nasoesofágica, nasogástrica, gastrostomia, jejunostomia) *NÃO sejam elencadas como priorização*, em vistas do possível desfecho desfavorável e consideradas distanstasia pela equipe de cuidados paliativos que acompanha o (a) paciente. Considera-se também que: _____

Reitero que, em caso de acionamento do SAMU e *optado pela não internação* do (a) paciente, o PAID deverá ser informado, em número fixo: 45 3902-1890/ 3392-6581 (dias de semana, das 7h às 19h) ou celular: 45 98431-6374 (finais de semana ou feriados, das 7h às 19h), para que avaliemos o paciente o mais breve possível visando controle dos sintomas e manejo de forma adequada no domicílio.

Sendo assim, em vistas da veracidade jurídica, ética e legal deste documento, conforme *Código de ética Médica 2009* e Resolução CFM nº 1.995/2012 leia-se:

Fonte: Autoras

Figura 2 – Plano avançado de cuidados paliativos (PAC)

ANEXO 1

Código de Ética Médica 2009

Capítulo I – Princípios Fundamentais

Art. XXI: “No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.”

Art. XXII: “Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados.”

Capítulo V- É vedado ao médico:

Art. 36: “Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos.”

Art.41: “Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.”

ANEXO 2

Resolução CFM nº 1.995/2012

Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes.

Art. 1º: Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sob cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e automaticamente, sua vontade.

Art. 2º Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de paciente que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

§ 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

§ 2º O Médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

§ 3º As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

§ 4º O médico registrará no prontuário as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

Sendo assim, lavro tal documento como médico (a) assistente do paciente e leio junto à família, colocando-me a disposição para maiores esclarecimentos.

Médico (a)

Cascavel, _____ de _____ de _____.

Fonte: Autoras

4 CONCLUSÃO

Pacientes em cuidados paliativos e que se encontram em finitude de vida, têm se tornado cada vez mais presentes na rotina das equipes de atenção domiciliar.

Desta forma, observou-se que o plano avançado de cuidados mostrou-se uma ferramenta de ampla aplicabilidade e praticidade, na medida em que favorece a autonomia do paciente e de sua família, tornando o ambiente domiciliar um elo potencial de cuidados paliativos que integra a tríade família-paciente-equipe assistencial.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. S. F; et al. Cuidados Paliativos: Alternativa para o Cuidado Essencial no Fim da Vida. Psicologia: Ciência e Profissão, Vol. 39, 1-15, 2019.

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

Disponível

em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html.

Acesso em: 13 de maio de 2024.

CARDOSO, L. F.; PIRES, C. T.; DALESSANDRO, M. P. S. Programa de Cuidados Paliativos no SUS - Atenção Hospitalar, Ambulatorial Especializada e Atenção Domiciliar, 2024, São Paulo. Hospital Sírio Libanês. Disponível em: <https://proadi-sus.org.br/projeto/cuidados-paliativos-cp>. Acesso em: 13 de maio de 2024.

CARVALHO, R. T.; CASSIS, A. T. Cuidados Paliativos: Conceitos e Princípios. Manual da Residência de Cuidados Paliativos: Abordagem Multidisciplinar. Santana de Parnaíba, SP: Manole, 2022.

PROJETO CUIDANDO DE QUEM CUIDA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR EM ITAITINGA-CE

Mayara Paz Albino Dos Santos

RESUMO: Este relato de experiência descreve a experiência do projeto Cuidando de quem cuida, uma iniciativa elaborada no serviço de atenção domiciliar no serviço de Itaitinga-CE que visa capacitar e amparar os cuidadores dos pacientes pertencentes ao serviço que permite a execução de ações direcionadas a este sujeito, incluindo a atuação interdisciplinar e intersetorial. Dessa forma, esse projeto enfatiza a importância da integridade biopsicossocial do cuidador diante dos cuidados prestados ao paciente domiciliado e/ou acamado acometido por afecções crônicas, como também envolvê-los nesse contexto no que diz respeito à adoção de sua autonomia a esses cuidados com orientações, ministrações de oficinas e capacitações.

PALAVRAS-CHAVE: capacitação; cuidadores; interdisciplinaridade; intersetorialidade.

1 INTRODUÇÃO

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) faz parte do Programa Melhor em Casa, vinculado ao Governo Federal no Brasil. Presta-se uma assistência multiprofissional a pacientes restritos ao leito, com demandas de média e alta complexidade oferecendo um suporte contínuo de acordo com a necessidade e contexto familiar evitando hospitalizações desnecessárias, diminuindo risco de infecções e outros agravos relacionados à imobilidade e/ou complicações das afecções que eles apresentam (SANTOS, et al. 2023) (PROCÓPIO, et al. 2019).

Para efetividade dessa assistência é necessária a figura do cuidador que está diretamente ligado ao processo de cuidado dos pacientes atendidos no serviço. Observou-se na vivência do serviço, a partir do relato dos cuidadores, a sobrecarga física e emocional que eles apresentam oriundas algumas vezes de dúvidas no cuidado de outrem e uma nova realidade que exige muito deles apresentando assim uma necessidade de cuidar de sua integridade física, emocional, social para desempenhar seu papel com êxito. (PROCÓPIO, et al. 2019) (ROCHA JUNIOR, CORRENTE, HATTOR, et al. 2011)

2 OBJETIVO

O relato objetiva descrever a experiência da execução de um projeto intitulado Cuidando de quem Cuida de capacitação ao cuidador do serviço de atenção domiciliar

em Itaitinga/CE, evidenciando resultados alcançados para o serviço e para os cuidadores.

3 METODOLOGIA

Este relato de experiência baseia-se em observações, registros e reflexões dos profissionais e dos cuidadores a partir das práticas das atividades do projeto Cuidando de Quem Cuida.

4 DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O SAD em Itaitinga/CE acompanha aproximadamente 100 pacientes, acometidos em sua maioria por doenças cerebrovasculares, restritos ao leito em domicílio. Em 2021, com a ampliação do serviço e da demanda populacional, os profissionais observavam durante as visitas domiciliares e a partir dos relatos dos cuidadores algumas dificuldades que eles tinham no manejo dos pacientes e uma sobrecarga física e emocional. Portanto, como uma forma de garantir um acompanhamento efetivo do serviço e do cuidado que passa também pelo cuidador, foi elaborado um projeto que se baseia-se em atividades programadas trimestralmente com treinamento interdisciplinar inerente ao cuidado a partir das demandas apresentadas, a citar alguns exemplos:

- Por que eu sou importante? O papel do cuidador no processo do cuidar;
- Cuidando da saúde bucal;
- Por que eu preciso mudar meu familiar a cada 2h?
- A importância do posicionamento correto no leito.
- A nutrição em casa e suas alternativas.
- Meu familiar usa sonda e agora? Manuseio de sondas e cuidados de higiene;
- Cuidando de mim: momento de alongamento e relaxamento no meu dia a dia.
- Vamos conversar sobre o cuidar em casa? Roda de conversa para apoio psicológico;
- Setembro amarelo: prevenindo o suicídio entre cuidadores;
- A dignidade e a beleza do envelhecer: conscientização contra a violência à pessoa idosa;

Cada temática era elaborada a partir da experiência profissional e evidências de saúde e dirigida por alguns profissionais da equipe contando com o suporte dos demais na sua execução prévia ou durante a atividade. Esse saber compartilhado, perpassado pela interdisciplinaridade contribuía no olhar ampliado de cada profissão favorecendo dentre outros aspectos, a identificação de um fator de risco para alguma afecção e o apoio em tempo hábil do profissional adequado.

Caso fosse observada a mudança ou acréscimo de novos cuidadores, assim como a partir de uma nova demanda, a temática era novamente incluída no cronograma. Com o apoio do município, os encontros ocorriam com duração de 4h em espaços públicos disponibilizados e recebiam todo suporte e material possível para a execução.

A fim de atender a necessidade apresentada, alguns encontros contavam com a inclusão da musicoterapia, a participação da atenção básica com momentos introdutórios realizados pelo serviço de educação física e parceria com a assistência social do município, enfatizando assim a importância da intersectorialidade no alcance de uma atenção integral à saúde. Nesse caso, abriam-se cenários de prática efetivas que não ficavam limitadas somente à casa.

No final de cada encontro, era disponibilizado um momento para os cuidadores relatarem sua percepção e tirarem suas dúvidas, momento esse que também continuava de forma remota através do uso de aplicativo de mensagens *Whatsapp*, fazendo parte também da proposta de telemonitoramento do serviço.

Para alguns cuidadores, esses encontros eram considerados momentos (por vezes, únicos) de lazer; de se sentirem amparados e perceberem que não estavam só, pois tinham muitos olhares profissionais sobre eles e que outras pessoas compartilhavam das mesmas dúvidas e dores e que tinham um cuidado continuado que não se limitava só ao domicílio. Eles relatavam que isso fazia com que eles se sentissem menos sobrecarregados fisicamente e emocionalmente.

Para os profissionais, o compartilhamento coletivo favoreceu uma ampliação do seu olhar de prática e facilita sua comunicação com o cuidador - ainda que esses apresentem em algumas situações uma dificuldade de compreensão (devido à limitações cognitivas ou de baixo grau de instrução) -uma vez que dúvidas são

respondidas e a melhor execução das orientações dadas favoreceu um acompanhamento mais eficiente do serviço.

CONCLUSÃO

Iniciativas para responder a demanda da atenção domiciliar com capacitação e amparo ao cuidador amplia a abrangência da prática profissional e efetividade do serviço olhando para esse sujeito como ator fundamental para o avanço e resolutividade do acompanhamento.

Da mesma forma, abre espaços de discussão necessários para alternativas eficientes de interdisciplinaridade e intersetorialidade em resposta à necessidade de saúde local.

REFERÊNCIAS

PROCÓPIO, L. C. R. et al. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde em Debate [online]**. v. 43, n. 121, pp. 592-604. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912123>.

ROCHA JUNIOR, P. R.; CORRENTE, J.E.; HATTOR, C.H. et al. Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.16, n.7, Julho/2011

SANTOS, M. Da S. et al. Atuação interdisciplinar no serviço de atenção domiciliar (sad): um relato de experiências. **Anais do X CIEH...** Campina Grande: Realize Editora, 2023. Disponível em: <<https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/102274>>.

TECNOLOGIAS EM SAÚDE COMO FERRAMENTA NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Leticia Gramazio Soares
Gabriela Gubert Fernando
Isadora Bussolaro Viana
Jorge Marcelo Sauka
Luana Gracino
Tatiane Baratieri

RESUMO: Este estudo teve como objetivo apresentar evidências científicas sobre a utilização de tecnologias em saúde aplicadas na assistência domiciliar. Realizou-se uma revisão integrativa de literatura na BVS e Pubmed, com a seleção de 26 artigos científicos. Os dados foram analisados descritivamente. Como resultados verificou-se benefícios na utilização das tecnologias na AD: melhoria do acesso do paciente aos serviços de saúde; garantia da integralidade e equidade na assistência; redução na carga de trabalho dos cuidadores; redução da readmissão hospitalar; envolvimento profissional-família-paciente; melhora a transição do hospital para o domicílio; identificar, planejar e realizar intervenções precisas e individualizadas. No entanto, algumas barreiras se mostram nesse cenário, sendo as mais relevantes: a literacia digital da população; diminuição da humanização no atendimento; dificuldade nas adaptações no domicílio e dificuldade no compartilhamento de informações entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Conclui-se que a tecnologia em saúde se apresenta favorável para atender as demandas de saúde de pacientes e cuidadores, vão desde leves a duras, cada uma apresenta aspectos favoráveis e desfavoráveis.

PALAVRAS-CHAVE: Tecnologia em Saúde; Atenção Domiciliar; Gestão do Cuidado;

1 INTRODUÇÃO

As tecnologias em saúde são representadas por medicamentos, materiais, equipamentos e procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais, de informações e de suporte, programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população (BRASIL, 2005).

O crescimento contínuo dos gastos em saúde, a produção cada vez maior de novas tecnologias e as mudanças no perfil epidemiológico das populações ocorridas nas duas últimas décadas, tem levado a necessidades diversificadas de atenção (BRASIL, 2010). Dessa forma, se faz social e politicamente necessário desenvolver mecanismos de articulação entre os setores envolvidos na produção, incorporação e na utilização de tecnologias nos sistemas de saúde (BRASIL, 2010).

Especialmente, pode ser desenvolvida na Atenção Domiciliar (AD), que é uma modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde integrada (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio (BRASIL, 2016).

As tecnologias em saúde na AD são expressivas neste contexto, tais como: conhecimentos aplicados para o cuidado, recursos de comunicação em saúde,

produtos assistivos para o paciente, equipamentos eletrônicos e objetos para adaptações e monitoramento do ambiente (BRAGA et al., 2024).

As tecnologias em saúde são elementos necessários para a gestão do cuidado na AD, pois é muito comum no cotidiano das equipes, deparar-se com situações complexas, pelas características clínicas e socioeconômicas dos pacientes, somada ao fato de que o contato com o paciente não se dá em instituição de saúde, e sim no domicílio, o que impõe a necessidade de desenvolver saberes e habilidades para facilitar o provimento e a disponibilização de tecnologias em saúde de acordo com as necessidades dos pacientes (BRASIL, 2013).

Tendo em vista das tecnologias em saúde na AD, pelos benefícios trazidos para a qualidade de vida de pacientes, famílias, profissionais de saúde e para os serviços de saúde, seja na gestão do cuidado ou no uso racional de recursos financeiros, desospitalização, liberação de leitos hospitalares, a realização de pesquisas científicas sobre a temática em questão pode gerar reflexões pertinentes que reforcem a sua utilização na RAS.

2 OBJETIVO

Apresentar evidências científicas sobre a utilização de tecnologias em saúde aplicadas na assistência domiciliar.

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura que seguiu as etapas: elaboração da pergunta norteadora; estabelecimento dos objetivos e dos critérios de seleção dos artigos; definição das informações a serem extraídas; seleção dos artigos; análise dos resultados; discussão dos achados (RAMALHO NETO et al., 2016). Desse modo, a questão norteadora deste estudo foi: “Quais as principais tecnologias em saúde utilizadas na assistência domiciliar?”

A estratégia de busca foi realizada por meio do mnemônico PCC, que se refere a *Participants* (participantes: pessoas que necessitam de assistência domiciliar); *Concept* (conceito: tecnologias em saúde) e *Context* (Contexto: ambiente domiciliar).

Os estudos primários foram recrutados nas plataformas de base de dados online: Biblioteca Virtual de Saúde e Pubmed. Para o levantamento das publicações,

foram utilizados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em português, inglês e espanhol, os cruzamentos foram feitos por meio do moderador booleano “AND” no formulário de busca avançada. Para refinar as buscas, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos originais, completos e gratuitos, em inglês, português e espanhol, publicados a partir de 2014, excluindo artigos que não elucidavam à questão de pesquisa.

Ao aplicar a estratégia de busca e filtros, foram recuperados 296 estudos, sendo 140 no PubMed e 156 da BVS, dos quais 92 na Medline, 35 LILACS e 29 Bdenf. Após a leitura dos títulos e resumos 235 artigos foram excluídos, sendo 6 por estarem duplicados em mais de uma fonte de dados e 229 por não estarem em consonância com a temática abordada. Assim, 61 artigos foram considerados elegíveis para a leitura do texto na íntegra, dos quais 35 foram excluídos por não contribuir para elucidar a questão de pesquisa. Ao final, 26 artigos foram selecionados para compor a amostra da revisão integrativa de literatura. Para classificar o nível de evidência científica dos artigos, foram utilizadas as recomendações de Hovick et al., (2011).

4 RESULTADOS

A amostra analisada neste estudo, constou de 26 artigos, os quais foram categorizados segundo: número do artigo, título e nível de evidência (Quadro 1)

Quadro 1 - Distribuição dos artigos selecionados segundo nível de evidência, autores, título, periódico e ano de publicação. Guarapuava (PR), Brasil, 2024.

N.	Título	Nível
1	Wound Care Knowledge, Attitudes, and Practices and Mobile Health Technology Use in the Home Environment: Cross-Sectional Survey of Social Network Users	VI
2	Acceptance and use of health information technology by community-dwelling elders	III
3	Barriers and Facilitators for Sustainability of Tele-Homecare Programs: A Systematic Review.	II
4	Nurse-coordinated home-based cardiac rehabilitation for patients with heart failure: A scoping review	II
5	The use of advanced medical technologies at home: a systematic review of the literature.	II
6	Current provision and HCP experiences of remote care delivery and diabetes technology training for people with type 1 diabetes in the UK during the COVID-19 pandemic.	IV

7	Discursos sobre tecnologias na atenção domiciliar: contribuições entre inovar, inventar e investir	VI
8	Preparo de cuidadores para desospitalização de pacientes dependentes de tecnologia: perspectiva de profissionais da AD	VI
9	Ethical issues related to the use of gerontechnology in older people care: scoping review	II
10	Mothers caring for technology-dependent children at home: What is most helpful and least helpful?	II
11	Acceptance and Use of Home-Based Electronic Symptom Self-Reporting Systems in Patients With Cancer: Systematic Review.	I
12	Technology to Support Older Adults in Home Palliative Care: A Scoping Review.	I
13	Capturing At-Home Health and Care Information for Children With Medical Complexity Using Voice Interactive Technologies: Multi-Stakeholder Viewpoint	V
14	Describing and visualizing the patient and caregiver experience of cancer pain in the home context using ecological momentary assessments.	VI
15	A systematic review of telehealth tools and interventions to support family caregivers	I
16	Mobile and Connected Health Technology Needs for Older Adults Aging in Place: Cross- Sectional Survey Study	VI
17	Adaptation and Validation of the Individual Lifestyle Profile Scale of Portuguese Older Adults Living at Home	VI
18	Family Caregivers Experiences with TeleRehabilitation for Older Adults with Fracture	II
19	Increasing the Capacity of Primary Care Through Enabling Technology.	VI
20	The worldwide impact of telemedicine during COVID-19: current evidence and recommendations for the future.	V
21	Home-based Technologies for Stroke Rehabilitation: A Systematic Review	II
22	A digitally supported home-based exercise training program and dietary protein intervention for community dwelling older adults: protocol of the cluster randomized controlled VITAMIN trial	I
23	Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in high-risk older adults	I
24	Evaluation of 1-Year in-Home Monitoring Technology by Home-Dwelling Older Adults, Family Caregivers, and Nurses	IV
25	Feasibility Testing of Health Information Technology: Enabled Patient-Reported Outcome Measurement in the Home Health Setting.	VI
26	Nursing interventions to empower the family caregiver of person with lower limb amputation: scoping review.	II

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Foram identificadas variados tipos de tecnologias em saúde que auxiliam cuidadores e profissionais de saúde na assistência domiciliar, conforme disposto na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das tecnologias em saúdes utilizadas nos estudos analisados. Guarapuava (PR), Brasil, 2024.

Tecnologia em saúde	Estudos	Resultados/Recomendações
Teleatendimento	2, 3, 6, 9 10, 15, 18, 19, 20, 21, 23	O sucesso do teleatendimento depende da comunicação interprofissional e entre profissional-paciente, além da adaptação do paciente, percepção de eficácia e organização da cultura. Bem aceito pelos cuidadores, reduzindo sua sobrecarga e auxiliando em aspectos psicológicos. Aplicado na tele-reabilitação após fratura de quadril. Chamadas de voz após alta hospitalar é um contribuinte para a redução de readmissão. A execução de exercícios por videoconferência é benéfica no processo de reabilitação de AVC que estão em condições dificultadoras do acesso à saúde. Possui limitações quanto à insuficiência de interação interpessoal entre paciente e profissional da saúde, além de dificuldades em letramento digital e questões ético-burocráticas. Recomenda-se modelos de cuidados virtuais e o desenvolvimento de dispositivos que facilitem o uso.
Tecnologias de vigilância e monitoramento	2, 4, 9, 15, 16, 19,24	O uso de tecnologias assistivas pode auxiliar principalmente no cuidado com o paciente idoso e/ou com demência, é necessário equilíbrio entre os benefícios do uso da gerontecnologia e os direitos dos idosos; há risco de insegurança pelo medo de perder o contato humano e preocupação com autonomia e privacidade. Prevenção de quedas e urgências, além de permitir a redução do estresse familiar. Os idosos se demonstram receptivos.
Suporte digital com aplicativos para atendimento físico, cardiorespiratório, diálise, terapia de infusão, nutrição, entre outros	4, 5, 22	Há muitos ajustes desde a aprendizagem para o manuseio de materiais à aceitação. Considerar o impacto psicossocial, autonomia e funcionamento familiar. A tecnologia utilizada por enfermeiros propiciou a avaliação completa do paciente, planejamento e implementação de atividades de reabilitação, além do acompanhamento da evolução. Melhora a frequência e a intensidade de atividades físicas no domicílio ao promover orientações de segurança, instruções dos exercícios, acompanhamento, monitoramento de progressão e personalização do treinamento conforme demandas individuais.
Tecnologias leves e leve-dura	7, 8, 17, 26	Para facilitar o uso realizar reuniões mensais com cuidadores/familiares; Acompanhamento logo após a alta hospitalar; Orientações verbais associadas à demonstração prática e oferta de impressos ilustrativos; utilização de simuladores/tecnologias; Benefícios: redução da carga de trabalho do cuidador, melhor transição do hospital ao domicílio, identificação das necessidades e planejamento de intervenções, melhor direcionamento para grupos terapêuticos e redução de readmissões hospitalares. A Escala 'Perfil Individual de Estilo de Vida' foi essencial para traçar metas e definir intervenções.

Sistemas eletrônicos de monitoramento de sintomas	11, 12, 13, 14	Aplicado para pacientes com câncer, em cuidados paliativos e/ou crianças dependentes de tecnologia. Possui boa aceitação inicial, com redução da utilização a longo prazo. O feedback médico sobre o relato dos sintomas se apresentam como facilitadores Empecilho: limitação de conhecimento tecnológico pelos participantes. Evita espera para consultas, os cuidadores relatar intervenções personalizadas.
Dispositivos robóticos, jogos, sensores e tablets	21	A assistência motora automatizada auxilia na amplitude dos movimentos corporais de reabilitação e fornece medidas ideais de dose e intensidade da terapia intensiva dos pacientes pós AVC. As preocupações incluem a necessidade de espaço domiciliar e a segurança do uso sem supervisão. Quantificam a movimentação dos pacientes em reabilitação diante da ausência do profissional da saúde. Monitoram os sinais vitais. Jogos são mais benéficos terapeuticamente
Sistema PROMIS®	25	Plataforma já utilizada em serviços de saúde foi inserida na AD, visando à formação de uma base de dados conjunta que integre as informações disponibilizadas pelos profissionais, nos ambientes extra e intradomiciliar, e aquelas relatadas pelos pacientes nos dispositivos móveis, permitindo o compartilhamento
Tecnologia mHealth	1	Poucos cuidadores/familiares possuem confiança no seu conhecimento para o cuidado com feridas, o uso da tecnologia forneceu maior confiança ao prestar os cuidados e melhora o tratamento das feridas em AD.

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

5 DISCUSSÃO

De acordo com Merhy (2002), as tecnologias classificam-se em leves, que são as tecnologias de relações (produção de vínculo e das relações, autonomização, acolhimento, gestão de processos de trabalho); leve-duras, como no caso dos saberes bem estruturados, que operam no trabalho em saúde (como a clínica médica, a psicanalítica, a epidemiológica) e duras, como equipamentos tecnológicos, máquinas, normas, estruturas organizacionais, tal como verificado neste estudo.

Estudo verificou que a atuação do enfermeiro na AD possui complexidade e diversidade de ações com uso de tecnologias leves, leve-duras especialmente, e duras, o que destaca as ações relacionais e educacionais, sendo necessárias inclusive nos cuidados técnicos, predominando a necessidade de formação para a AD (ANDRADE et al., 2024).

A utilização de dispositivos eletrônicos, representados por recursos físicos capazes de favorecer a troca de informações de saúde, como o telefone, webcam, computador, câmeras e tablets, possibilitam o registro de dados por meio de gravações e solicitação de auxílio em casos de agravo à saúde (BRAGA et al., 2024), foram encontrados nessa revisão, considerados tecnologias duras.

Foi possível verificar benefícios na utilização das tecnologias na AD, com destaque para a melhoria do acesso do paciente aos serviços de saúde; garante a integralidade e equidade na assistência; reduz a carga de trabalho e estresse dos cuidadores; reduz readmissões hospitalares; proporciona envolvimento profissional-família-paciente; melhora a transição do hospital para o domicílio; permite identificar, planejar e realizar intervenções precisas e individualizadas.

É reconhecido pela literatura que as tecnologias em saúde são aliadas para a garantia dos princípios e diretrizes do SUS, ao contribuir para ampliar a equidade e o acesso aos serviços de saúde, oferecer maior eficiência na alocação de recursos, melhor efetividade e qualidade dos serviços e maior sustentabilidade financeira do sistema de saúde (NOVAES; SOÁREZ, 2016; BRAGA et al., 2024).

A carga de trabalho dos cuidadores de pacientes em AD é uma realidade. A AD tem como princípio auxiliar nesse contexto, deste modo as tecnologias podem ser aparato para apoiar estratégias de enfrentamento, muitas vezes tecnologias leves como educação em saúde, capacitação e reuniões são válidas, porém práticas com maior densidade tecnológica também auxiliam. Estudos realizados por Guerra et al (2017) afirma que os cuidadores apresentam sobrecarga de trabalho decorrente da tarefa de cuidar e os principais fatores associados são a falta de folga semanal, problemas de coluna e depressão. O preparo do cuidador é influenciado positivamente por tecnologias, porém é permeado de preocupação em facilitar a aquisição de conhecimentos e habilidades para o cuidado no domicílio (SATO et al., 2022).

A readmissão hospitalar é um problema comum à gestão dos serviços de saúde. Estudos são unânimes ao afirmar que quanto mais fortalecida a AD, menos reinternações serão necessárias (SATO et al., 2022; BRAGA et al., 2024).

Em diversos países, os objetivos da AD é guiado pelo interesse dos sistemas de saúde no processo de desospitalização, racionalização do uso de leitos de hospital, redução de custos e organização do cuidado centrado no paciente (RAJÃO;

MARTINS, 2020). E a internação domiciliar, modalidade da atenção domiciliar que se utiliza das tecnologias duras em saúde, relacionada com a prestação de serviços de média e alta complexidade (RAJÃO; MARTINS, 2020), nos quais tecnologias verificadas neste estudo poderiam auxiliar, como dispositivos robóticos e suporte digitais por aplicativos.

No entanto, algumas barreiras se mostram nesse cenário, os estudos incluídos na revisão destacaram algumas, sendo as mais relevantes: a literacia digital da população; diminuição da humanização no atendimento; dificuldade nas adaptações no domicílio e dificuldade no compartilhamento de informações entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Neste último, estudo concluiu a respeito dos desafios da AD no âmbito do SUS que a construção de plano de cuidados, o preparo dos profissionais em saúde para assumir a atribuição de cuidar integralmente, inserido no contexto de vida do usuário, o trabalho em equipe são as principais barreiras (RAJÃO; MARTINS, 2020). Quanto a dificuldade de adaptação no domicílio, a literatura alerta que uma tecnologia adicional, seja um conhecimento ou um equipamento, podem tornar o processo mais desafiador para o cuidador, pois são demandas adicionais impostas às pessoas que assumem os cuidados no domicílio (BRAGA et al., 2024).

A literacia digital em saúde envolve a capacidade do indivíduo em interpretar, avaliar e usar de forma eficaz as informações de saúde obtidas por meio das mídias digitais, permitindo-o tomar decisões e ter maior autonomia sobre sua saúde (YAMAGUCHI et al., 2020), problema que deve ser gerenciado por meio de políticas de inclusão digital.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a tecnologia em saúde se apresenta favorável para atender as demandas de saúde de pacientes e cuidadores em AD. As tecnologias analisadas nesta revisão são variadas, desde leves a duras. Contudo, cada uma delas apresenta aspectos favoráveis e desfavoráveis, porém estes últimos não superam os primeiros. Por isso, é necessária divulgação e investimentos na incorporação de mais tecnologias na AD. Investimentos no acesso à internet e uso de dispositivos móveis pela população é indispensável.

. Nesse sentido, as ferramentas aqui descritas, podem auxiliar pesquisadores e profissionais no desenvolvimento de intervenções com benefícios comprovados, para uma melhor atenção à saúde da população e assim, seguirem os princípios da prática baseada em evidências.

REFERÊNCIAS

ALVES FARIA ADC, MARTINS MM, RIBEIRO OMPL et al. Adaptation and Validation of the Individual Lifestyle Profile Scale of Portuguese Older Adults Living at Home. *Int J Environ Res Public Health* 29;19(9):5435, 2022.

ANDRADE, AM. et al. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Brasileira de Enfermagem*, v. 70, n. 1, p. 210–219. 2017.

ARIZA-VEGA P, PRIETO-MORENO R, CASTILLO-PÉREZ H et al. Family Caregivers' Experiences with Tele-Rehabilitation for Older Adults with Hip Fracture. *J Clin Med*.13;10(24):5850, 2021.

BASILE I, CONSOLO L, COLOMBO S, RUSCONI D, RAMPICHINI F, LUSIGNANI M. Technology to Support Older Adults in Home Palliative Care: A Scoping Review. *Am J Hosp Palliat Care*;41(6):673-690, 2024

BRAGA, PP., RIBEIRO, HCTC., SILVA, SL., COSTA, R. et al. Tecnologias em saúde na atenção domiciliar: análise do conceito. *Cien Saude Colet*, v 1, n1, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [internet]. Brasília, DF: Ministério da saúde; 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Portaria no 2510, de 19 de Dezembro de 2005. Institui Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde - CPGT. Diário Oficial da União, 2005;

CHEN, Y. et al. Home-based technologies for stroke rehabilitation: A systematic review. *International Journal of Medical Informatics*, v. 123, n. 1, p. 11–22, 2019.

CHI NC, DEMIRIS G. A systematic review of telehealth tools and interventions to support family caregivers. *J Telemed Telecare*, 21(1):37-44, 2015.

CHO Y, ZHANG H, HARRIS MR, GONG Y, SMITH EL, JIANG Y. Acceptance and Use of Home-Based Electronic Symptom Self-Reporting Systems in Patients With Cancer: Systematic Review. *J Med Internet Res* 23(3):e24638. 2021.

FINLAYSON, K. et al. Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in high-risk older adults. *BMC Health Serv Research*, v. 18, n. 1, 2018.

FISCHER SH, DAVID D, CROTTY BH, DIERKS M, SAFRAN C. Acceptance and use of health information technology by community-dwelling elders. *Int J Med Inform.* 83(9):624-35, 2014.

FORDE H, CHOUDHARY P, LUMB A, WILMOT E, HUSSAIN S. Current provision and HCP experiences of remote care delivery and diabetes technology training for people with type 1 diabetes in the UK during the COVID-19. *Diabet Med.* 39:e14755, 2022.

HOWICK J, CHALMERS I, GLASZIOU P, GREENHALGH T, HENEGHAN C, LIBERATI A, et al. The 2011 Oxford CEBM Evidence Levels of Evidence (Introductory Document). Oxford Center for Evidence-Based Medicine. [Internet]. 2011.

KUAN YT, WANG TF, GUO CY, TANG FI, HOU IC. Wound Care Knowledge, Attitudes, and Practices and Mobile Health Technology Use in the Home Environment: Cross-Sectional Survey of Social Network Users. *JMIR Mhealth Uhealth.* 26;8(3):e1578, 2020.

LEBARON V, HOMDEE N, OGUNJIRIN E, PATEL N, BLACKHALL L, LACH J. Describing and visualizing the patient and caregiver experience of cancer pain in the home context using ecological momentary assessments. *Digit Health.* 2023

NOVAES HM, SOÁREZ PC. Health technology assessment (HTA) organizations: dimensions of the institutional and political framework. *Cad Saúde Pública* 32 Suppl 2:e00022315, 2016.

NYIRENDA, J. et al. Feasibility Testing of Health Information Technology: Enabled Patient-Reported Outcome Measurement in the Home Health Setting. *Home Healthc Now*, p. 222–226, 2019.

RADHAKRISHNAN K, XIE B, BERKLEY A, et al. Barriers and Facilitators for Sustainability of Tele-Homecare Programs: A Systematic Review. *Health Serv Res.* 51(1):48-75, 2016.

RAMALHO NETO JM, MARQUES DKA, FERNANDES MGM, NÓBREGA MML. Nursing theories evaluation: integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2016 [69(1), 2016.

RENNAN NF, RYVLIN P, SANER H, SCHUTTE AE, WANG J. The worldwide impact of telemedicine during COVID-19: current evidence and recommendations for the future. *Connect Health.* 4;1:7-35, 2022.

RODRIGUES DF, CASTANHEIRA FSFM, CARVALHO ALRF, PINTO CMCB. Nursing interventions to empower the family caregiver of person with lower limb amputation: scoping review. *Rev Bras Enferm.* May 3;77(1):e20230264, 2024.

RUAN T, XU M, ZHU L, DING Y. Nurse-coordinated home-based cardiac rehabilitation for patients with heart failure: A scoping review. *Int J Nurs Sci.* 28;10(4):435-445, 2023.

SATO, DM et al. Preparo de cuidadores para desospitalização de pacientes dependentes de tecnologia: perspectiva de profissionais da Atenção Domiciliar. *Rev. Rene*, v. 23, e78658, 2022.

SEZGIN E, NORITZ G, ELEK A, CONKOL K, RUST S, BAILEY M, STROUSE R, Capturing At-Home Health and Care Information for Children With Medical Complexity Using Voice Interactive Technologies: Multi-Stakeholder Viewpoint. *J Med Internet.* 13;22(2):e14202, 2020.

SILVA, K. L. da et al. Discourses on technologies in home care: contributions between innovating, inventing, and investing. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 43, p. e20200491, 2022.

SUNDGREN S, STOLT M, SUHONEN R. Ethical issues related to the use of gerontechnology in older people care: scoping review. *Nursing Ethics*, 27(1):88-103, 2022.

TEN HAKEN I, BEN ALLOUCH S, VAN HARTEN WH. The use of advanced medical technologies at home: a systematic review of the literature. *BMC Public Health.* 26;18(1):284, 2018.

TOLY VB, BLANCHETTE JE, MUSIL CM. Mothers caring for technology-dependent children at home: What is most helpful and least helpful? *Appl Nurs*;46:24-27, 2019.

VAN DEN HELDER, J. et al. A digitally supported home-based exercise training program and dietary protein intervention for community dwelling older adults: protocol of the cluster randomised controlled VITAMIN trial. *BMC Geriatr*, p. 183–183, 2018.

WANG J, DU Y, COLEMAN D, PECK M, MYNENI S, KANG H, GONG Y. Mobile and Connected Health Technology Needs for Older Adults Aging in Place: Cross- Sectional Survey Study. *JMIR Aging.* 15;2(1):e13864, 2019.

YAMAGUCHI, M. U.; BARROS, J. K. de; SOUZA, R. C. de B.; BERNUCI, M. P.; OLIVEIRA, L. P. de. O papel das mídias digitais e da literacia digital na educação não-formal em saúde. *Revista Eletrônica de Educação*, [S. l.], v. 14, p. e3761017, 2020.

YOUNG HM, NESBITT TS. Increasing the Capacity of Primary Care Through Enabling Technology. *J Gen Intern Med.* 2017 Apr;32(4):398-403, 2017.

VIVOXI: VIVENDO COM OXIGÊNIO NO AMBIENTE HOSPITALAR - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria Eduarda Albertoni Mendes
Ana Cristina Onisko
Christiane Riedi Daniel

RESUMO: A oxigenoterapia é muito utilizada como instrumento para reduzir efeitos prejudiciais e reverter as complicações da hipoxemia em pacientes com doença pulmonar avançada. Porém, quando utilizada da maneira incorreta pode acarretar em situações de hiperóxia, que futuramente poderá causar danos difusos a diversas estruturas do corpo. Diante disso, a ideia de um protocolo de desmame em pacientes hospitalizados na enfermaria de um hospital, traz a hipótese de que a partir de placas de saturação alvo específicas para cada paciente seja eficaz tanto na administração adequada da oxigenoterapia, quanto em valores econômicos devido a economia que pode ser realizada com os ajustes de O₂ que podem ser realizados. Descrição da experiência: o projeto está sendo realizado no Hospital Regional de Guarapuava - PR, onde de segunda a sexta é feito uma visita junto aos fisioterapeutas plantonistas para monitoramento da oxigenoterapia de acordo com a saturação alvo de cada paciente em leito de enfermaria clínica e a partir de então, monitorados diariamente para conferência da saturação. As placas de saturação foram divididas em duas: SpO₂ 88 a 92% (alvo 1) e SpO₂ 92 a 96% (alvo 2) Conclusão: O protocolo de oxigenoterapia é uma alternativa para a titulação adequada de oxigênio e mesmo com as placas de identificação da saturação alvo foi necessário ajuste do oxigênio. principalmente para saturação alvo 2 com necessidade de aumento do oxigênio.ção do O₂ e para saturação alvo 2 ocorreu um aumento.

PALAVRAS-CHAVES: Oxigenoterapia; saturação alvo, monitoramento

1 INTRODUÇÃO

As doenças respiratórias crônicas podem evoluir com hipoxemia, ou seja, a condição em que se tem uma baixa concentração de oxigênio no sangue, em repouso ou induzida pelo exercício, estando entre as principais causas de redução da qualidade e da expectativa de vida. (CASTELLANO et al., 2022).

A oxigenoterapia é muito utilizada como instrumento para reduzir efeitos prejudiciais e reverter as complicações da hipoxemia em pacientes com doença pulmonar avançada. Porém, quando mal monitorizada, pode acarretar em situações de hiperóxia, que futuramente poderá causar danos difusos a diversas estruturas do corpo. (NASCIMENTO et al., 2023)

A administração e manutenção da oxigenoterapia é de responsabilidade de toda a equipe multidisciplinar, sendo médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e técnicos de enfermagem, sendo necessário conhecer com profundidade as vias de administração do oxigênio, as razões de sua eleição, as vantagens e desvantagens de cada método adotado, bem como o fluxo de O₂ adequado e a fração inspirada de oxigênio (FiO₂) fornecida (NASCIMENTO et al., 2023).

Sendo assim, a implementação de um protocolo de saturação alvo baseado na literatura seria um facilitador na comunicação e nas condutas de cada membro da equipe multidisciplinar relacionado a oxigenoterapia, auxiliando na tomada de decisão clínica.

2 OBJETIVO

O objetivo do trabalho foi avaliar a viabilidade da implementação de um protocolo de desmame de oxigenoterapia hospitalar, realizado a partir de placas de saturação alvo baseadas na literatura.

3 DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Unicentro, com nº de parecer 6.692.395, o projeto está sendo realizado na enfermaria hospitalar do hospital regional de Guarapuava - PR.

Em primeiro passo, foi realizada a revisão e a apresentação dos protocolos junto com os pesquisadores e a chefia do serviço de Fisioterapia do HRG.

Após estas etapas, foi dado início ao monitoramento do uso de O₂ durante o período de internação, para tal, foi consultado diariamente quais eram os pacientes internados com necessidade de O₂, e após convite e assinatura do TCLE, foi realizada uma avaliação com os desfechos de saúde e a identificação no prontuário da saturação alvo e de posse desta informação, foi fixado no fluxômetro a placa com a saturação periférica de oxigênio desejada para o participante.

Após a fixação da placa de identificação da saturação, foi realizada a visita diária de segunda a sexta junto com fisioterapeutas plantonistas e para prescrição e monitoramento do O₂. Com um oxímetro de dedo era mensurada a saturação do participante 1 vez ao dia e verificado se a mesma se encontrava de acordo com saturação alvo prescrita através da placa.

Quando inadequada, realizou-se o ajuste do fluxo de O₂ até que a saturação alvo fosse atingida e registrada em uma ficha de acompanhamento dos participantes. Nesta ficha, além da saturação encontrada, foi registrado qualquer ajuste necessário no O₂. O participante foi acompanhado até seu desfecho final (alta hospitalar, encaminhamento para UTI/Centro Cirúrgico ou óbito) e ao término do monitoramento

foi registrado a quantidade de dias de utilização de O₂ e necessidade de encaminhamento ao domicílio com O₂.

Até o momento, foram avaliados 19 pacientes, com idade média de 72,7 +- 10,7 anos. Destes, 21% são tabagistas ativos, 63,2% são ex-tabagistas e 15,8% não tabagistas. Os diagnósticos variaram entre pneumonia, DPOC, insuficiência cardíaca, derrame pleural e pós COVID e 36,8% fazem uso de oxigênio domiciliar e 63,2% estão utilizando apenas durante a internação.

Quanto ao monitoramento, até o presente momento foram realizados um total de 64 registros, onde grande parte destes necessitaram de ajustes no oxigênio, sendo a grande maioria em diminuição do O₂.

Isso nos mostra a importância do trabalho que está sendo realizado, pois com a saturação alvo fixada em cada fluxômetro, o ajuste da oxigenoterapia se torna mais assertivo, eficaz e seguro, além facilitar a comunicação entre as equipes, pacientes e acompanhantes quanto ao ajuste consciente do oxigênio .

Além disso, com as visitas ao leito e a explicação do projeto para cada paciente, foi possível observar o quanto se faz necessário a educação em saúde com a população usuária de O₂ domiciliar, pois os mesmos acabam aprendendo a monitorar a saturação para que seja feito esse ajuste em sua residência.

CONCLUSÃO

O protocolo de oxigenoterapia é uma alternativa para a titulação adequada de oxigênio e observou-se que apesar das placas de identificação da saturação alvo foi necessário ajuste do oxigênio com diferença significativa entre as duas zonas alvo, sendo necessário maior ajuste para saturação alvo de 92 a 96%, com a necessidade de aumento do fluxo. Sendo assim, acredita-se que a continuidade do projeto trará benefícios relacionados à segurança do paciente e para a gestão de protocolos e gestão econômica do hospital.

REFERÊNCIAS

CASTELLANO, M.V.C.O., et al. Recomendações para oxigenoterapia domiciliar prolongada da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2022). **J Bras Pneumol.** v.48 n. 5. Ago. 2022.

NASCIMENTO, J. S. et al. Adesão a um protocolo de uso racional de oxigênio e combate à Hiperoxia em um hospital de referência na Amazônia legal. **Brazilian Journal of Development**, v. 9, n. 4, p. 12864–12873, 5 abr. 2023.



CENTRO
UNIVERSITÁRIO



CAMPO REAL

EXCELÊNCIA EM ENSINO SUPERIOR

