

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Melhor em Casa

A SEGURANÇA DO HOSPITAL NO
CONFORTO DO SEU LAR

Caderno de Atenção Domiciliar

Volume 2



Brasília - DF
2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica

Caderno de Atenção Domiciliar

Volume 2

Brasília – DF
2013



© 2013 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <www.saude.gov.br/editora>.

Tiragem: 1ª edição – 2013 – 50.000 exemplares

Elaboração, distribuição e Informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

SAF Sul, Quadra 2, Edifício Premium, lotes 5/6, bloco 2, subsolo

CEP: 70070-600 – Brasília/DF

Tels.: (61) 3315-9090 / 3315-9044

Site: www.saude.gov.br/dab

E-mail: dab@saude.gov.br

Editor geral:

Heidêr Aurélio Pinto

Editor técnico geral:

Aristides Vitorino Oliveira Neto

Revisão técnica geral:

Alyne Araújo de Melo

Bruna Maria Limeira Rodrigues Ortiz

Diego Roberto Meloni

Larissa Pimentel Costa Menezes Silva

Mariana Borges Dias

Elaboração de texto:

Alyne de Melo

Angélica Yamaguchi

Aristides Vitorino Oliveira Neto

Bruna Maria Limeira Rodrigues Ortiz

Camila Ament Giuliani dos Santos Franco

Dácio Damiani

Diego Roberto Meloni

Élem Cristina Cruz Sampaio

Eliane Pinheiro de Moraes

Emanuelly Paulino Soares

Emília Maria Paulina Campos Chayamiti

Gastão Eduardo França Kassab

Julietta Carriconde Fripp

Júlio César Silva de Souza

Karina Vitor de Sousa Guimaraes

Larissa Pimentel Costa Menezes Silva

Leilane Borges

Leonardo Cançado Monteiro Savassi

Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Mara Lúcia Renostro Zachi

Marciana Batista

Maria Leopoldina de Castro Villas Bôas

Mariana Borges Dias

Marli Schaeffer

Marta Lúcia Pereira

Mônica Regina Prado de Toledo Macedo Nunes

Reynaldo Bonavigo Neto

Sandra Alves do Carmo

Sati Jaber Mahmud

Coordenação editorial:

Marco Aurélio Santana da Silva

Normalização:

Marjorie Fernandes Gonçalves

Revisão:

Ana Paula Reis

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Coordenação-Geral de Documentação e Informação

Coordenação de Gestão Editorial

SIA, Trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040 – Brasília/DF

Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794

Fax: (61) 3233-9558

Site: www.saude.gov.br/editora

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Delano de Aquino Silva

Revisão: Marcia Medrado Abrantes e Silene Lopes Gil

Capa, projeto gráfico e diagramação: Marcelo Gomes

Supervisão editorial: Débora Flaeschen

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

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

2 v. : il.

Volume 1: ISBN 978-85-334-1966-7

Volume 2: ISBN 978-85-334-2023-6

1. Atenção à Saúde. 2. Atenção Domiciliar. 3. Assistência Domiciliar. I. Título.

CDU 616-08

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2013/0057

Títulos para indexação:

Em inglês: Home care notebook

Em espanhol: Cuaderno de atención domiciliar

SUMÁRIO

1 GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO DOMICILIAR	7
1.1 DIMENSÕES DA GESTÃO DO CUIDADO	9
1.2 ELEMENTOS FUNDAMENTAIS PARA A GESTÃO DO CUIDADO NA AD	11
1.2.1 Acolhimento	11
1.2.2 Clínica Ampliada	12
1.2.3 Apoio Matricial	13
1.2.4 Projeto Terapêutico Singular	15
REFERÊNCIAS	17
2 ELEMENTOS DE ABORDAGEM FAMILIAR NA AD	19
2.1 INTRODUÇÃO	21
2.2 O OLHAR SISTÊMICO	22
2.2.1 Tipos de Famílias	23
2.2.2 Ciclo Vital	23
2.2.3 Estrutura Familiar	27
2.2.4 Genograma	28
2.2.5 Ecomapa	30
REFERÊNCIAS	32
3 DIRETRIZES PARA A CLASSIFICAÇÃO DE COMPLEXIDADE DO CUIDADO EM ATENÇÃO DOMICILIAR	35
REFERÊNCIAS	40
4 ABORDAGEM GERAL DE SITUAÇÕES CLÍNICAS COMUNS NA AD	41
4.1 INTRODUÇÃO	43
4.2 CONDIÇÕES CLÍNICAS FREQUENTES EM ATENÇÃO DOMICILIAR	45
4.2.1 Síndrome da Imobilidade (SI)	45
4.2.2 Disfunções Cognitivas e Alterações Comportamentais	46
4.2.3 <i>Deficits</i> Sensoriais	46
4.2.4 Doenças Respiratórias Crônicas	47
4.2.5 Doenças Respiratórias Agudas	48
4.2.6 Doenças Cardiovasculares	49

4.2.7 Infecções de Trato Urinário (ITUs)	50
4.2.8 Feridas e Outras Afecções de Partes Moles	51
4.2.9 Reabilitação Neurofuncional e Motora	52
4.2.10 Reabilitação Nutricional	52
4.2.11 Constipação	53
4.2.12 Transtornos de Saúde Mental	54
4.2.13 Iatrogenias	55
4.2.14 Neoplasias	56
4.2.15 Doenças Infectocontagiosas Crônicas	57
4.2.16 Síndrome da Fragilidade	57
4.2.17 Síndromes Neurológicas da Infância ao Envelhecimento	58
4.2.18 AD Materno-Infantil (Rede Cegonha)	59
4.2.19 Doenças Osteomusculares: Osteoartrite, Osteoporose, Dor Muscular	60
REFERÊNCIAS	61
5 PROCEDIMENTOS MAIS COMUNS NA ATENÇÃO DOMICILIAR E A SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO	65
5.1 INTRODUÇÃO	67
5.2 DIRETRIZES PARA A SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO DOMICILIAR	68
5.2.1 Protocolos	68
5.2.2 Manual de Procedimentos	69
5.2.3 Procedimentos Mais Comuns em Atenção Domiciliar	71
REFERÊNCIAS	78
6 CUIDADOS PALIATIVOS E A ATENÇÃO DOMICILIAR	79
6.1 INTRODUÇÃO	81
6.2 PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DOS CUIDADOS PALIATIVOS	82
6.2.1 Os Cuidados Paliativos	82
6.3 CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO DOMICILIAR	82
6.3.1 Benefícios dos Cuidados Paliativos em Ambiente Domiciliar	84
6.3.2 Estresse do Profissional de Saúde	84
6.3.3 Aspectos Éticos em Cuidados Paliativos na Atenção Domiciliar	85
6.3.4 Apoio ao Paciente e/ou Cuidador	86
6.3.5 Avaliação Inicial dos Pacientes Portadores de Diagnósticos Fora de Possibilidades de Cura	87

6.4 CONTROLE DE SINTOMAS.....	90
6.4.1 Como Abordar	91
6.4.2 Dor	91
6.4.3 Dispneia	109
6.4.4 Sororoca (Death Rattle).....	111
6.4.5 Solução	111
6.4.6 Fadiga e Astenia	112
6.4.7 Náuseas e Vômitos	113
6.4.8 Obstrução Intestinal Maligna.....	114
6.4.9 Vias Alternativas de Medicamentos.....	115
REFERÊNCIAS.....	118
7 SITUAÇÕES ESPECIAIS EM ATENÇÃO DOMICILIAR.....	123
7.1 APRESENTAÇÃO.....	125
7.2 VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO DOMICILIAR.....	125
7.2.1 Estratégias na Prevenção da Violência Doméstica	129
7.2.2 Violência no Domicílio	130
7.2.3 Famílias Vulneráveis e Violência	130
7.2.4 Violência Urbana.....	130
7.2.5 Violência e a Legislação Pertinente.....	131
7.3 OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA (ODP) E VENTILAÇÃO MECÂNICA DOMICILIAR (VMD)....	132
7.3.1 Riscos, Oxididade e Efeitos Colaterais	133
7.3.2 Critérios Clínicos para Indicação de ODP.....	134
7.3.3 Critérios Administrativos para Admissão ao Programa de Oxigenoterapia Domiciliar ...	135
7.3.4 Critérios de Exclusão	136
7.3.5 Fontes de Oxigênio	136
7.3.6 Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI).....	139
7.4 INTERCORRÊNCIAS EM ATENÇÃO DOMICILIAR.....	140
7.4.1 Condições Frequentes	142
7.5 O ÓBITO NO DOMICÍLIO	168
7.5.1 Prevendo o Falecimento	169
7.5.2 Cremação.....	175

7.5.3 Luto.....	176
REFERÊNCIAS.....	178
ANEXOS.....	185
Anexo A – Sistema Avaliação de Sintomas de Edmonton (Esas)	187
Anexo B – Mapa de Visitas e Procedimentos	193
Anexo C – Ficha de Acompanhamento da Enfermagem	194
Anexo D – Formulário de Referência e Contrarreferência.....	196
Anexo E – Avaliação do Cuidador	197
Anexo F - Portaria Interministerial nº 630, de 8 de novembro de 2011.....	198
Anexo G – CITs e Ciats do Brasil	200
Anexo H – Escalas de Apoio	202
Anexo I – Miniexame do Estado Mental	203
Anexo J – Avaliação da Complexidade do Paciente em AD1	204

1 GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO DOMICILIAR

1.1 DIMENSÕES DA GESTÃO DO CUIDADO

Gerir o cuidado é prover ou disponibilizar tecnologias de Saúde de acordo com as necessidades de cada pessoa ao longo da vida, visando ao seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. A gestão do cuidado em saúde apresenta diversas dimensões interdependentes, que operam com lógicas diferentes e dependentes da ação ou do protagonismo de múltiplos atores (CECÍLIO, 2009).

Para discutir a gestão do cuidado na atenção domiciliar (AD), serão utilizadas as dimensões do cuidado apresentadas por Cecílio (2009) no artigo “A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado” e, a seguir, apresentados alguns arranjos e dispositivos úteis para qualificar a gestão do cuidado no âmbito do SUS. Este artigo reflete as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde (profissional, organizacional e sistêmica) que são complementares e não guardam relação de hierarquia entre si.

A “dimensão profissional” é considerada o “núcleo duro” da gestão do cuidado. É o momento do encontro entre o trabalhador/equipe e o usuário, configurando-se um “espaço intercessor” (MERHY, 1998) entre aqueles que portam necessidades de saúde e os que se dispõem a cuidar. É um espaço de grande potência criativa, atravessado por determinantes externos (organizações, crenças, formação etc.) que influenciam tanto as equipes quanto os usuários, mas também marcado por importante grau de liberdade e responsabilidade na ação dos trabalhadores. Três componentes determinam uma boa ou má gestão do cuidado na dimensão profissional:

[...] a postura ética do trabalhador, em particular como ele concebe esse “outro” (o paciente) que necessita de seus cuidados; a competência com que o trabalhador opera o seu “núcleo” de saber, o que nos remete ao maior ou menor domínio técnico-científico para buscar as melhores respostas para o problema apresentado pelo paciente; e a capacidade de criação de um bom vínculo profissional-paciente (CECÍLIO, 2009, p. 548).

A “dimensão organizacional” da gestão do cuidado seria o “círculo do meio”, institucionalizando as práticas de saúde dentro da organização, embora na AD esse cuidado se desenvolva no espaço próprio do usuário, o domicílio, sem a estrutura da instituição. Nessa dimensão, as relações de trabalho são mais complexas, com novos atores e questões. A fragmentação das práticas pela divisão técnica do trabalho exige esforço de coordenar o processo de trabalho (CECÍLIO, 2009).

Enquanto na “dimensão profissional” a gestão do cuidado é produzida em um espaço privativo (trabalhadorusuário), na “dimensão organizacional”, o registro e o uso da informação, os espaços de diálogo, a troca entre os trabalhadores, a organização do processo de trabalho e a divisão de responsabilidades demandam outra lógica gerencial, com ênfase na dinâmica de relacionamento da equipe (CECÍLIO, 2009).

A “dimensão sistêmica” da gestão do cuidado refere-se à existência de serviços de Saúde com diferentes papéis e incorporação tecnológica que produzem certo grau de comunicação entre eles para garantir a integralidade na assistência. Essa dimensão é mediada por regras e normas, representadas por protocolos, sistemas de referência e contrarreferência e centrais de regulação. Essa rede de cuidados deve ser objeto de gestão para garantir o acesso dos usuários às tecnologias em Saúde necessárias. Essa dimensão pode ser discutida à luz do conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS).

As três dimensões são interdependentes: o cuidado produzido na dimensão profissional influencia e é influenciado pela dimensão organizacional. As decisões tomadas no encontro trabalhadorpaciente, como o projeto terapêutico, relacionam-se com a forma pela qual os trabalhadores se organizam em equipe para seguir o que foi definido. Da mesma forma, os protocolos assistenciais que pretendem normatizar o fluxo de pacientes (dimensão sistêmica) ora influenciam, ora são ignorados ou adaptados pelas equipes (dimensão profissional).

Para complementar a compreensão dessas três dimensões, apresentaremos uma “situação-analisadora” comum, mas fictícia, na realidade dos serviços de atenção domiciliar (SADs), no conjunto dos municípios.

SITUAÇÃO-ANALISADORA:

Dona M., 70 anos, diabética e hipertensa, é aposentada e mora com o marido (75 anos), com o filho mais novo, sua nora e seu neto de 2 anos, na periferia de Recife, em uma área coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Há dois anos, dona M. sofreu um AVC e ficou acamada. A Equipe de Saúde da Família (eSF) foi acionada pelo agente comunitário de Saúde (ACS) e passou a acompanhá-la em seu domicílio, realizando visitas semanais. Há cerca de uma semana, dona M. desenvolveu uma úlcera por pressão na região sacral, classificada como grau II, necessitando de maiores cuidados, como a renovação mais frequente de curativo e mais de uma visita por semana.

As ações que se seguem serão pontuadas e comentadas utilizando as dimensões expostas acima:

a) A eSF, dessa forma, entrou em contato com a Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (Emad) responsável pela população da área na qual dona M. reside, solicitando avaliação da situação da paciente.

Aqui, é essencial, para responder à necessidade de saúde de dona M., realizar a interlocução da ESF com o SAD municipal (duas equipes de uma mesma rede de atenção, mas de serviços diferentes). É a dimensão sistêmica da gestão do cuidado.

b) A Emad agendou uma visita na qual foi realizada avaliação da situação de dona M. e, no dia seguinte, as duas equipes construíram um plano de cuidados, discutindo o projeto terapêutico singular (PTS), que envolvia acompanhamento e curativos diários. Nesse plano, ficou decidido que a enfermeira e um dos auxiliares de enfermagem da Emad assumiriam a realização dos curativos, que seriam realizados cinco vezes /semana na primeira semana, mas também que a enfermeira da ESF acompanharia os profissionais da Emad, ao menos, uma vez/semana. Além disso, ficou combinado que a evolução do quadro e o registro das ações realizadas seriam feitos no prontuário da eSF de dona M. já existente, ficando uma via com a paciente, em seu domicílio.

Nesse processo, é fundamental que os trabalhadores que cuidarão de dona M. definam claramente o papel de cada um e como serão realizadas as ações apontadas no PTS. Além disso, o uso do prontuário é uma ferramenta de extrema importância para a gestão do cuidado. É a dimensão organizacional da gestão do cuidado.

c) Quando a enfermeira e o auxiliar de enfermagem da Emad realizaram a primeira visita, conversaram com dona M. sobre sua rotina e o melhor horário para as próximas, sobre os cuidados necessários para cuidar da ferida, evitar complicações e sobre a necessidade de identificar um cuidador responsável por ajudá-la e ser referência para a equipe de Saúde. Dessa forma, ficou combinado que sua nora C. seria a cuidadora e que não seriam necessárias visitas diárias, pois C. estava finalizando o curso de técnico de Enfermagem e poderia ajudar a trocar os curativos e a realizar os cuidados necessários.

Nesse espaço de diálogo entre profissional de Saúde e usuário, no qual se reconhecem as singularidades, são discutidas e pactuadas as ações e/ou procedimentos a serem realizados, a conduta terapêutica e construído o vínculo fundamental para o sucesso do processo de cuidado. A forma como esse encontro se dá depende da postura ética do profissional, do seu conhecimento técnico e de sua capacidade de criar vínculo, bem como das crenças, saberes e desejos do usuário. É a dimensão profissional da gestão do cuidado.

As três dimensões são fundamentais para gerir o cuidado e ganham destaque na atenção domiciliar, por ser uma modalidade de cuidado transversal realizada na casa, onde o usuário goza de grande autonomia e que impõe, à equipe de Saúde, um olhar e um agir ampliados (clínica ampliada) para garantir a integralidade do cuidado.

1.2 ELEMENTOS FUNDAMENTAIS PARA A GESTÃO DO CUIDADO NA AD

É muito comum no cotidiano das equipes de Saúde que trabalham no SUS, em especial na atenção domiciliar, deparar-se com situações complexas, seja pelas características clínicas dos pacientes (multipatologia, polifarmácia, patologias avançadas etc.), seja pelas condições socioeconômicas em que se encontram.

Essa característica do trabalho em saúde das equipes de AD somada ao fato de que o seu contato com o paciente não se dá em estabelecimentos de Saúde, e sim no domicílio, impondo, necessariamente, um cuidado em rede, impõem o desenvolvimento de saberes e habilidades para facilitar o provimento e a disponibilização de tecnologias de Saúde de acordo com as necessidades dos pacientes, isto é, de gerir o cuidado realizado.

Mesmo estando claro que as equipes de Saúde, isoladamente, não detêm todas as condições para garantir o acesso do paciente a tecnologias de Saúde, necessitando de recursos e tomadas de decisões inscritos na esfera da gestão do SUS ou até em outros pontos de atenção da rede, ressalta-se a potencialidade delas em facilitar esse acesso pelo desenvolvimento da capacidade de gerir o cuidado e operando como um “facilitador”, por meio do estabelecimento de formas diferentes de organização do processo de trabalho e uso de ferramentas/tecnologias.

A seguir, serão discutidos conceitos/ferramentas/dispositivos bastante úteis para a gestão do cuidado no processo de trabalho das equipes de AD.

1.2.1 Acolhimento

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, receber, atender, admitir (MICHAELIS, 2009). O acolhimento expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém. É uma tecnologia leve, de uso das equipes na sua relação com o usuário e que se propõe a inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de Saúde, partindo dos seguintes princípios: garantir acessibilidade universal, reorganizar o processo de trabalho com base em uma equipe multiprofissional e qualificar a relação trabalhadorusuário (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Trata-se de uma diretriz ética, estética e política da Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2009). Ética, no compromisso com o outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida. Estética porque traz estratégias de dignificação da vida e do viver para

as relações e, assim, para a construção de nossa própria humanidade. Política porque implica o compromisso coletivo de se envolver nesse “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros.

No campo da Saúde, o termo acolhimento é identificado como uma dimensão espacial, uma recepção formal com ambiente confortável, mas também uma ação de organização administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados. Há três formas de defini-lo: enquanto postura – a postura acolhedora da equipe; enquanto processo de trabalho – diretriz reorganizadora do processo de trabalho; e enquanto ferramenta – instrumento para promover o vínculo, acessibilidade, universalidade e humanização em um espaço de recepção para a escuta qualificada (SAVASSI, 2011).

Quando isoladas dos processos de trabalho em saúde, essas definições se restringem a uma ação pontual e descomprometida com a responsabilização e o vínculo. Nessa definição restrita de acolhimento, muitos serviços de Saúde convivem com filas na porta e com a insatisfação dos usuários. É necessário que outras técnicas e saberes sejam incorporados por todos os profissionais das equipes de Saúde. O acolhimento só tem sentido se o entendermos como uma passagem para os processos de produção de saúde.

Na AD, o acolhimento como postura da equipe faz mais sentido, afinal, trata-se de um âmbito que percebe a dor e o sofrimento em todas as suas facetas, com o conhecimento do espaço de vida do usuário. Entender essa postura como forma de promover a escuta das necessidades da pessoa e de seus familiares torna o processo de trabalho/cuidado mais humano na medida em que centra seu foco nessas pessoas (ROA et al., 2009). Da mesma maneira, o acolhimento-processo aponta para a reorganização do processo de trabalho da equipe como forma de recepção dessas necessidades de saúde, considerando o binômio pacientecuidador.

A dimensão do acolhimento como ferramenta do acesso, embora mais ligada ao processo de trabalho em atenção primária (FRANCO; BUENO; MERHY; 1999), encontra eco na AD: trata-se de receber as demandas de cuidados domiciliares e tentar, a partir da escuta qualificada, oferecer a melhor resposta possível para cada caso que se apresente ao serviço, criando compromisso com o acesso entre as ESF/Nasf, Emad/Emap, e realizando, sempre que possível, as “pontes” necessárias na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

1.2.2 Clínica Ampliada

A clínica ampliada representa também compromisso ético e intenso com o sujeito doente visto de modo singular. Pauta-se por assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de Saúde, buscando a intersetorialidade para ajudar a solucionar problemas, a minimizar a injustiça social e a reconhecer os limites do conhecimento dos profissionais de Saúde e das tecnologias aplicadas (BRASIL, 2004).

O profissional de Saúde deve desenvolver a competência de ajudar as pessoas com foco na qualidade da vida, especialmente na AD, em que o resultado depende da participação do sujeito e da sua capacidade de “inventar-se”, apesar da doença. A escuta qualificada ajuda a pessoa e a família a entenderem a doença, relacionando-a com a vida para evitar atitudes passivas diante do tratamento, responsabilizando-as e ampliando as possibilidades clínicas do profissional (BRASIL, 2004).

Vínculo e afeto também são importantes, pois profissionais e usuários transferem afeto. Com a consciência desses fluxos, pode-se melhor ajudar a pessoa a ampliar sua autonomia e a lidar com a doença de modo proveitoso (BRASIL, 2004).

Toda profissão faz um recorte de sintomas e informações, de acordo com seu núcleo profissional. Ampliar a clínica significa também ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários.

Na clínica ampliada, essa complexificação da compreensão provoca grande sensação de insegurança profissional e pessoal ao lidar com as incertezas do campo da Saúde. Essas dificuldades fazem parte do desafio da clínica ampliada e não devem ser consideradas exceções, mas parte do processo de mudança e qualificação no processo de trabalho em saúde (BRASIL, 2004).

A AD trabalha com essa complexidade na medida em que o ambiente de cuidado é o domicílio, onde a Emad não tem o suporte físico da instituição, desnuda as dificuldades e os problemas, além de a necessidade de cuidado ser singular, e não definida apenas pela doença. O cuidado no domicílio naturalmente provoca ampliação da clínica, uma vez que a pessoa cuidada demanda diversidades de olhares e necessita de múltiplos serviços.

Uma abordagem muito utilizada na prática clínica individual, útil na ampliação da clínica e que pode ser utilizada no cuidado do paciente em AD é o método clínico centrado na pessoa (MCCP), caracterizado por uma metodologia sistematizada para auxiliar o profissional de Saúde a realizar a abordagem individual das pessoas.

O MCCP visa encontrar a real necessidade da pessoa em atendimento, ampliando o foco deste para todos os problemas dela – físicos, sociais ou psicológicos, investigando a forma com que eles aparecem. Para que o profissional da Emad consiga fazer uso dessa metodologia, precisa estabelecer com a pessoa em atendimento os princípios de autonomia e de autocuidado, fundamentais para a clínica ampliada.

São seis os componentes do MCCP: explorando a doença e a experiência da doença; entendendo a pessoa como um todo; elaborando um plano conjunto dos manejos dos problemas; incorporando prevenção e promoção de saúde; intensificando o relacionamento entre pessoa e médico e sendo realista (STEWART, 2010).

Considerando os seus componentes, pode-se dizer que esse método apresenta dois elementos básicos: o cuidado à pessoa, identificando as ideias, as emoções e seus sentimentos relacionados ao adoecer; e o segundo seria entender a visão e os objetivos tanto do profissional da Saúde como da pessoa, por meio do compartilhamento de decisões e responsabilidades (RIBEIRO; AMARAL, 2008).

Partindo do princípio de que a clínica ampliada e o MCCP apresentam concepções ideológicas que se complementam, a utilização desse método pode auxiliar a Emad na ampliação da clínica, introduzindo, de maneira sistematizada, o atendimento voltado à pessoa, de forma integral, sistêmica e respeitando a autonomia e os saberes de todos.

1.2.3 Apoio Matricial

A desburocratização e a desfragmentação do cuidado em saúde dependem do estabelecimento de novos arranjos organizacionais, que incluem formas diferentes de organizar o processo de trabalho das equipes e o padrão de comunicação dos trabalhadores e serviços de Saúde, e desses com os usuários.

Esses novos arranjos devem facilitar a transversalidade das ações e a troca de informações, de modo a garantir a integralidade da atenção e a promover a responsabilização dos trabalhadores com a produção de saúde (BRASIL, 2004).

O “**apoio matricial**” (AM) e a “**equipe de referência**” (ER) são dois arranjos que auxiliam na mudança nos modos de produzir saúde, na medida em que estabelecem novas formas de relação entre as equipes e os serviços.

Segundo Campos & Domitti (2007), o apoio matricial visa garantir a retaguarda especializada às equipes que realizam atenção à saúde, tratando-se de metodologia de trabalho que complementa os mecanismos de referência e contrarreferência, os protocolos e as centrais de regulação. Propõe-se a ofertar, além de retaguarda assistencial, suporte técnico pedagógico às equipes de Saúde.

O AM está imbricado ao conceito de ER. O “**profissional ou equipe de referência**” seria aquele com a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário, a exemplo do arranjo adotado na Estratégia Saúde da Família (ESF) (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

As equipes de referência têm composição multiprofissional de caráter transdisciplinar e são responsáveis pela assistência à “saúde de um número de pacientes inscritos, segundo sua capacidade de atendimento e gravidade dos casos” (BRASIL, 2004).

Dessa forma, quando não existe equipe de referência, é comum que o paciente peregrine em busca de assistência em toda a rede e acabe sendo “responsabilidade de todos os profissionais e, ao mesmo tempo, de nenhum” (BRASIL, 2004).

Dessa forma, o **AM** é um arranjo que complementa as **ERs**, que, por serem responsáveis pelos seus pacientes e por conhecê-los, não precisam encaminhá-los o tempo todo aos especialistas, sendo possível solicitar apoio. Assim, o apoiador matricial possui conhecimento e perfil distintos dos profissionais da equipe de referência, agregando saber e contribuindo com o aumento da capacidade de resolver problemas de saúde da equipe inicialmente responsável pelo caso (CAMPOS; DOMITTI, 2007). O apoio matricial é, portanto, um arranjo organizacional que lança mão de saberes e práticas especializadas, sem que a equipe de referência deixe de ser a responsável pelo paciente (BRASIL, 2004).

Ainda segundo Campos & Domitti (2007, p. 400),

Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.

Na organização da atenção domiciliar, a eSF pode ser matriciada pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e também pelas equipes de AD (Emad/Emap), possuidora de núcleo de saber específico.

Assim, quando uma equipe de Atenção Básica (AB) está cuidando de um paciente e necessita de apoio, a Emad/Emap, bem como o Nasf, deve, ao mesmo tempo, realizar o cuidado desse usuário, assumindo nesse momento um papel mais protagonista, e estabelecer processos que ajudem a aumentar a capacidade da eSF em lidar com a situação. Essa forma de organizar o processo de trabalho ajuda a diminuir a necessidade de solicitar apoio e/ou aumenta a quantidade de solicitações mais criteriosas ou, mesmo, atua preventivamente de modo que evite situações mais graves e que necessitem de apoio especializado.

1.2.4 Projeto Terapêutico Singular

O projeto terapêutico singular (PTS) é um conjunto de condutas/ações/medidas, de caráter clínico ou não, propostas para dialogar com as necessidades de saúde de um sujeito individual ou coletivo, geralmente em situações mais complexas, construídas a partir da discussão de uma equipe multidisciplinar (BRASIL, 2008).

Pelas características da atenção domiciliar, já comentadas neste capítulo, o PTS representa um importante dispositivo que as Emad/Emap devem utilizar ao se depararem com casos/situações mais complexas e de difícil resolução, caracterizadas pela necessidade de se acionar um conjunto de recursos disponíveis na Rede de Atenção à Saúde ou fora dela, nos Centros de Referência em Assistência Social (Cras), por exemplo.

Importante ressaltar que a construção de um PTS, sempre que possível e necessário, deve ser realizada com a participação de membros das equipes de Atenção Básica quando o paciente em AD se encontrar em sua área de abrangência. Dessa forma, o projeto terapêutico é enriquecido por informações e conhecimentos que só o acompanhamento transversal prestado pela AB poderia fornecer, além de favorecer o cuidado partilhado entre as equipes de AD e as de AB, fortalecendo, assim, vínculos, e não os quebrando. Desse modo, a Emad e a equipe de AB atuam conjuntamente para ajudar a entender o sujeito em seu contexto e a definir propostas de ações.

O esforço que envolve a elaboração e gestão de um PTS favorece os processos de “alta para AD1”. Isso significa que o paciente ainda com necessidade de atenção à saúde no domicílio e que teve seu quadro estabilizado por meio do cuidado realizado pelas equipes de AD será acompanhado, agora, pelas equipes de Atenção Básica: é a “alta para AD1”. A articulação das equipes em todo o processo que envolve o PTS facilita sobremaneira essa transição.

O projeto terapêutico pode ser elaborado também para grupos ou famílias e contempla as fases de **diagnóstico, definição das metas, definição das responsabilidades e reavaliação**, apresentadas no quadro abaixo de forma esquemática:

Quadro 1 – Fases do PTS

DIAGNÓSTICO
Avaliação/problematização dos aspectos orgânicos, psicológicos e sociais, buscando facilitar a conclusão, ainda que provisória, a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. O conceito de vulnerabilidade psicológica, orgânica e social é muito útil e deve ser valorizado na discussão. A vulnerabilidade possibilita leitura mais singular da situação de cada sujeito individual ou coletivo, enfrentando, de certa forma, as insuficiências da generalização do conceito de risco (e grupos de risco). A equipe procura compreender como o sujeito singular se coproduz diante da vida e da situação de adoecimento, como opera os desejos e os interesses, assim como o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Atenção especial deve estar voltada para as potencialidades, as vitalidades do sujeito. Uma função também importante nesse momento é produzir algum consenso operativo sobre, afinal, quais os problemas relevantes tanto do ponto de vista dos vários membros da equipe quanto do ponto de vista do(s) usuário(s) em questão.
DEFINIÇÃO DAS METAS
Sobre os problemas, a equipe trabalha as propostas de curto, médio e longo prazos que serão negociadas com o sujeito “doente” e as pessoas envolvidas. A negociação deverá ser feita, preferencialmente, pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor com o usuário.

Continua

DIVISÃO DE RESPONSABILIDADES
É importante definir as tarefas de cada um com clareza. Escolher um profissional de referência, que, na atenção domiciliar, pode ser qualquer membro da Emad ou da Emap, e na atenção básica qualquer membro da equipe de Atenção Básica, independentemente da formação, é uma estratégia para favorecer a continuidade e a articulação entre formulação, ações e reavaliações. Ele se manterá informado do andamento de todas as ações planejadas no projeto terapêutico. Será aquele que a família procura quando sente necessidade e com o qual negocia as propostas terapêuticas.
REAVALIAÇÃO
Momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções dos rumos tomados.

Fonte: (BRASIL, 2009, p. 30-31, adaptado).

O PTS também é uma ferramenta útil quando se tratar de “prognóstico fechado”, ou seja, “de usuários para os quais existem poucas opções terapêuticas, como no caso dos usuários sem possibilidade de cura ou controle da doença” (BRASIL, 2008). Esses tipos de pacientes, muito comuns na atenção domiciliar, representam desafio não só por exigir grande esforço e conhecimento técnico, mas também porque fazem com que a equipe de Saúde tenha que lidar com questões delicadas como a morte e com um sentimento de impotência. Dessa forma, é comum que as equipes vejam com um distanciamento, eximindo-se da responsabilidade. A Política Nacional de Humanização, na “**Cartilha Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**”, trata desse tema:

[...] é possível morrer com mais ou menos sofrimento, dependendo de como o usuário e a família entendem, sentem e lidam com a morte. O projeto terapêutico singular, nesses casos, pode ser importante como ferramenta gerencial, uma vez em que constitui um espaço coletivo em que se pode falar do sofrimento dos trabalhadores em lidar com determinada situação. A presunção de “não envolvimento” compromete as ações de cuidado e adocece trabalhadores de saúde e usuários, porque, como se sabe, é um mecanismo de negação simples, que tem eficiência precária. O melhor é aprender a lidar com o sofrimento inerente ao trabalho em saúde de forma solidária na equipe, ou seja, criando condições para que se possa falar dele quando ocorrer (BRASIL, 2008).

Pelas características e potencialidades apresentadas, o projeto terapêutico deve ser experimentado pelas equipes de Atenção Domiciliar, em conjunto com as de outros serviços, como da AB e do hospital, quando necessário, como mais uma ferramenta que ajuda na gestão do cuidado prestado aos pacientes em AD.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: a clínica**. Brasília, 2004. 18 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica nº 27).

_____. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CECILIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, por Leo Tolstoy: elementos para se pensar a múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface: Comunic., Saúde, Educ., Botucatu**, v. 13, p. 545-55, 2009. (supl.1).

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-352, 2000.

MERHY, Emerson Elias. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o Público. In: TEXTOS de Apoio ao Projeto Prioritário Acolhimento. São Paulo: Xamã, 1998.

MICHAELIS: moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 2009.

RIBEIRO, M. M. F.; AMARAL, C. F. S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, mar. 2008.

ROA, R. R. et al. Abordagem centrada nas pessoas. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 4, n. 16, v. 4, n. 16, p. 245-259, 2009.

SAVASSI, L. C. M. **Iniciação à prática de ESF**. Faculdade Senac: Belo Horizonte, 2011.

STEWART, Moira et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

2 ELEMENTOS DE ABORDAGEM FAMILIAR NA AD

2.1 INTRODUÇÃO

Família é o grupo social natural que determina as respostas de seus membros por meio de respostas de seus componentes do interior para o exterior (MINUCHIN, 1979). Trata-se de um sistema aberto, dinâmico e complexo, cujos membros pertencem a um mesmo contexto social compartilhado, lugar do reconhecimento da diferença e do aprendizado quanto ao se unir ou se separar e sede das primeiras trocas afetivo-emocionais e da construção da identidade (FERNANDES; CURRA, 2006).

Para o sucesso da AD, é fundamental que o profissional da Saúde compreenda a família que está recebendo esse cuidado, sua estrutura e funcionalidade (BRASIL, 2011; WAGNER, 2001). Abordar famílias constitui-se em um elemento de gestão do cuidado em AD, e também de prática diagnóstica e terapêutica. A abordagem familiar domiciliar permite o conhecimento da família e das possíveis disfuncionalidades que prejudicam o bem-estar biopsicossocial de seus membros. No domicílio, algumas questões sobre a estrutura familiar estão explícitas; por exemplo, para uma pessoa com diabetes descompensado, os profissionais da AD podem estabelecer contato com todos os membros da família e visualizar *in loco* os seus hábitos alimentares.

Na maioria das vezes, o profissional tem dificuldades em abordar a família, ou o faz de forma parcial, identificando-a por meio de representantes de forma muito genérica, sem sistematização, ou ainda analisando-a apenas no contexto das políticas sociais, por exemplo, quando se realiza visita de cadastro de programas de renda mínima, de planejamento familiar ou quando a equipe é acionada pelo Conselho Tutelar (RIBEIRO, 2004).

A relação entre saúde individual e familiar é notória: se, por um lado, os conflitos, interações e desagregações fazem parte do universo da família, intervindo diretamente na saúde de seus membros, por outro, quando algum deles adocece, tem efeito direto sobre os estágios do ciclo de vida familiar, sendo necessário que a família se organize para cuidar do familiar doente. As situações prolongadas/definitivas de doença podem fazer com que os familiares busquem recursos fora para suportar a situação (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2003).

Dessa forma, torna-se necessária a apropriação pelos profissionais de Saúde de algumas ferramentas específicas para abordar familiares. São elas: **o olhar sistêmico, os tipos de famílias, a estrutura familiar, a dinâmica familiar e a conferência familiar**, somadas a ferramentas específicas, básicas para a realização de uma adequada abordagem familiar na AD de acordo com as necessidades. Outros instrumentos que sistematizam a abordagem familiar estão explicitados no Quadro 1.

Quadro 1 – Instrumentos de abordagem familiar e suas especificações

INSTRUMENTO	ESPECIFICAÇÕES
A.P.G.A.R. familiar: instrumento de avaliação destinado a refletir a satisfação de cada membro da família. A partir de um questionário predeterminado, as famílias são classificadas como funcionais, e moderadamente/gravemente disfuncionais	<i>Adaptation</i> (adaptação) <i>Partnership</i> (participação) <i>Growth</i> (crescimento) <i>Affection</i> (afeição) <i>Resolve</i> (resolução)

Continua

INSTRUMENTO	ESPECIFICAÇÕES			
<p>P.R.A.C.T.I.C.E.: funciona como uma diretriz para a avaliação do funcionamento das famílias. O instrumento é focado no problema, o que permite a aproximação esquematizada para trabalhar com as famílias</p>	<p><i>Presenting problem</i> (problema apresentado) <i>Roles and structure</i> (papéis e estrutura) <i>Affect</i> (afeto) <i>Communication</i> (comunicação) <i>Time of life cycle</i> (fase do ciclo de vida) <i>Illness in family</i> (doença na família) <i>Coping with stress</i> (enfrentamento do estresse) <i>Ecology</i> (meio ambiente, rede de apoio)</p>			
<p>F.I.R.O.: sigla de fundamental interpersonal relations orientation ou, em português, orientações fundamentais nas relações interpessoais, sendo categorizada como uma teoria de necessidades</p>		<p>INCLUSÃO (interação, associação)</p>	<p>CONTROLE (poder)</p>	<p>INTIMIDADE (amor, afeto)</p>
	<p>DEMANDA</p>	<p>Ser aceito, convidado</p>	<p>Ser guiado</p>	<p>Ser querido</p>
	<p>OFERECE</p>	<p>Interesse, busca da aceitação</p>	<p>Liderança</p>	<p>Ligação, aproximação</p>

Fonte: (FERNANDES; CURRA, 2006; HORTA, 2008).

A dinâmica da vida familiar deve ser avaliada com respeito e valorização das características peculiares e do convívio humano. Constituem instrumentos de registro da família o **genograma** e o **ecomapa**. Os ciclos de vida permitem entender como a fase atual daquela família pode impactar na saúde e quais seriam os desafios a superar.

2.2 O OLHAR SISTÊMICO

A família é entendida a partir de suas relações. Todo o contexto social, econômico e político influenciam no bem-estar dela e do indivíduo. A conjunção mais importante pode ser a família nuclear, mas é essencial lembrar que elas não existem em um vácuo (NICHOLS; SCHWATZ, 2007). Independentemente de qual membro da família está sendo assistido, é imperativo ter claro entendimento do contexto interpessoal do problema. Quem faz parte desse sistema familiar? Há pessoas importantes para a pessoa ou para a família que não estão presentes?

O pensamento sistêmico foca-se nas relações não só nos tratos entre os elementos familiares, mas também nas relações entre a família e os profissionais que trabalham com ela. Ampliando o foco, frequentemente, percebe-se que aquele sintoma é a única relação significativa do indivíduo ou da família, questão que se torna mais evidente nos casos de condições crônicas. Em muitos casos, a ausência do sintoma pode ser traduzida em perda total ou parcial do cuidado. Se, por um lado, necessita demonstrar que o tratamento está indo bem, por outro, há frequentes recaídas, evidenciando não somente a piora, mas a avidez pelo cuidado (AUN; VASCONCELLOS; COELHO, 2006; WAGNER, 2001).

2.2.1 Tipos de Famílias

Na prática da AD, os profissionais deparam-se com variadas composições familiares. Além das ditas convencionais, há pelo menos mais nove (KASLOW, 2001): família nuclear de duas gerações, unidas pelo matrimônio e com seus filhos biológicos; famílias extensas, incluindo três ou quatro gerações; famílias adotivas temporárias; famílias adotivas birraciais ou multiculturais; casais que podem morar separadamente; famílias monoparentais, chefiadas por pai ou mãe; casais homossexuais com ou sem crianças; famílias resultantes de divórcios anteriores com ou sem filhos do casamento anterior (*remarried/step families*); e várias pessoas vivendo juntas, sem laços legais, mas com forte compromisso mútuo.

Uma visão integral dos tipos familiares aponta variáveis que podem ocorrer quando trabalhamos com família: as diversas conjunturas podem criar variadas formas de conflito, tendo em mente que as preconcepções dos profissionais de Saúde não devem influenciar no tratamento do usuário.

2.2.2 Ciclo Vital

Representa as várias etapas pelas quais as famílias passam e os desafios/tarefas a cumprir em cada uma delas, desde a sua constituição em uma geração até a morte dos indivíduos que a iniciaram (CERVENY, 1997). O entendimento do ciclo vital permite visão panorâmica e focal simultaneamente. O estudo do ciclo vital permite que o profissional da AD perceba os entraves pelos quais a família está atravessando, seja por uma crise previsível ou não (CERVENY, 2009).

As etapas do ciclo de vida familiar são permeadas por crises, que podem ser previsíveis ou imprevisíveis (que podem acontecer em quaisquer fases do desenvolvimento). A classificação mais utilizada é aquela proposta por McGoldrick (1995), no quadro a seguir:

Quadro 2 – Os ciclos de vida, suas características e as tarefas a cumprir

FASE DO CICLO	CARACTERÍSTICAS	TAREFAS
Adulto jovem independente	Autonomia e responsabilização emocional e financeira. Investimento profissional. Síndrome dos filhos-cangurus (permanência na casa dos pais na vida profissional).	Diferenciação do eu em relação à família.
		Desenvolvimento de relacionamentos íntimos com adultos iguais.
		Estabelecimento do eu com relação ao trabalho, com independência financeira.

Continua

FASE DO CICLO	CARACTERÍSTICAS	TAREFAS
Casamento	O novo casal inicia a vida a dois.	Conhecimento recíproco.
	Comprometimento com um novo sistema familiar.	Construção de regras próprias de funcionamento.
	Renegociação das relações com seus pais e amigos novos e antigos.	Formação do sistema conjugal e realinhamento dos outros relacionamentos.
		Maior autonomia em relação à família de origem e da tomada de decisões sobre filhos, educação e gravidez, divisão de vários papéis do casal de modo equilibrado.
Nascimento do primeiro filho	Gravidez: profundas transformações e novos acordos. A relação altera-se: ela, sensível e introspectiva, requer apoio e atenção; ele pode não entender e afastar-se.	Abertura da família para a inclusão de um novo membro.
	Nascimento: função materna Nova alteração: a mãe sente-se sobrecarregada e o pai pode afastar-se mais.	Divisão dos papéis dos pais, novo papel materno.
		Realinhamento dos relacionamentos com a família ampliada para incluir os papéis dos pais e dos avós.
Famílias com filhos pequenos	Outros filhos Preparar o sistema para a aceitação dos novos membros.	Novos ajustes das relações e do espaço.
	Antecipação de possíveis dificuldades entre os irmãos.	Redivisão das tarefas de educação dos filhos, além das tarefas financeiras e domésticas.
	Novos contatos externos, cada vez mais íntimos com a sociedade. Crescente autonomia dos filhos.	Papel preponderantemente materno de ajuste e desenvolvimento das crianças, com o estabelecimento de uma vida satisfatória a todos.

Continuação

FASE DO CICLO	CARACTERÍSTICAS	TAREFAS
<p>Famílias com filhos adolescentes</p>	<p>Filhos adolescentes/pais na meia-idade/avós na velhice</p>	<p>Adolescente: encontrar a sua própria identidade.</p>
	<p>Toda a família vive uma crise: mãe sobrecarregada/pai autorizador.</p>	<p>Pais: equilibrar a liberdade e considerar a individualidade do adolescente.</p>
	<p>Papel dos avós. Flexibilidade de suas regras.</p>	<p>Família: independência dos filhos e fragilidade dos avós: mudança do cuidado para a geração mais velha.</p>
	<p>Limites mais permeáveis ao exterior. Permitir que o adolescente exerça autonomia dentro e fora do contexto familiar.</p>	<p>Preparação dos pais para a autonomia dos filhos.</p>
<p>Lançando os filhos e seguindo em frente</p>	<p>Os filhos começam a sair de casa e deixam para trás os pais novamente sozinhos, um com o outro, vivendo a crise da meia-idade e a perspectiva da incapacidade e da morte dos próprios pais.</p>	<p>Aceitar as múltiplas entradas e saídas de membros no sistema familiar.</p>
		<p>Renegociar o sistema conjugal como um casal (fim do papel de pais).</p>
		<p>Incluir os genros, noras e netos.</p>
		<p>Planejamento financeiro para a aposentadoria.</p>
<p>Aposentadoria</p>	<p>Novas relações com seus filhos.</p>	<p>Ajuste ao fim do salário regular, com redução da renda mensal.</p>
	<p>Tornam-se avós. Realinhamento do convívio mais intenso pelo maior tempo disponível, porém com objetivos diferenciados.</p>	<p>Aumento dos gastos com medicações, além da necessidade de prover conforto, saúde e bem-estar.</p>

Continua

FASE DO CICLO	CARACTERÍSTICAS	TAREFAS
Famílias no estágio tardio: a velhice	Aceitação da mudança dos papéis em cada geração.	Funcionamento do sistema, mesmo com o declínio fisiológico, lidando com a perda da habilidade, com maior dependência dos outros.
	Papel mais central nas gerações do meio. Abrir espaço no sistema para a sabedoria e a experiência dos idosos, apoiando a geração mais velha, sem superfuncionar por ela.	Lidar com a perda de um amigo, familiar ou do próprio companheiro (geralmente a mulher sobrevive) e com a proximidade da própria morte.

Fonte: (MCGOLDRICK, 1995; SAVASSI, 2011).

Em famílias de classe social vulnerável, alguns fenômenos contribuem para encurtar as fases do ciclo de vida: em primeiro lugar, a gravidez ocorre precocemente, geralmente em adolescentes, e, com isso, as fases de casamento e nascimento do primeiro filho dão lugar a famílias com filhos pequenos. Tendo que estudar ou trabalhar, os adolescentes e adultos jovens deixam seus filhos com as avós, até que cheguem à adolescência e, por sua vez, passem a ter seus próprios filhos. A estrutura, geralmente monoparental e a aglomeração de gerações sob um mesmo teto fazem com que famílias populares tenham ciclos de vida abreviados, de até três fases:

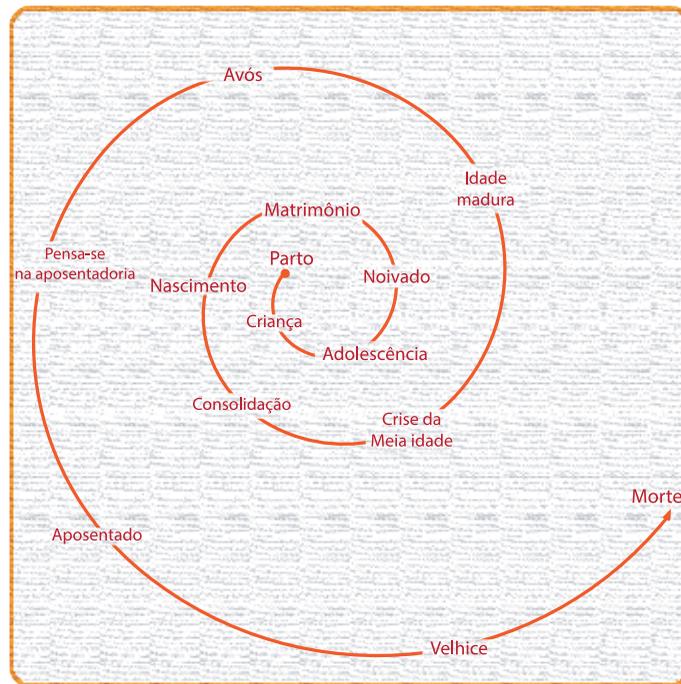
Quadro 3 – Os ciclos de vida em famílias populares

FASE DO CICLO	CARACTERÍSTICAS
Família composta por jovem adulto	Adolescentes são levados a buscar formas de subsistência fora de casa ou são fontes muito exploradas de ajuda, tornando-se um adulto sozinho, que cresce por conta própria, sem que outro adulto se responsabilize por ele. Começa muito precocemente, por volta dos 10 anos de idade.
Família com filhos pequenos	Ocupa grande parte do ciclo, incluindo, dentro da mesma casa, três ou quatro gerações. As tarefas desta fase se misturam: formar um sistema conjugal, assumir papéis paternos e reorganizar os papéis com as famílias de origem.
Família no estágio tardio	É mais raro ocorrer um ninho vazio de fato, uma vez que os idosos costumam ser membros ativos da família, com papel de sustentar e de educar as gerações mais novas. As mulheres tornam-se avós precocemente, mesmo que ainda estejam consolidando sua fase reprodutiva e reconstruindo sua vida afetiva. Esta é a fase que mais vem crescendo ao longo dos anos.

Fonte: (FERNANDES; CURRA, 2006; SAVASSI, 2011).

Outra visão mais ampliada de todas as fases do ciclo de vida pode ser esquematizada como a seguir:

Figura 1 – Ciclos de vida ampliados



Fonte: (ROA et al., 2009).

2.2.3 Estrutura Familiar

Entendida como a quantidade de pessoas que moram na casa e de suas respectivas funções, o fato de os progenitores estarem vivos ou não, divorciados, separados ou dividindo moradia com outros parceiros, entre outras características. A noção de “bom suporte familiar” ou “mais adequado” não está ligada apenas à estrutura familiar culturalmente predefinida como ideal (pai, mãe e irmãos morando em um mesmo local com suas funções econômicas e familiares predefinidas).

A partir da estrutura familiar, levantam-se dados relevantes para compreender a funcionalidade familiar, quais os pontos “fortes” e “fracos” da família para o cuidado domiciliar, em que ela pode cooperar e onde o profissional deverá trabalhar com a família para a melhor assistência. São estabelecidos os seguintes sistemas familiares (MINUCHIN; FISHMAN, 2003):

- **Sistema conjugal:** casal formado pela união de duas pessoas com um conjunto de valores e expectativas, tanto explícitas quanto inconscientes. Para seu funcionamento, é necessário abrir mão de parte de suas ideias e preferências, perdendo a individualidade, porém ganhando em pertinência;
- **Sistema parental:** envolve a educação dos filhos e funções de socialização. Esse subsistema pode ser ampliado para avós ou tios, ou excluir completamente um dos pais desse sistema;

- **Sistema fraterno (ou filial):** sistema composto por similares, sendo o primordial aquele composto entre os irmãos, podendo ser constituído também por amigos e primos. Nesse sistema, desenvolve-se a capacidade de negociação, de cooperação, de pertinência, de competição e de reconhecimento.

De acordo com as estruturas familiares, observa-se a dinâmica familiar e suas inter-relações, que se mostram por meio de seus limites, papéis e padrão de comunicação (WHITAKER; BUMBERRY, 1990). Descreveremos alguns tópicos relevantes para observação durante uma abordagem familiar no domicílio que facilitarão o entendimento global da estrutura e do funcionamento familiar:

- **Limites ou fronteiras:** espera-se que sejam claros e flexíveis, porém podem ocorrer disfuncionalidades quando estes são muito rígidos ou emaranhados (complemento no Anexo 1 do Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, p. 174-176);
- **Papéis:** cada integrante do sistema familiar representa papéis em sua vida, entre eles estão: de homem, empregado, empregador, pai, marido, amigo, irmão, filho, torcedor etc. De acordo com cada subsistema familiar, é importante que o profissional de Saúde identifique a função de cada um naquele contexto para poder resgatar funções e papéis, tornando o cuidado integral e, muitas vezes, resgatando a funcionalidade da família e extraíndo a doença;
- **Comunicação:** o ser humano utiliza a comunicação constantemente, em todos os momentos de sua vida, mesmo quando não está falando (comunicação não verbal), mas que pode ser percebida por gestos, ações, olhares, entre outros; e a comunicação verbal (que diz respeito à fala). Nessa última, temos dois tipos de linguagem: na primeira, cada formulação possui apenas um sentido, há um estímulo e apenas uma resposta; na segunda, cada mensagem refere-se a um contexto de outras mensagens, não há mensagem e resposta única, e sim respostas múltiplas, algumas vezes imaginárias. Na prática do trabalhador de Saúde, a comunicação apresenta-se como a principal ferramenta de trabalho. É necessário, portanto, estar atento se a mensagem que estamos passando ou recebendo está sendo adequadamente entendida (HALEY, 2005);
- **Transgeracionalidade:** deve-se observar a família nuclear e a trigeracional (avós, pais e filhos), avaliando padrões de repetição, segredos e rituais que possam estar enraizados entre as gerações (WHITAKER; BUMBERRY, 1990).

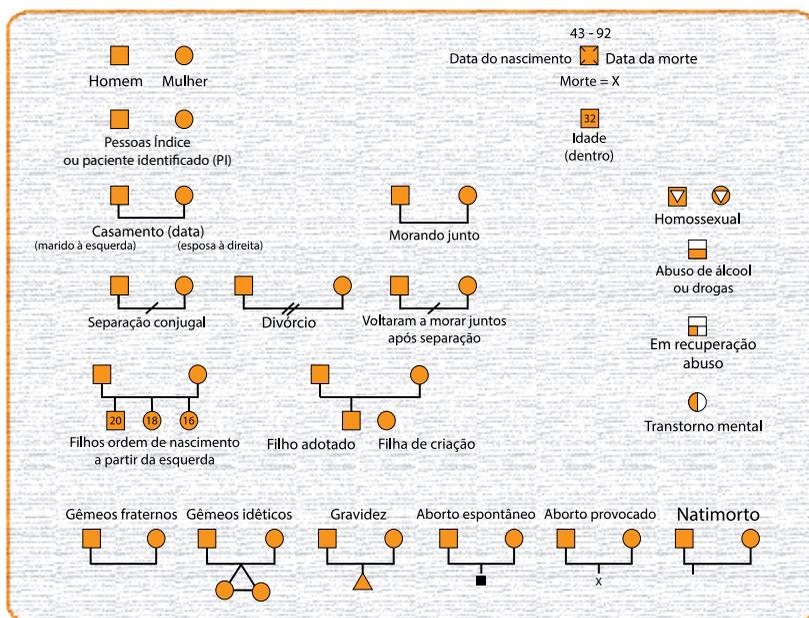
2.2.4 Genograma

O genograma permite identificar, de maneira mais rápida, a dinâmica familiar e suas possíveis implicações, com criação de vínculo entre o profissional e a família/indivíduo.

O genograma baseia-se no modelo do heredograma, mostrando, graficamente, a estrutura e o padrão de repetição das relações familiares, as repetições de padrões de doenças, o relacionamento e os conflitos resultantes do adoecer (DITTERICH; GABARDO; MOYSES, 2009). Na configuração proposta, o genograma reúne informações sobre a doença da pessoa identificada, as doenças e os transtornos familiares, a rede de apoio psicossocial, os antecedentes genéticos, as causas da morte de pessoas da família, além dos aspectos psicossociais apresentados, que, com as informações colhidas na anamnese, enriquecem a análise a ser feita pelo profissional (MUNIZ; EISENSTEIN, 2009).

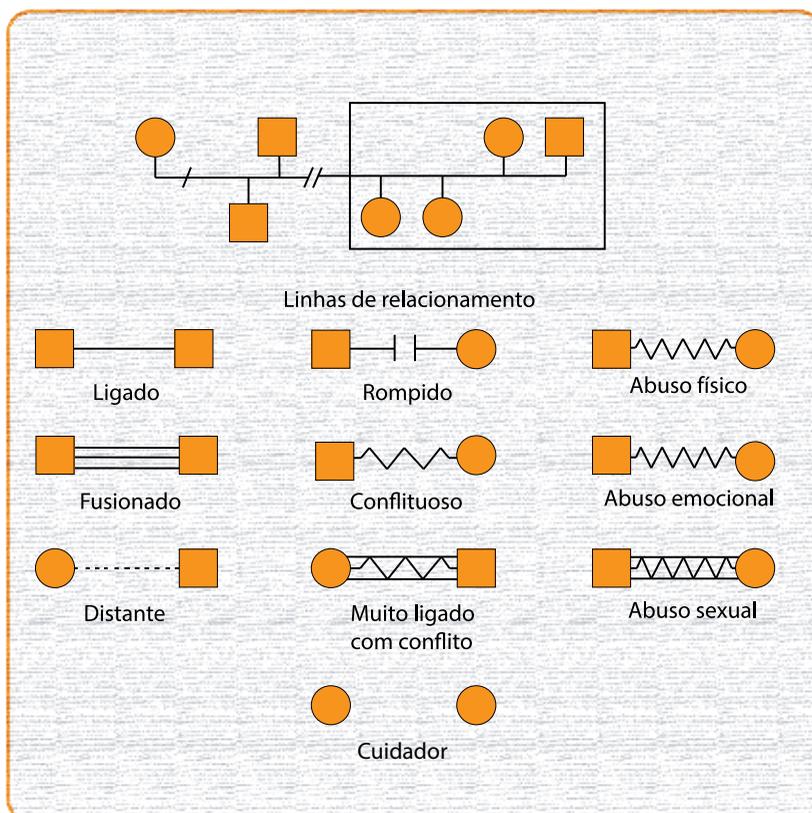
McGoldrick (1995) propõe os seguintes símbolos para a representação do genograma:

Figura 2 – Símbolos utilizados no genograma



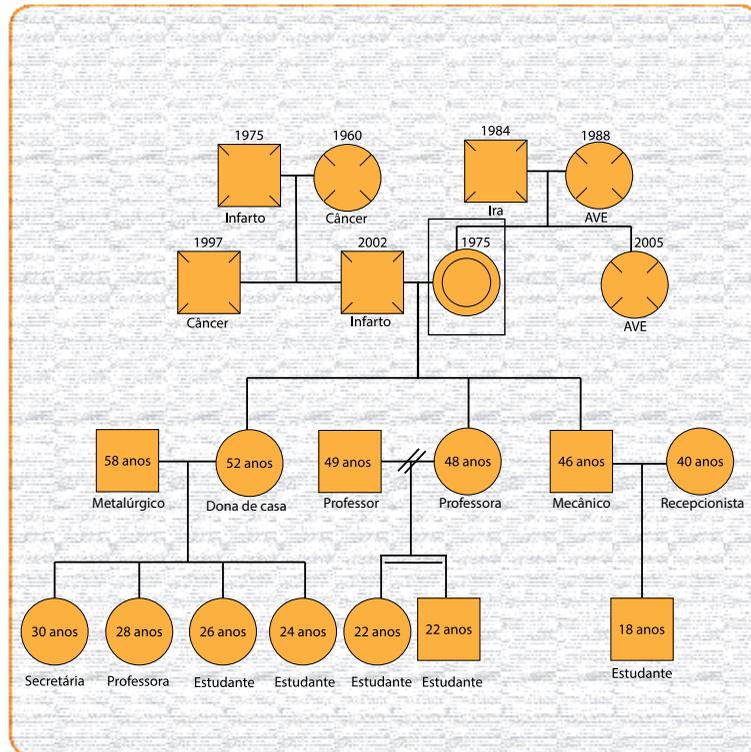
Fonte: (MCGOLDRICK, 1995).

Figura 3 – Linhas de relacionamento e de moradia



Fonte: (MCGOLDRICK, 1995)

Figura 4 – Exemplo de genograma



Fonte: (BRASIL, 2006).

Para saber mais:

– Caderno de Atenção Básica nº 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, Anexo J (BRASIL, 2006).

2.2.5 Ecomapa

Na abordagem familiar, a compreensão da família pode não ser suficiente, pois ela se relaciona com o meio e com outros atores sociais (outras famílias, pessoas ou instituições), e essas relações são fundamentais para se atingir e preservar o equilíbrio biopsicossociossocial da unidade familiar. Nesse contexto, surge o ecomapa.

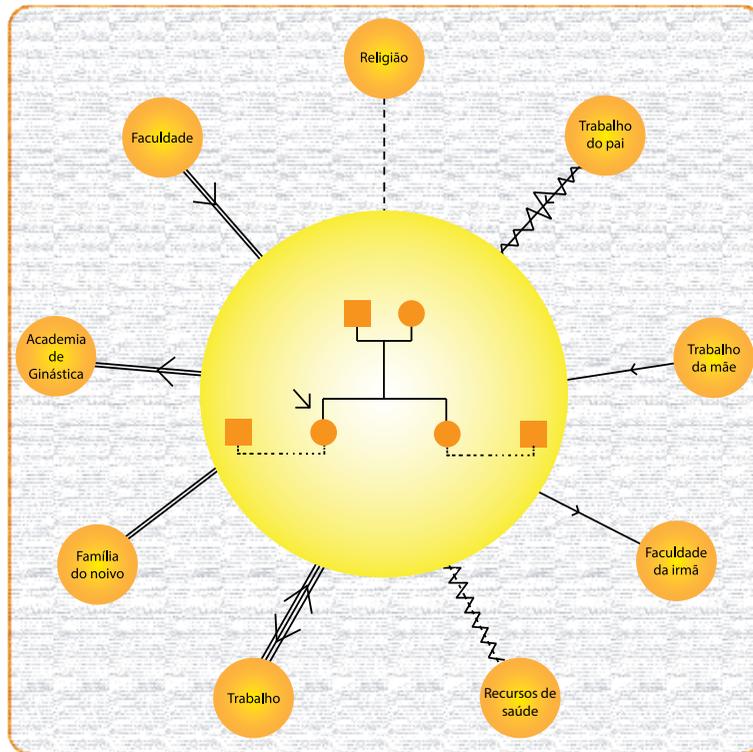
Complementar ao genograma, o ecomapa consiste na representação gráfica dos contatos dos membros da família com os outros sistemas sociais, das relações entre a família e a comunidade. Ajuda a avaliar os apoios, os suportes disponíveis, sua utilização pela família, e pode apontar a presença de recursos, sendo o retrato de um determinado momento da vida dos membros da família, portanto, dinâmico.

Por ser um instrumento com importantes ganhos, tanto no aspecto relacional (de melhoria do vínculo) quanto na programação do trabalho, pode ser aplicado a todas as famílias, sendo ideal para aquelas com maiores dificuldades relacionais, tanto intrafamiliares quanto sociais, para o melhor estudo e compreensão do sistema a ser trabalhado.

Uma família que tem poucas conexões com a comunidade e entre seus membros necessita de maior investimento da equipe de Saúde para melhorar seu bem-estar. São características do ecomapa: registrar membros da família e suas idades no centro do círculo; utilizar a mesma simbologia do genograma; registrar, em

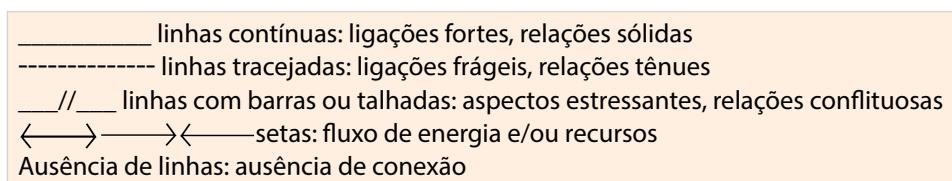
círculos externos, os contatos da família com membros da comunidade ou com pessoas e grupos significativos; e linhas que indicam o tipo de conexão. A Figura 5 representa um exemplo de ecomapa.

Figura 5 – Estrutura de um ecomapa



Fonte: (HORTA, 2008).

Figura 6 – Símbolos utilizados no diagrama de vínculos



Fonte: (HORTA, 2008).

A utilização das ferramentas para a abordagem familiar visando ao entendimento das situações encontradas e ao fortalecimento do vínculo aumentará a eficácia das ações na Atenção Domiciliar.

Na AD, frequentemente a equipe se depara com situações em que apenas a compreensão de uma patologia, ou uma abordagem tecnicista, não é suficiente para o cuidado necessário. Essas ferramentas e entendimentos sobre as famílias facilitam a compreensão de alguns agravos à saúde que, muitas vezes, são entendidos como não colaboração, descaso ou incapacidade. Quando entramos no contexto da pessoa, seja ele na abordagem familiar ou na domiciliar, estamos nos corresponsabilizando por seu cuidado; dessa forma, permitindo e fornecendo instrumentos para que esse indivíduo ou família tenha autonomia e empoderamento para construir sua saúde (no conceito mais amplo da palavra). Cuidar do indivíduo é, sem dúvida, acolher sua família, respeitando-a, bem como os seus valores e as suas crenças.

REFERÊNCIAS

AUN, J. G.; VASCONCELLOS, M. J. S.; COELHO, S. V. **Atendimento sistêmico de famílias e redes sociais**. 2. ed. Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa, 2006. (volume 1: fundamentos teóricos e epistemológicos)

BAPTISTA, Makilim Nunes; BAPTISTA, Adriana Said Daher; DIAS, Rosana Righetto. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 52-61, jun. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48-55.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica nº 19)

CERVENY, C. M. O. et al. Ciclo vital da família brasileira. In: _____. **Manual de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

_____ et al. **Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

DITTERICH, Rafael Gomes; GABARDO, Marilisa Carneiro Leão; MOYSES, Samuel Jorge. As ferramentas de trabalho com famílias utilizadas pelas equipes de Saúde da Família de Curitiba, PR. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 3, Sept. 2009.

FERNANDES, C. L. C; CURRA, L. C. D. **Ferramentas de abordagem familiar**. Porto Alegre: Artmed/Pan americana, 2006.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Manual de assistência domiciliar na Atenção Primária à Saúde: experiência do SSC/GHC**. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2003.

HALEY, J. **Terapia para resolver problemas: nuevas estratégias para uma terapia familiar eficaz**. 1. ed. 9 reimp. Buenos Aires: Amorrortu, 2005.

HORTA, T. C. G. **Abordagem familiar**. 2008. Monografia (Conclusão de Residência em Medicina de Família e Comunidade do Hospital das Clínicas da UFMG) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

KASLOW, F. W. Families and family psychology at the millenium. **American Psychologist**, EUA, v. 56, n. 1, p. 37-46, 2001.

MCGOLDRICK, M.; CARTER, B. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1995.

MINUCHIN, S. **Famílias y terapia familiar**. 2. ed. Barcelona: Gedisa, 1979.

_____; FISHMAN, C. **Técnicas de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

MUNIZ, José Roberto; EISENSTEIN, Evelyn. Genograma: informações sobre família na (in)formação médica. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, mar. 2009.

NICHOLS, M. P.; SCHWATZ, R. C. **Modelos iniciais e técnicas básicas: terapia familiar, conceitos e métodos**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

RIBEIRO, Edilza Maria. As várias abordagens da família no cenário do Programa/Estratégia Saúde da Família (PSF). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 658-664, 2004.

ROA, R. R. et al. Abordagem centrada nas pessoas. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Florianópolis, v. 4, n. 16, p. 245-259, 2009.

SAVASSI, L. C. M. **Iniciação à prática de ESF**. Faculdade Senac: Belo Horizonte, 2011.

WAGNER, H. L. Trabalhando com famílias em Saúde da Família. **Revista de APS**, Juiz de Fora, n. 8, p. 10-14, jun./nov. 2001.

WHITAKER, A. C. BUMBERRY, W. M. **Dançando com a família: uma abordagem simbólico-experimental**. Porto Alegre: Artmed, 1990.

**3 DIRETRIZES PARA
A CLASSIFICAÇÃO DE
COMPLEXIDADE DO CUIDADO
EM ATENÇÃO DOMICILIAR**

A classificação da complexidade assistencial em AD, diante da diversidade de um país continental como o Brasil, fundamenta-se na tentativa de se propor parâmetros que permitam a delimitação do foco de atenção, priorizando os casos que demandam maiores recursos dos serviços de Saúde e o acompanhamento da equipe multiprofissional, tornando possível o planejamento da assistência com qualidade e evitando-se duplicidade de atendimento na rede pública.

A classificação da complexidade assistencial em AD tem por finalidade:

- a. Admissão no SAD, aliada aos critérios de inclusão nas modalidades de Atenção Domiciliar;
- b. Migração da modalidade assistencial, conforme evolução clínica do usuário;
- c. Apoio na elaboração do plano terapêutico, sugerindo periodicidade de visitas dos profissionais das equipes de Saúde, insumos, logística de transporte e agendamentos necessários.

Os itens “a” e “b”, que se referem aos **critérios de admissão no SAD, determinação da modalidade de AD e migração entre modalidades**, auxiliam na organização dos SADs e dizem respeito, em grande medida, aos critérios que delimitam as modalidades de Atenção Domiciliar.

Dessa forma, é importante ressaltar que a classificação da complexidade do paciente é, com o preparo do domicílio e a articulação da família/cuidador, a primeira etapa para a realização do cuidado em AD, na medida em que determina a equipe que se responsabilizará pelo cuidado de forma mais protagonista (equipe de Atenção Básica ou Emad), o número mínimo de visitas mensais e o plano terapêutico, projetos terapêuticos singulares (PTS), no caso de pacientes complexos – ver Capítulo 1.

Na análise da literatura existente sobre métodos para classificar pacientes em Atenção Domiciliar utilizados em outros países e em experiências brasileiras, há várias referências bibliográficas.

Analisando escalas e instrumentos de avaliação que vêm sendo aplicados nos serviços de Atenção Domiciliar públicos e privados no Brasil, podemos subdividi-los em categorias que são mais significativas para a prática dos serviços, como os **aspectos clínicos, socioeconômicos e ambientais**. A partir do diagnóstico em saúde, que antecede o planejamento da AD, os serviços locais podem selecionar quais aspectos seriam mais importantes para definir uma classificação da complexidade, de acordo com os indicadores de Saúde e de organização de serviço em cada localidade.

Assim, de forma esquemática, nos **aspectos clínicos**, estariam contempladas as seguintes variáveis, que deverão ser consideradas em conjunto para a elegibilidade do usuário em AD:

- a) Utilização de serviços de Saúde:** número e tempo de permanência de internações no último ano (hospitalizações) e atendimentos nos serviços de urgência/emergência;
- b) Quadro clínico:** acamado, sequelado, presença de doenças agudas e crônicas, com estabilidade clínica, passíveis de tratamento em domicílio; distúrbio do nível de consciência; estabilidade hemodinâmica; padrão respiratório; comprometimento do estado nutricional;

c) Suporte terapêutico:

- Terapia medicamentosa: medicação prescrita e vias de administração;
- Suporte respiratório; dependência de oxigenoterapia; presença de hipersecreção pulmonar; necessidade de aspirações orotraqueais; ventilação mecânica não invasiva;
- Terapia nutricional: suplementação oral ou enteral;

d)Reabilitação: incapacidade funcional para atividades da vida diária (AVDs) e atividades da vida diária instrumentais (AVDIs); plegias; distúrbios fonoaudiológicos; necessidade de cuidados de reabilitação fisioterápica; adaptação de órteses e próteses em AD;

e)Uso de drenos, cateteres e estomias;

f)Cuidados de enfermagem: presença de feridas; necessidade de administração de medicamentos via parenteral; monitoramento de sinais vitais;

g)Realização de exames complementares;

h)Cuidados paliativos.

Nos **aspectos socioeconômicos e ambientais**, serão consideradas, em conjunto, as seguintes variáveis:

- a)Risco social familiar: drogadição, desemprego, analfabetismo;
- b)Presença de cuidador e necessidade de treinamento/capacitação;
- c>Estrutura familiar; consentimento e participação familiar; idoso sozinho e rede social de apoio;
- d)Condições de moradia; relação morador/cômodo; saneamento básico;
- e)Segurança dos profissionais da equipe; acessibilidade ao domicílio.

Levando em consideração que os SADs surgiram em períodos e em contextos diferentes, eles elaboraram e/ou adotaram escalas de complexidade assistencial distintas. Na prática, apesar de essas escalas não apresentarem, em sua maioria, validação científica, elas têm sido utilizadas ao longo do tempo pelos SADs de forma satisfatória, contemplando as necessidades de gestores, de trabalhadores e de usuários. Dessa maneira, fazem-se necessários estudos de validação de instrumentos para avaliação e/ou classificação que norteiem o processo de trabalho das equipes de AD.

A fim de subsidiar e apoiar a prática dos profissionais que realizam o cuidado no domicílio, bem como na construção de instrumentos locais para classificação de risco, apresentamos alguns exemplos de instrumentos que têm sido utilizados por esses serviços nos últimos anos, segundo os parâmetros selecionados referenciados na bibliografia do capítulo:

Quadro 1 – Instrumentos referenciados para classificação de risco

Escala	Critério(s)/parâmetro(s) avaliado(s)
Cruz Vermelha Espanhola	Capacidade funcional
Escala de avaliação de internação domiciliar do Nead*	Grupo 1: internações no último ano; tempo de internação; de ambulatório; plegias; eliminações; estado nutricional; higiene. Grupo 2: alimentação; curativos; nível de consciência. Grupo 3: secreção pulmonar; drenos/cateter/estomias; medicações; quadro clínico; padrão respiratório; dependência de O2.
Avaliação da complexidade do SAD e do Hospital de Aeronáutica dos Afonsos (HAAF)	AIVD; AVD; incapacidade psíquica; vias aéreas superiores; incontinência urinária; uso de medicação; suporte respiratório; presença de úlcera; reabilitação fisioterápica; terapia nutricional.
Complexidade assistencial da Abemid**	Suporte terapêutico; quimioterapia; suporte ventilatório; lesão vascular cutânea; grau de AVD relacionado a cuidados técnicos; dependência de reabilitação fisio/fono e outras; terapia nutricional.
Avaliação socioambiental da Abemid	Avaliação social: estrutura familiar; consentimento e participação familiar; identificação e treinamento do cuidador. Avaliação ambiental: espaço físico; acesso físico; segurança e meio ambiente.
Manutenção em internação domiciliar do Nead	Quadro clínico; aspirações traqueais; sondas/drenos/estomias; procedimentos técnicos invasivos; padrão respiratório; dependência de O2; curativos.
Grau de dependência do Paid de Cascavel	Cuidados de enfermagem; cuidados de reabilitação fisioterápica; terapia nutricional; quimioterapia domiciliar; suporte ventilatório; outros apoios terapêuticos; lesão vascular cutânea.
Avaliação da complexidade do Programa de Internação Domiciliar (PID)/DF	Atividades domiciliares: monitorização e controle clínico multiprofissional; procedimentos de enfermagem; investigações laboratoriais; mobilização e posicionamento; reabilitação; suporte e cuidados aos familiares, cuidadores e paciente. Atividades administrativas e gerenciais comuns e específicas.
Avaliação da complexidade do cuidado dos SADs de BH e Betim/MG	Idade; avaliação social e funcional (dependente de AVD); avaliação clínica (sintomas cardiorrespiratórios, sintomas neurológicos, polipatologia, polifarmácia, cuidado paliativo oncológico, sondas/drenos, hospitalizações); exames complementares (leucograma, exames laboratoriais, função renal, Raio X)

Fonte: InterRAI. Disponível em: <www.interrai.org>.

*Nead: Núcleo Nacional de Empresas de Assistência Domiciliar.

**Abemid: Associação Brasileira de Empresas de Medicina de Internação Domiciliar.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção domiciliar às pessoas idosas. In: _____. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica nº 19).
- CULLEN, D. J.; NEMESKAL, A. R.; ZASLAVSK, A. M. Intermediate TISS: a new therapeutic intervention scoring system for non-ICU patients. **Crit. Care Med.**, [S.l.], v. 22, n. 9, p. 1406-1411, 1994.
- DAL BEN, Luiza W; GAIDIZNSKI, Raquel R. Sistema de classificação de pacientes em assistência domiciliária. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19 n. 1, jan./mar. 2006. (Suplemento 1).
- DAUBERT, E. A Patient classification outcome criteria system. In: HARRIS, M. **Handbook of health care administration**. USA: Aspen Publication, 1997.
- FONDATION DES SERVICES D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE (FSASD). **Catalogue de Prestations dès Soins**. Genève, 2003.
- GONZÁLEZ, J. I. et al. Valoración funcional: comparación de la Escala de Cruz Roja con el Índice de Katz. **Rev. Esp. Geriat. Geront.**, Espanha, v. 26, p. 197-202, 1991.
- HOSPITAL DA AERONÁUTICA DOS AFONSOS. **Protocolo de Atendimento do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) do Hospital da Aeronáutica dos Afonsos (HAAF)**, 2012. Disponível em: <www.haaf.aer.mil.br/sad.htm>. Acesso em: 2 fev. 2012.
- INTERRAI HOME CARE. **Instrumento de Avaliação em Assistência Domiciliar: a ser validado no Brasil**. Disponível em: <www.interrai.org>. Acesso em: 2 fev. 2012.
- INSTRUMENTO operacional para o programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal (PID/DF). In: CONGRESSO BRASILEIRO INTERDISCIPLINAR DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR. São Paulo, 2011.
- MIRANDA, D. R et al. Nursing activities score. **Critic Care Med.** [S.l.], v. 31, n. 2, p. 374-82, 2003.
- PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, Raquel R. Análise da validade de constructo do instrumento de classificação de pacientes proposto por Perroca. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 12, n. 1, p. 83-91, jan./fev. 2004.
- RIBERTO, M. et al. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional (MIF). **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 45-52, 2001.
- SABA, V. **Home health Care Classification (HHCC) of nursing diagnoses and interventions**. Tradução de Heimar F. Marin. São Paulo: Centro de Informática em Enfermagem, 1991.
- SÃO PAULO. Prefeitura. **Programa Hospital Domiciliar da Prefeitura de São Paulo (PROHDOM)**, 2012. Disponível em: <www.prefeitura.sp.gov.br/.../PROHDOM_Informe_Tecnico.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2012.

4 ABORDAGEM GERAL DE SITUAÇÕES CLÍNICAS COMUNS NA AD

4.1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo, serão apresentados contextos de cuidados já consolidados em nossa realidade (CONGRESSO... 2007-2011; HIGA-TANIGUCHI, 2009; YAMAGUCHI, 2010; MAHMUD, et al. 2012) com alguns recortes em literatura internacional (KAO, 2009; MARELLI, 2012). Alguns domínios são considerados também critérios de qualidade de assistência domiciliar (SMITH, 2007; MORRIS, 2010).

No Brasil, são várias as experiências de serviços de atenção domiciliar (SADs) que foram criados a partir das dificuldades concretas de pacientes no acesso a serviços de Saúde. O domicílio despontou, somado à sua característica humanizadora e pelo perfil demográfico e epidemiológico da população, como um local com potencial de expandir e qualificar os processos de cuidado.

Nos últimos 20 anos, essas práticas acumularam experiência e conhecimento em lidar com uma ampla gama de situações clínicas que têm enriquecido as possibilidades de atuação em AD e, por outro lado, impõem desafios à adequação da prática profissional a esta nova realidade.

De início, estas iniciativas eram isoladas, muitas vezes com grupos de pacientes em atendimento de número reduzido e que apresentavam características clínicas em comum: são os casos de equipes de cuidados domiciliares pós-AVE (acidente vascular encefálico) ou outras situações de grande incapacidade, cuidados geriátricos a idosos frágeis, cuidados paliativos oncológicos e outras especializadas na assistência neonatal.

Com a evolução e o fortalecimento da AD como estratégia fundamental nos cuidados às populações e como uma modalidade substitutiva no cuidado à saúde, os olhares dos gestores e das equipes de AD para a comunidade devem ser apurados, com o reconhecimento das necessidades específicas dos pacientes e das possibilidades de intervenção, que diferem de acordo com características locais, sociodemográficas e sanitárias.

O perfil de funcionalidade e a progressão das doenças de base do usuário podem indicar algumas características da AD que determinará o tipo de atendimento:

- **Atendimento domiciliar de curta permanência (dias a poucas semanas):**

Habitualmente função das Emads (modalidades AD2 e AD3). Adequado àqueles pacientes que estão funcionais e podem se beneficiar de tratamentos de curto prazo para intercorrências agudas, com tempo de assistência preestabelecido: tratamento de broncopneumonia (BCP), infecções de trato urinário (ITU), celulites, trombose venosa profunda, pós-operatório, reabilitação, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) descompensada, insuficiência cardíaca congestiva (ICC) descompensada, entre outros. É evidente a otimização de leitos hospitalares, bem como o menor risco de infecção hospitalar e a perda funcional, além de satisfação do paciente; porém parte do gasto oriundo com os cuidados recai sobre a família – daí a preocupação na garantia de medicamentos e insumos básicos para que esse cuidado possa ser realizado no domicílio;

- **Atendimento domiciliar de média permanência (semanas a poucos meses):**

Também típico da Emad (modalidade AD2), e conforme a necessidade de visitas for diminuindo, da equipe de Atenção Básica (modalidade AD1). Ex.: anticoagulação com heparina injetável, anticoagulação oral, reabilitação

após fratura de fêmur, feridas complicadas, osteomielite, neuropatia do doente crítico, cuidados domiciliares pós-AVC, outras convalescenças após internação hospitalar prolongada;

- Atendimento domiciliar de longa permanência/duração (vários meses a anos):

Habitualmente de responsabilidade das equipes de Atenção Básica (modalidade AD1). Porém, se houver alto uso de tecnologias e necessidade de visitas multiprofissionais mais frequentes, estão indicadas as modalidades AD2 e AD3 pelas Emads. Estes pacientes são os grandes incapacitados, com sequelas de doenças crônicas incapacitantes, entre elas, as neurodegenerativas. São mais importantes os processos de cuidado, a instrumentalização da família e o olhar da longitudinalidade, que auxiliará no fortalecimento de vínculos e de confiança, fundamentais para o processo de cuidados compartilhados. No Brasil, já existe a necessidade urgente de efetivação do processo de intersetorialidade entre o Sistema Único da Assistência Social (Suas) e o SUS, como já ocorre em outros países com tradição nos cuidados de longa duração, sejam eles na comunidade ou institucionais, pois o envelhecimento populacional demandará outros arranjos na organização dos cuidados domiciliares, e nem sempre a equipe de Saúde poderá dar conta de todas as demandas de cuidados nos lares – este tema poderá ganhar destaque em futuras edições deste material escrito.

Os cuidados paliativos (CPs) domiciliares podem se enquadrar tanto nas modalidades de curta, média ou longa permanências, a depender das características do paciente e de suas comorbidades, além do estado funcional quando é encaminhado para a AD. É preferível que os pacientes de CP sejam encaminhados em uma fase anterior aos últimos dias ou semanas de vida, para que haja possibilidade de se criar vínculos em uma fase tão aflitiva que é o final da vida.

Não é obrigatório que o paciente fique estancado em um patamar rígido de modalidade assistencial de AD. Se ocorrer a melhora funcional, deve-se evitar a alta sumária do programa, com o correto encaminhamento e a garantia de acesso a outros pontos de atenção da rede. Pode e deve transitar entre os vários níveis de complexidade de AD, como no exemplo abaixo:

Dona S., 64 anos, recebeu alta hospitalar após duas semanas internada na enfermaria de clínica médica por acidente vascular cerebral isquêmico (AVCI) de artéria cerebral média D, com diagnóstico recente também de flutter atrial e insuficiência cardíaca congestiva (ICC). No início, foram frequentes as visitas com controle de coagulograma e ajuste mais fino de drogas para ICC e antiarrítmicos, além das várias orientações aos cuidadores e paciente após AVCI. Após seis semanas, em anticoagulação oral estabilizada, aumentou-se o intervalo das visitas de duas para quatro semanas, e a família encontrava-se mais tranquila e segura com os cuidados. Quatro meses depois, foi encaminhada para o centro de reabilitação ambulatorial – não tinha condição de marcha funcional autônoma e havia o risco de quedas com sangramento maciço, caso sofresse lesão corporal. Nesse centro de reabilitação, não havia a possibilidade de controle ambulatorial de tempo de protrombina – a família tinha que levá-la todo mês ao laboratório do hospital que havia encaminhado a paciente à AD e, no momento do encaminhamento à reabilitação, voltou a ser acompanhada pela Atenção Básica e pelo ambulatório de especialidade em Cardiologia, com período de observação da equipe de AD para observar se a transição ocorreria de forma tranquila. No mesmo ano, em pleno inverno, no segundo mês após iniciar a reabilitação, iniciou quadro de piora da dispneia e febrícula, e sua filha acionou a equipe de Atenção Básica (AB). Em visita domiciliar, diagnosticou-se broncopneumonia e novamente a equipe de AD foi acionada (agora pela AB), que passou novamente a realizar visitas que se aproximaram com intervalo semanal, quinzenal e depois mensal, pela intercorrência aguda instalada.

Uma utilização pontual da Emad pode auxiliar temporariamente pacientes com perfil de Atenção Básica, com problemas de adesão medicamentosa e vários efeitos colaterais do tratamento; ou de perfil de internação

hospitalar, como nos casos de preparo pré-operatório (fisioterapia respiratória para paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) que será submetido à cirurgia de médio a grande porte, ou reabilitação nutricional antes de cirurgia de ressecção gastrointestinal de paciente desnutrido, com dificuldades de acesso aos centros de especialidades).

Para que os processos de cuidados domiciliares se efetivem, a AD deverá atuar como área transdisciplinar na prática vivida e vivenciada pelos desafios que se impõe, na interação das mais diversas áreas do conhecimento:



4.2 CONDIÇÕES CLÍNICAS FREQUENTES EM ATENÇÃO DOMICILIAR

4.2.1 Síndrome da Imobilidade (SI)

A SI acomete aqueles que não conseguiram obter seu desenvolvimento neuromotor ou ceifa da capacidade funcional de indivíduos na plenitude de suas vidas. Como exemplos, as doenças perinatais com grande comprometimento motor (paralisia cerebral) e aquelas associadas a disfunções diversas (cognitivas, sensoriais, outras), a progressão das doenças neurodegenerativas como distrofias musculares, as sequelas de trauma pela violência urbana ou no trânsito, o enorme contingente de sequelados por doença cerebrovascular, a obesidade, as artropatias degenerativas, a fragilidade e, por fim, a epidemia de síndromes demenciantes nos países em processo de envelhecimento populacional acelerado, como é o caso do Brasil. Para uma grande parcela dos pacientes assistidos no domicílio, a regra é a concomitância de comorbidades, não apenas de duas ou três condições clínicas, em uma somatória de múltiplos problemas “pequenos” que pode acarretar disfuncionalidade.

Há protocolos de atendimento clínico domiciliar ou na rede ambulatorial para sequelados de doença cerebrovascular (NATIONAL STROKE FOUNDATION, 2010) e paraplegia, que podem auxiliar na capacitação de uma equipe generalista que começará a receber pacientes com esses perfis.

Quadro 1 – Complicações

FÍSICAS	Dor.
	Atrofia muscular.
	Piora de retrações tendíneas/articulares.
	Úlceras por pressão.
	Infecção respiratória.
	Incontinências/infecções urinárias.
	Obstipação intestinal.

Continua

	Osteoporose.
	Insuficiência arterial periférica.
	Tromboembolismo venoso (TEV).
PSICOSSOCIAIS	Isolamento social.
	Falta de acesso a serviços extradomiciliares.
	Depressão.
	Sobrecarga do cuidador.
	Custo financeiro e social, absenteísmo.

Fonte: SAS/MS.

4.2.2 Disfunções Cognitivas e Alterações Comportamentais

Como na Síndrome da Imobilidade, que basicamente é descrita como disfunção motora, as disfunções cognitivas abrangem da infância à velhice e podem acompanhar ou não as SIs, dependendo da condição clínica ou do estágio da doença. A criança que não é aquela esperada, ou o adulto ou idoso que deixa de ser quem era – este espectro sobre a identidade pode ser impactante de início na vida das famílias e cuidadores e, por outro lado, trazer outros significados nas relações de cuidado do mesmo núcleo familiar. Para ilustrar essa condição, existem as crianças geradas por mães sem assistência pré-natal adequada e que nascem com problemas congênitos, com síndromes genéticas (VASCONCELOS, 2004), os sequelados de trauma ou de acidente cerebrovascular, e outras doenças neurológicas degenerativas, com ênfase para as demências (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). São pacientes que não conseguem solicitar ajuda quando apresentam algum mal-estar ou agravo; por isso, a comunicação não verbal e a observação de mudanças na funcionalidade são essenciais na assistência a esses pacientes.

Quadro 2 – Complicações

FÍSICAS	Risco de lesão corporal (acidentes).
	Síndrome da Imobilidade.
	Falta de autocuidado.
	Acometimento de outras funções: disfagia, disfunções da marcha, esfinterianas e neurovegetativas.
PSICOSSOCIAIS	Alta dependência.
	Abuso e maus-tratos.
	Estresse do cuidador.
	Depressão.
	Custo financeiro e social, absenteísmo.

Fonte: SAS/MS.

4.2.3 Deficits Sensoriais

Pacientes com comorbidades que apresentam hipoacusia ou acuidade visual baixa têm alto risco de acidentes e dificuldades para o autocuidado. A equipe de Saúde deverá se adaptar ao contexto do paciente para potencializar

aspectos positivos do núcleo de cuidados, ao mesmo tempo em que deverá reconhecer limites e apoiar a família na reorganização do ambiente para que fique o mais funcional possível para o indivíduo com deficiência.

Aqueles com sensibilidade cutânea diminuída têm riscos de lesões traumáticas de membros, classicamente nos casos de pacientes portadores de neuropatia periférica e hanseníase.

Quadro 3 – Complicações comuns

FÍSICAS	Quedas.
	Acidentes.
	Erros na automedicação.
	Úlceras (diabética e hanseníase).
PSICOSSOCIAIS	Isolamento social.
	Alta dependência.
	Estresse do cuidador.
	Depressão.
	Confusão mental.
	Custo financeiro e social, absenteísmo.

Fonte: SAS/MS.

4.2.4 Doenças Respiratórias Crônicas

Neste grupo de pacientes, a hipóxia e a cor pulmonale, e ainda a retenção de CO₂ para casos mais graves, demandam atenção quanto à prevenção de intercorrências agudas, à monitorização de oxigenioterapia e aos cuidados paliativos na fase mais avançada. São os sequelados de DPOC, fibrose pulmonar, hipertensão pulmonar, neoplasias pulmonares, fibrose cística, bronquiectasias, cicatrizes pulmonares por tuberculose (TB) ou micoses pulmonares e os aspiradores crônicos. Alguns pacientes são elegíveis para o uso de aparelhos como inaladores, aspiradores, concentrador/cilindros para oxigenioterapia, ventilação não invasiva e cuidados crônicos com traqueostomia.

Quadro 4 – Complicações

FÍSICAS	Baixa capacidade funcional.
	Dispneia, tosse, escarro.
	Perda de memória, concentração, insônia e sonolência.
	Fadiga.
	Anasarca, ICC direita.
	Hérnias.

Continua

PSICOSSOCIAIS	Isolamento social.
	Alta dependência.
	Ansiedade.
	Estresse do cuidador.
	Depressão.
	Custo financeiro e social, absenteísmo.

Fonte: SAS/MS.

4.2.5 Doenças Respiratórias Agudas

É um grupo de doenças muito presente na assistência domiciliar, e há muitos anos é um dos principais motivos de procura às urgências e à hospitalização. Dentro do perfil que se beneficia com a abordagem domiciliar estão os pacientes que necessitam de tratamento de traqueobronquites e broncopneumonias, abscessos pulmonares, com possibilidade de antibioticoterapia (ATB) domiciliar pelo quadro clínico relativamente estável, sejam eles previamente hígidos ou pneumopatas crônicos, ou ainda portadores de outras doenças crônicas, como ICC, broncoaspiração crônica, entre outros.

Para o sucesso do cuidado, é importante garantir a administração de ATB nos horários corretos, e via de acesso quando prescritos medicamentos injetáveis, bem como a oxigenioterapia crônica ou por tempo reduzido, de acordo com a prescrição médica. Os cuidados com higiene brônquica são fundamentais, alguns pacientes que não a realizam espontaneamente podem necessitar de aspirador de secreções. Aos portadores de traqueostomia, deve-se estar atento e orientar bem os cuidadores para evitar formação de rolhas nas cânulas e o acúmulo de sujidade, o que levariam ao sufocamento e à reinfecção.

Cabe também oferecer retaguarda para intercorrências (farmacodermia, falha terapêutica com risco de evolução para sépsis, anafilaxia, flebites), higiene brônquica e tratamento adequado de broncoespasmo e dispneia. Nestes pacientes, há que se realizar reavaliação periódica e precoce para observar se ocorreu melhora clínica e se haverá necessidade de mudança do plano terapêutico.

Para casos novos de pneumonia no domicílio, deve-se avaliar se é adquirida na comunidade ou relacionada a serviços de Saúde, pois isso implica em abordagem diferenciada na prescrição de antibioticoterapia e prognóstico (LEVIN, 2011; MARTINS, 2012).

Quanto às escores de gravidade de pneumonia, é discutível a aplicação de protocolos para pacientes hígidos da comunidade e para pacientes mais fragilizados, com fatores de risco de agravamento específicos para esse perfil (NIEDERMAN, 2009). Valoriza-se, então, o conhecimento anterior da situação clínica do paciente que apresenta agudização, mudanças de seu estado funcional, avaliação com rica propedêutica, sua retaguarda de cuidados, recursos ambientais, da comunidade e do SAD, para se instituir terapêutica específica (COUTINHO, 2004; RAMSDELL, 2005; RICHARDS, 2005).

Outra condição respiratória aguda que pode ser tratada no domicílio é a congestão pulmonar – dependendo da agilidade e experiência da equipe e da segurança dos cuidadores, além de uma estabilidade clínica mínima do paciente. A administração de diuréticos e vasodilatadores, o tratamento de possíveis condições associadas

(como arritmias e angina pectoris/ICC isquêmica ou hipertensiva) pelos ajustes medicamentoso, dietético, de reabilitação, entre outros, podem estabilizar o quadro clínico e evitar internação desnecessária.

Para um paciente em cuidados paliativos que está nos últimos dias ou semanas de vida, a discussão sobre a conduta a ser tomada deve ser guiada para o conforto e para a preservação da dignidade do paciente, dentro dos limites do núcleo familiar e dos recursos existentes.

Os colonizados por germes multirresistentes tornam-se frequentes na AD; assim, o isolamento de contato inicial é preconizado quando recém-admitidos no domicílio e eliminam secreções de forma abundante (MCGOLDRICK, 2007; 2009).

Quadro 5 – Complicações

FÍSICAS	Atelectasia.
	Dispneia, tosse, escarro, febre, sépsis.
	Derrame pleural, dor pleurítica.
	Fadiga, anorexia.
PSICOSSOCIAIS	Alteração das rotinas da residência.

Fonte: SAS/MS.

4.2.6 Doenças Cardiovasculares

Há vários trabalhos científicos indicando que a AD reduz internações hospitalares por ICC descompensada, que também se constitui de uma das principais causas de hospitalização de adultos e idosos no Brasil. Somam-se às rotinas de cuidado domiciliar o ajuste terapêutico medicamentoso e a monitorização de função renal, os eletrólitos, o peso e o padrão respiratório. Alguns pacientes são elegíveis para fisioterapia respiratória – que previne atelectasias – e outros necessitarão de oxigenioterapia por curto prazo, nas descompensações agudas. Ainda na área de reabilitação, orientações para poupar energia e otimizar a participação do paciente em seu ambiente podem ser aplicadas. Na fase avançada, o controle de sintomas é fundamental.

Outra condição clínica muito comum no domicílio é a monitorização de pacientes com fibrilação atrial crônica e trombose venosa em anticoagulação oral com inibidores da vitamina K. São necessários protocolos de rotina laboratorial, orientação de correção precoce da dose de varfarina e condutas para eventual intoxicação cumarínica. A orientação dietética, a revisão de polifarmácia e o uso de medicina natural (fitoterapia), a prevenção de reação adversa a medicamento (RAM) e de acidentes que propiciem sangramento e a aderência medicamentosa devem ser lembrados na avaliação dos pacientes anticoagulados (JAFFER, 2006; SCOTTISH..., 2012).

No domicílio, também se usa heparinas não fracionadas e as de baixo peso molecular, e os controles de efeitos colaterais e eficácia terapêutica devem permanecer, além da monitorização da técnica de aplicação via subcutânea. Os novos anticoagulantes inibidores da trombina ou Fator Xa, por via oral, poderão se tornar uma alternativa de anticoagulação menos invasiva no futuro, porém deve-se levar em conta que não há antídotos para essa nova classe e a interação com outras drogas antitrombóticas pode propiciar hemorragias (CHEN, 2012).

Quadro 6 – Complicações

FÍSICAS	Atelectasia.
	Dispneia, tosse.
	Derrame pleural.
	Fadiga, anorexia.
	Anasarca, edema de MMII, TEV.
	Imobilidade.
	Úlceras por pressão.
Anemia/sangramento (uso de antitrombóticos).	
PSICOSSOCIAIS	Alteração das rotinas da residência.
	Depressão.
	Alta dependência.
	Estresse do cuidador.
	Custo financeiro e social, absenteísmo.

Fonte: SAS/MS.

4.2.7 Infecções de Trato Urinário (ITUs)

Os portadores de bexiga neurogênica com resíduo miccional, hiperplasia prostática benigna, cateterismo vesical, fístulas enterovesicais (neoplásicas e doença diverticular complicada), prolapso uterino grave, litíase renal (coraliforme) e o uso de fraldas ou dispositivo urinário masculino tipo condom “uripen” são acometidos com frequência por ITU (SCOTTISH ..., 2012). Higiene íntima, cuidados com técnicas de sondagem e medidas comportamentais para evitar uso de fraldas, “uripen” e retenção urinária são primordiais para evitar a recorrência. Os cuidados quanto ao acesso de infusão de ATB injetável e controles sobre falha ou sucesso terapêutico, além das reações adversas pelo uso de ATB, devem ser monitorados pela equipe. Uma questão que deve ser levantada é a bacteriúria assintomática, condição comum a idosos e neuropatas, que não deve ser tratada quando não há sinais ou sintomas clínicos de ITU. Novamente, aqui se repete a orientação de isolamento de contato aos pacientes colonizados por germes multirresistentes sem contenção adequada das eliminações, como mencionados no item sobre doenças respiratórias agudas.

Quadro 7 – Complicações

FÍSICAS	Disúria.
	Hematúria.
	Lombalgia, dor em baixo ventre.
	Piora da função renal.
	Sépsis.
	Fibrose vesical, perda da capacidade de contração do detrusor nas ITUs de repetição.

Continua

Conclusão

PSICOSSOCIAIS	Isolamento social.
	Depressão.
	Alta dependência.
	Estresse do cuidador.
	Custo financeiro e social, absenteísmo.

Fonte: SAS/MS.

4.2.8 Feridas e Outras Afecções de Partes Moles

No surgimento das úlceras por pressão (UPs), vários fatores de riscos devem ser considerados: Síndrome da Imobilidade, má perfusão tecidual (ICC, sépsis), anemia, desnutrição, hipóxia, *deficit* cognitivo e *deficit* de comunicação. Por isso, as intervenções para prevenção e tratamento são interdisciplinares.

Outros tipos de úlceras que devem ser monitoradas no domicílio: diabéticas, com ênfase na flora polimicrobiana, úlceras de estase que necessitam de medidas de diminuição do edema e melhora do retorno venoso, e úlceras por insuficiência arterial periférica, que podem se beneficiar de tratamento de revascularização, úlceras ou feridas cirúrgicas/pós-operatórias e, por fim, as úlceras tumorais. É claro que haverá situações com fisiopatologias múltiplas concomitantes e caberá à equipe clínica estar atenta para conduzir estes casos com maior pertinência, seja nos encaminhamentos a especialistas, seja nas intervenções junto das famílias ou na elaboração de plano terapêutico adequado e exequível. Úlceras exsudativas, extensas, são focos de germes e a avaliação do risco de disseminação deve ser novamente realizada, principalmente após internação nosocomial.

No domicílio, é comum o tratamento de infecções de partes moles (erisipela, celulite) e de osteomielite.

Linfedema e suas complicações ocorrem na vigência de estase venosa ou linfática crônica, ou na hipalbuminemia, e os cuidados crônicos podem aliviar muito os sintomas e as complicações decorrentes.

Quadro 8 – Complicações

FÍSICAS	Dor.
	Anemia.
	Deformidades.
	Infecções (celulites, osteomielite, sépsis).
	Odor.
	Perda de membros, piora funcional.
PSICOSSOCIAIS	Isolamento social.
	Depressão.
	Alta dependência.
	Estresse do cuidador.
	Custo financeiro e social, absenteísmo.

Fonte: SAS/MS.

4.2.9 Reabilitação Neurofuncional e Motora

Quando o paciente é admitido na AD, é levantada a necessidade de reabilitação e o prognóstico. É importante que a equipe interdisciplinar reconheça quais são as condições passíveis de intervenção e elencar quais clientes deveriam receber uma intensificação da reabilitação, principalmente nos casos de agudização, ou encaminhamento a centros de média e alta complexidade. A discussão sobre o prognóstico, com paciente e cuidadores, ocorre após a avaliação do potencial de reabilitação, estímulo das capacidades presentes, superação de limitações e reconhecimento dos limites físicos, emocionais, educacionais e profissionais (ARES, 2007; YAMAGUCHI, 2010).

Quadro 9 – Condições comumente abordadas na reabilitação no domicílio

Condição avaliada	Profissionais envolvidos (*)
Marcha	FISIO, TO, ENF, MED
Higiene brônquica	FISIO, FONO, ODONTO, ENF, MED, TE
Manejo do linfedema	FISIO, ENF, MED, TE
Transferências	FISIO, ENF, TO, MED, TE
Posicionamento deitado e sentado	FISIO, ENF, TO, MED, TE
Acesso à protetização e órteses	FISIO, TO, ODONTO, ENF, MED, SS, FONO, PSICO
Autocuidado	FISIO, TO, ENF, MED, PSICO, FONO, NUTR, FARM, TE
Motricidade: ganhos funcionais e prevenções de complicações	FISIO, TO, ODONTO, ENF, MED, SS, FONO, PSICO, NUTR, TE
Disfagia	FONO, FISIO, NUTR, ODONTO, ENF, MED, TE
Distúrbios de comunicação	FONO, TO, ENF, PSICO, MED, SS, TE
Atividades lúdicas, artísticas, laborais, que remetam à história biográfica do paciente	TO, ENF, PSICO, SS

Fonte: SAS/MS.

(*) Profissionais comumente envolvidos: fisioterapeuta (FISIO), terapeuta ocupacional (TO), enfermeiro (ENF), médico (MED), técnico de Enfermagem (TE), dentista (ODONTO), assistente social (SS), nutricionista (NUTRI), psicólogo (PSICO), fonoaudiólogo (FONO), farmacêutico (FARM).

4.2.10 Reabilitação Nutricional

Complicações de comorbidades, internações hospitalares recentes e uso de polifarmácia pioram o risco de agravos na saúde. Um deles é a desnutrição, muitas vezes subvalorizada na avaliação hospitalar e nas emergências. Prediz risco de morbimortalidades associadas a outras condições clínicas. Ao contrário, no domicílio e em outros ambientes de cuidados crônicos, dá-se muita ênfase ao tema, pois não é possível reabilitação em geral sem terapia nutricional adequada (LEVY, 2003; YAMAGUCHI, 2010).

Outro problema grave nutricional é a obesidade como causa da Síndrome da Imobilidade, e geralmente os pacientes nessa condição apresentam múltiplas comorbidades (diabetes melito, dislipidemia, hipertensão, depressão/ansiedade, dor em articulações de carga, apneia do sono).

No final da vida, a discussão sobre alimentação deverá ser feita pela equipe com o paciente e os cuidadores, pois há vários determinantes que são específicos caso a caso – os objetivos de conforto e prazer da alimentação, se possível manter, são prioritários.

Quadro 10 – Complicações

FÍSICAS	Baixa capacidade funcional.
	Baixa imunidade.
	Dermatite tipo intertrigo (obesidade).
	Morbimortalidade.
	Vários problemas metabólicos.
	Úlceras de pele
PSICOSSOCIAIS	Autocuidado comprometido.
	Ansiedade.
	Estresse do cuidador.
	Depressão.
	Custo financeiro e social, absenteísmo.

Fonte: SAS/MS.

4.2.11 Constipação

As dificuldades de ingestão de fibras, hidratação, polifarmácia e a Síndrome de Imobilidade podem agravar situações de obstipação intestinal crônica. Pacientes neuropatas, desnutridos ou sarcopênicos, que apresentam fadiga (ICC, DPOC), não têm força adequada para realizar a prensa abdominal.

Os usuários de opioides, drogas anticolinérgicas como antidepressivos tricíclicos ou escopolamina, ou de diuréticos ou restrição hídrica, demandam o uso de laxativos crônicos em muitos casos.

Com a evolução da constipação, decorrem a distensão abdominal, a piora da aceitação alimentar, o refluxo gastroesofágico, as cólicas, e, por fim, com a formação do fecaloma, a infecção urinária e a temível obstrução intestinal, com risco do paciente ser submetido à cirurgia de urgência por abdômen agudo obstrutivo (FIGUEIREDO, 2012). Assim, a monitorização das eliminações de fezes é importantíssima, de fácil intervenção, para evitar agravos que pioram muito as condições de saúde dos nossos pacientes.

Quadro 11 – Complicações

FÍSICAS	Distensão abdominal com refluxo esofágico e dispneia.
	Diarreia paradoxal.
	Lombalgia, dor em baixo ventre.
	Obstrução intestinal, sofrimento/perfuração de alça e sépsis.
	Infecção urinária de repetição.

Continua

PSICOSSOCIAIS	Rejeição ao alimento.
	Depressão.
	Ansiedade, agitação e nervosismo.
	Estresse do cuidador.
	Custo financeiro e social, absenteísmo.

Fonte: SAS/MS.

4.2.12 Transtornos de Saúde Mental

Adoecer requer capacidade adaptativa tanto do paciente como de seu entorno. A presença de doenças crônicas aumenta a frequência de distúrbios de ansiedade, humor, baixa autoestima, estresse do cuidador. Entre eles, a depressão causa extremo impacto, pois pacientes deixam de se cuidar, não veem sentido na recuperação, mesmo que parcial, e esforços dos cuidadores parecem em vão. A partir daí, o binômio paciente–cuidador adoecer ainda mais, e deve-se tomar cuidado para a equipe de Saúde não se afastar, ao não reconhecer que muitos casos de má aderência podem estar associados a quadros depressivos.

A equipe de AD pode se deparar com a necessidade de visitas a pacientes com distúrbio de pânico (agorafobia), em crise de delírio persecutório, ou em negação ou incompreensão total da sua situação de adoecimento (alguns se enquadram na Síndrome de Frontalização) e se negam a sair de casa para tratamento. Alguns casos de aderência medicamentosa em saúde mental só ocorrem quando uma equipe assistencial visita a residência do paciente e seus cuidadores, cria-se vínculo e corresponsabilidade para o tratamento – nesses casos, o matriciamento com retaguarda psiquiátrica seria ideal.

O abuso de álcool e outras drogas ilícitas fazem parte do rol dos transtornos de saúde mental, em paralelo a um quadro psiquiátrico clássico ou como causas de manifestação das síndromes: depressão, ansiedade ou psicose.

Abaixo, mais alguns diagnósticos diferenciais de causas de transtornos mentais orgânicos (MENON & CUSTÓDIO, 2012), principalmente no contexto de comorbidades e polifarmácia:

Depressão: hipo e hipertireoidismo, distúrbios hidroeletrólíticos, endocrinopatias, deficiências nutricionais (B12, folato e outros), uso crônico de corticoide com retirada abrupta (insuficiência adrenal secundária), infecções subagudas do SNC (neurotuberculose e neurosífilis, HIV), tumores de SNC, hematoma subdural, vasculites, RAM (propranolol, metildopa, clonidina, opioide, barbitúrico etc).

- Ansiedade: hiper e hipotireoidismo e outras endocrinopatias, distúrbios hidroeletrólíticos, epilepsia, lesões estruturais do cérebro (AVE, tumores, vasculite, encefalite), demências, hipóxia, hipoglicemia, abstinência de substâncias, RAM (reação paradoxal a medicamentos psicotrópicos, beta-agonistas, alfamiméticos, corticoterapia).
- Psicose: drogas antiparkinsonianas, demências reversíveis e não reversíveis, epilepsia (lobo temporal), anticolinérgicos, lesões estruturais do cérebro (AVE, tumores, vasculite, encefalite), distúrbios hormonais e hidroeletrólíticos, distúrbios nutricionais.

Quadro 12 – Complicações

FÍSICAS	Piora clínica e funcional.
	Desnutrição.
	Desidratação.
	Acidentes por agitação.
	Agressão física.
PSICOSSOCIAIS	Autocuidado comprometido.
	Isolamento social.
	Estresse do cuidador.
	Custo financeiro e social, absenteísmo.

Fonte: SAS/MS.

4.2.13 Iatrogenias

Iatrogenias são afecções decorrentes da intervenção do médico e/ou de membros da equipe assistencial, seja ela certa ou errada, justificada ou não, mas da qual resultam danos à saúde do paciente (CARVALHO-FILHO, 1998). A síndrome iatrogênica não é só uma das grandes síndromes geriátricas, mas também acomete outras faixas etárias, principalmente populações fragilizadas com a diminuição de suas reservas funcionais, portadores de comorbidades, que têm problemas de comunicação, entre outros.

Qualquer profissional pode realizar iatrogenias, as quais podem ser classificadas como de ação, quando o paciente sofre a consequência de uma intervenção de membro(s) da equipe, ou de omissão, quando o paciente sofre pela falta de conduta que iria beneficiá-lo certamente. O enfoque principal é evitar agravos na saúde do paciente, pois as iatrogenias são passíveis de PREVENÇÃO em vários estudos sobre o tema (YAMAGUCHI, 2010).

Dependendo da população atendida e do perfil da equipe assistencial, os grupos de iatrogenias principais descritos em cada serviço de AD podem variar entre os seguintes:

- Efeitos colaterais de medicamentos comumente prescritos – as reações adversas a medicamentos (RAMs), entre os mais comuns as drogas cardiovasculares, os hipoglicemiantes, os psicotrópicos, o anticoncepcivo oral, os antibióticos, o tratamento antirretroviral (Tarv) e os antituberculostáticos, a depender dos mais prescritos e frequentes em cada equipe de AD. Em especial, os idosos são mais suscetíveis à RAM e também há mais pesquisas neste perfil populacional. A clássica lista de medicamentos inapropriados para idosos de Beers e Fick sofreu atualização recente, com inclusão de mais fármacos (THE AMERICAN..., 2012; BEERS..., 2012).
- Efeitos indesejáveis de medicamentos que podem ocorrer por má técnica de aplicação, diluição incorreta, monitorização ausente ou inadequada, entre outros. Veja o caso abaixo para exemplificar:

Sr. E. M. R., 78 anos, idoso com ICC mais pós-operatório tardio de artroplastia de quadril com infecção em sítio cirúrgico – depois do oitavo dia de vancomicina, ficou 24 horas sem recebê-la pois o estoque da farmácia da AD havia acabado. Com a reintrodução do antibiótico, apresentou celulite.

- Procedimentos invasivos no domicílio: flebites, falsos trajetos nas sondas vesicais de demora (SVDs), laceração de reto na aplicação de clisteres, broncoaspiração após passagem de sonda nasoenteral (SNE) em via aérea (ou o deslocamento da sonda após episódios de vômito ou tosse).
- Comunicação entre equipe e paciente/cuidador ineficaz: por ser traumática, inadequada, usar linguajar extremamente técnico, em críticas com agressividade, não compreensão do contexto do paciente e cuidador, retaliação por parte da equipe.
- Erro profissional (decorrente de imperícia, imprudência, negligência), e eventos adversos além das RAMs, esses relacionados a complicações do tratamento mesmo em condições de sua correta aplicação. A certeza da aplicação das condições ideais (até então conhecidas) não é possível na maioria dos casos de iatrogenia do tipo evento adverso; por isso, a vigilância, a notificação, a reflexão e a ação, e o aprender com o erro são essenciais nessa abordagem de cuidados à saúde.

No cuidado domiciliar, uma situação ímpar é a iatrogenia praticada pelo cuidador, que se torna peça-chave no processo de cuidado. A orientação correta do aprendizado e a atenta observação da prática realizada pelo cuidador e pela equipe assistencial são primordiais; e o levantamento dos limites e as possibilidades de atuação dos cuidadores devem ser avaliados individualmente, caso a caso – a equipe de AD é corresponsável e deve saber gerenciar os riscos de agravos que podem ocorrer nesta triangulação paciente–cuidador–equipe.

4.2.14 Neoplasias

Haverá situações em que o paciente oncológico será encaminhado à AD não só na fase de cuidados paliativos (CPs) exclusivos, e sim nas fases de tratamentos curativo e paliativo concomitantes. Um ótimo conhecimento clínico da evolução da doença de base, a comunicação com as equipes de onco/radio e cirurgia para abordagem integral do usuário são importantes para o andamento do tratamento domiciliar. Dependendo do diagnóstico do paciente encaminhado, alguns cuidados clínicos comuns são levantados: cuidados com ostomias (traqueo, gastro, jejuno, colostomia, nefro e cistostomia), feridas tumorais, tratamentos das sequelas de radio e quimioterapia, controles metabólicos, abordagem de reabilitação, controle de dor e outros sintomas, prevenção de lesões ósseas (bifosfonados), prevenção de acidentes contra fraturas ósseas para portadores de metástases ósseas. Nesses pacientes, são esperadas intercorrências como dor intensa e assídua, hemorragias, dispneia e outros – sua abordagem específica está no capítulo de Cuidados Paliativos deste Manual.

Quadro 13 – Complicações

FÍSICAS	Desnutrição e caquexia.
	Dor incontrolável.
	Fraturas e escaras.
	Imobilidade e atrofia.
	Baixa capacidade funcional.
	Baixa imunidade.
PSICOSSOCIAIS	Isolamento social.
	Depressão.
	Alta dependência.
	Estresse do cuidador.
	Custo financeiro e social, absenteísmo.

Fonte: SAS/MS.

4.2.15 Doenças Infectocontagiosas Crônicas

Frequentemente em AD, de forma especial nos usuários mais frágeis, dependentes e terminais, existem infecções crônicas recidivantes ou agudizadas. Entre as mais frequentes são a Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (Sida), tuberculose, hanseníase, osteomielite e malária. Nesses casos, o monitoramento dos contactantes é facilitado com a visita domiciliar, assim como a aderência medicamentosa. Para aqueles que preenchem critérios de CP, seja pela doença de base muito avançada, ou pela associação de comorbidades, a abordagem integral e individualizada em domicílio pode trazer ganhos inquestionáveis.

As complicações físicas e psicossociais dependerão da doença de base.

4.2.16 Síndrome da Fragilidade

As diminuições das reservas funcionais de diversos sistemas que ocorrem com o envelhecimento podem submeter um idoso, e em geral o muito idoso (maior que 80 anos), a grandes agravos caso a sua delicada homeostase, ou equilíbrio frágil de suas funções vitais seja quebrado – a essa condição se nomeia fragilidade ou Síndrome da Fragilidade, pois suas causas são multifatoriais. Pode se manifestar clinicamente como perda de peso, diminuição da resistência, diminuição da força e lentificação psicomotora – tudo isso associado ou não a várias comorbidades e/ou incapacidades (BRASIL, 2006).

Cada idoso se apresentará de forma ímpar, e caberá à equipe clínica o julgamento correto da situação para decisões compartilhadas sobre tratamentos possíveis, prevenção de iatrogenias e prognóstico, principalmente quando se trata de idoso portador de múltiplas comorbidades (THE AMERICAN..., 2012).

Há trabalhos que indicam que a reabilitação nutricional, os exercícios para fortalecimento muscular e o tratamento individualizado das comorbidades conseguem evitar a derrocada em espiral descendente para a fase final, pelo menos por algum tempo, com o objetivo de melhora da qualidade de vida (KO, 2011).

A abordagem da Síndrome da Fragilidade pode ser dividida em focos diferenciados de gestão em Saúde para populações distintas: triagem na Atenção Básica dos indivíduos com risco de fragilidade; para aqueles que já manifestam a síndrome, intervenções específicas em nutrição, atividade física, adequação diagnóstica e terapêutica e apoio psicossocial; e, por fim, na fragilidade com várias comorbidades e piora funcional sem resposta às intervenções reabilitadoras, a proposta de cuidados paliativos seria mais adequada (BOOCKVAR; MEIER, 2006).

Quadro 14 – Complicações

FÍSICAS	Quedas.
	Acidentes.
	Erros na automedicação.
	Baixa capacidade funcional.
	Baixa imunidade.
	Aumento da morbimortalidade.
PSICOSSOCIAIS	Isolamento social.
	Dependência progressiva.
	Estresse do cuidador.
	Depressão.
	Confusão mental.
	Custo financeiro e social, absenteísmo.

Fonte: SAS/MS.

4.2.17 Síndromes Neurológicas da Infância ao Envelhecimento

Síndromes neurológicas com acometimento de múltiplos sistemas, não só afetando aspectos cognitivos, comportamentais e de mobilidade, como já mencionado, são frequentes na AD, desde o período neonatal até a idade avançada. As lesões do sistema nervoso podem ser muito graves já na sua instalação (AVE ou traumatismo craniano) ou progressivas (neurodegenerativas). São as crianças com sequelas pelas repercussões hipóxico-isquêmicas secundárias a partos laboriosos, malformações congênitas, teratogenicidade, infecções e doenças genéticas. Na infância tardia à fase adulta, vêm as lesões encefálicas adquiridas (infecciosas, traumáticas, vasculares), as doenças neuromusculares (distrofias musculares, doença do neurônio motor) e os traumas medulares.

Na velhice, há o grande predomínio das doenças cerebrais degenerativas, entre elas as doenças cerebrovasculares, as demências (Alzheimer, mista, de Lewy, frontotemporal) e as extrapiramidais (Parkinson, atrofia de múltiplos sistemas, paralisia supranuclear progressiva etc.).

Em ambas, há uma forte associação com a restrição ao leito e com problemas respiratórios associados, que ocorrem por repercussões neurológicas na deglutição e na dinâmica respiratória. Este é um grupo de risco para internações prolongadas, iatrogenias e infecções hospitalares, sendo alvo prioritário da AD.

Quadro 15 – Complicações

FÍSICAS	Anorexia.
	Síndrome da Imobilidade.
	Dispneia, tosse, escarro e aspiração.
	Infecção respiratória.
	Falta de autocuidado.
	Úlceras por pressão.
	Incontinências/infecções urinárias.
	Fecaloma.
	Convulsões.
PSICOSSOCIAIS	Isolamento social.
	Alta dependência.
	Estresse do cuidador.
	Depressão.
	Confusão mental.
	Custo financeiro e social.
	Maus-tratos e abuso.

Fonte: SAS/MS.

4.2.18 AD Materno-Infantil (Rede Cegonha)

A AD ao binômio mãe–filho faz-se presente especialmente em SAD sediados em maternidades ou hospitais gerais. Trata-se de uma estratégia que pode ser complementar ao projeto da Rede Cegonha, na medida em que mantém o vínculo materno–neonato em um período crítico, favorecendo o aleitamento materno e a vivência da maternidade, interrompidas pela hospitalização especialmente do recém-nascido.

Esse cuidado é direcionado em especial a neonatos com indicação de fototerapia, prematuros e/ou de muito baixo peso, que necessitem de antibioticoterapia venosa e de terapia respiratória não invasiva, além de cuidados a lactentes com *deficit* neurológico, traqueostomizados ou gastrostomizados (LOPES; MOTA; COELHO, 2007). Para a mãe, as indicações referem-se a complicações do parto, tais como a infecção puerperal, as complicações de pós-operatório ou outras (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2012).

Quadro 16 – Complicações

FÍSICAS	Agravamento de infecções puerperais.
	Desidratação neonatal (se em fototerapia).
	Dificuldade de acesso venoso (neonato).
	Desmame precoce.
	Aspiração.
	Vide complicações específicas dos quadros correlatos.

Continua

PSICOSSOCIAIS	Depressão pós-parto.
	Rejeição ao neonato.
	Estresse do cuidador.
	Custo financeiro e social.

Fonte: SAS/MS.

4.2.19 Doenças Osteomusculares: Osteoartrite, Osteoporose, Dor Muscular

Fora a condição de insuficiência respiratória crônica, as doenças osteomusculares estão entre as que mais causam incapacidade na população geriátrica (LEBRÃO; DUARTE, 2003), com evolução insidiosa.

Os idosos mais velhos têm dificuldade de sair de suas residências para buscar ajuda médica, que, na maioria das vezes, se resume à prescrição de analgésicos de controle parcial da dor – muitos não têm condição de benefício clínico com as cirurgias de artroplastias, tanto pelas comorbidades presentes como também pelas múltiplas articulações acometidas. Quando encaminhados à AD, em uma situação de maior fragilidade, nem sempre se beneficiam de medicamentos que alteram o curso da doença, pelos efeitos colaterais ou longo período de instalação dos efeitos de drogas que agem nessa linha.

As dificuldades de locomoção podem restringir também as atividades básicas de vida diária, favorecer quedas, incontinências e isolamento social e, por fim, depressão e Síndrome da Imobilidade. O ajuste da prescrição analgésica, as adaptações ambientais, o uso de dispositivos de marcha quando possíveis, o suporte social para as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e as atividades básicas de vida diária (ABVD) e a fisioterapia para aqueles com prognóstico de melhora em relação ao fortalecimento muscular e à melhora postural são ferramentas imprescindíveis no manejo dessa condição clínica.

Quadro 17 – Complicações

FÍSICAS	Dor crônica e suas conseqüências.
	Deformidades.
	Comprometimento da mobilidade progressivo.
	Quedas.
	Restrição da autonomia.
	Incontinências.
PSICOSSOCIAIS	Autocuidado prejudicado.
	Isolamento social.
	Estresse do cuidador.
	Custo financeiro e social.
	Depressão.
	Absenteísmo ao trabalho.

Fonte: SAS/MS.

REFERÊNCIAS

- ARES, M. J. J. Associação de Assistência à Criança Deficiente (palestra). Mesa redonda: reabilitação: limites e conquistas: a avaliação das principais instituições. In: CONGRESSO INTERDISCIPLINAR DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (CIAD), 6., 2007, São Paulo. **Anais eletrônico**. [Livro Eletrônico]. São Paulo: TVMED, 2007. DVD 13.
- BOOCKVAR, K. S.; MEIER, D. E. Palliative care for frail older adults: “there are things I can’t do anymore that I wish I could...”. **JAMA**, Chicago, v. 296, n. 18, p. 2245-2253, 8 Nov. 2006. doi:10.1001/jama.296.18.2245.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/3/1/013-CAB_19_Envelhecimento_Saude_Pessoa_Idosa.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2010.
- CARVALHO-FILHO, E. T. et al . Iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 1, Feb. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 out. 2012.
- CHEN, B. C. et al. Hemorrhagic complications associated with dabigatran use. **Clinical toxicology**, New York, 2012 Sep 12. doi: 0.3109/15563650.2012.721888
- CONGRESSO BRASILEIRO INTERDISCIPLINAR DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR (CIAD), 6., 2007, São Paulo. **Anais do 6º CIAD**. São Paulo, 2007. 1 CD-ROM.
- _____, 7., 2008, São Paulo. **Anais do 7º CIAD**. São Paulo, 2008. 1 CD-ROM.
- _____, 8., 2009, São Paulo. **Anais do 8º CIAD**. São Paulo, 2009. 1 CD-ROM.
- _____, 9., 2010, São Paulo. **Anais do 9º CIAD**. São Paulo, 2010. 1 CD-ROM.
- _____, 10., 2011, São Paulo. **Anais do 10º CIAD**. São Paulo, 2011. 128 p.
- COUTINHO, A. P.; PEREIRA, C. R.; FEIJÓ, R. D. F. (Coord.). **Prevenção e controle de infecções associadas à assistência médica extra-hospitalar**: ambulatorios, serviços, diagnósticos, assistência domiciliar e serviços de longa permanência. São Paulo: APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2004.
- FIGUEIREDO, A. M. Abdome agudo não traumático: inflamatório e obstrutivo. In: BIROLINI, D; ATALLAH, AN (Ed.). **Atualização terapêutica de Prado, Ramos e Valle**: urgências e emergências – 2012/2013. 24. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2012. p .267-272.
- HIGA-TANIGUCHI et al. Atenção domiciliar. In: MARTINS, M. A. et al (Ed.). **Clínica médica**: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria, medicina laboratorial na prática médica. Barueri, SP: Manole, 2009. v. 1, p. 130-139.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. **Pid-neo**, 2012. Disponível em: <<http://www.sofiafeldman.org.br/atencao-a-crianca/pid-neo/>>. Acesso em: 6 abr. 2012.

_____. **Casa da Gestante Zilda Arns**, 2012. Disponível em: <<http://www.sofiafeldman.org.br/atencao-a-mulher/pid-obs/>>. Acesso em: 6 abr. 2012.

JAFFER, A. K.; BROTMAN, D. J. Prevention of Venous Thromboembolism in the Geriatric Patient. **Clinics in geriatric medicine**, Philadelphia, v. 22, n. 1, p. 93-111, Feb. 2006.

KAO, H.; CONANT, R.; SORIANO, T.; McCORMICK, W. The past, present, and future of house calls. **Clinics in geriatric medicine**, Philadelphia, v. 25, p. 19-34, 2009.

KO, F. C. Y. The Clinical Care of Frail, Older Adults. **Clinics in geriatric medicine**, Philadelphia, v. 27, n. 1, p. 89-100, Feb. 2011.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. D. **SABE – Saúde, bem estar e envelhecimento**: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2003. Disponível em: <<http://hygeia.fsp.usp.br/sabe/Publicacoes.html>>. Acesso em: 15 set. 2012.

LEVIN, A. S. et al. **Guia de utilização de anti-infecciosos e recomendações para a prevenção de infecções hospitalares**. 5. ed. São Paulo: Hospital das Clínicas, 2011. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/adm/dc/gcih/manual_antiiinfeciosos/manual_antiiinfeciosos_2012_2014.pdf>. Acesso em: 6 out. 2012.

LEVY, J. A. ; OLIVEIRA, A. S. B. (Ed.). **Reabilitação em doenças neurológicas**: guia terapêutico prático. São Paulo: Atheneu, 2003.

LOPES, T. C.; MOTA, J. A. C.; COELHO, S. Perspectivas de um programa de internação domiciliar neonatal no Sistema Único de Saúde. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 23-28, jul./ago. 2007.

MAHMUD, S. J.; MANO, M. A. M.; LOPES, J. M. C. Abordagem comunitária: cuidado domiciliar. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 255-264.

MARTINS, H. S. et al. (Ed.). **Emergências clínicas: abordagem prática**. 7. ed. Barueri, SP: Manole, 2012.

MARELLI, T. M. (Ed.). **Handbook of Home Health Standards: quality, documentation, and reimbursement**. 5th ed. St Louis: Elsevier Mosby, 2012.

MCGOLDRICK, M. Isolation Precautions and Management of the Patient with MRSA in the Home Setting. **Caring**, Washington, D.C., v. 28, n. 5, p. 14-18, 2009. Disponível em: <<http://www.homecareandhospice.com/Resource%20>

_____; RHINEHART, E. Managing multidrug-resistant organisms in home care and hospice: surveillance, prevention, and control. **Home Health Nurse**, [S.l.], v. 25, n. 9, p. 580-586, Oct. 2007.

Center%20docs/McGoldrick%20Publications/McGoldrick_Isolation_Precautions_%20Mgmt_of_Patient_with_MRSA.pdf>. Acesso em: 15 set. 2012.

MENON, M. A.; CUSTÓDIO, O. Abordagem psiquiátrica dos quadros sintomáticos e dos estados demenciais. In: BORGES DR (Ed.). **Atualização terapêutica de Prado, Ramos e Valle**: diagnóstico e tratamento – 2012/2013. 24. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2012. p. 1735-1741.

MORRIS, J. N. et al. **InterRAI clinical assessment protocols (CAPs) for use with community and long-term care assessment instruments**: version 9.1. Washington, DC: interRAI, 2010.

NIEDERMAN, M. S. Making sense of scoring systems in community acquired pneumonia. **Respirology**, [S.l.], v. 14, p. 327-335, 2009.

SMITH, K. L.; SORIANO, T. A.; BOAL, J. Brief communication: National quality-of-care standards in home-based primary care. **Ann. Intern. Med.**, [S.l.], v. 146, n. 3, p. 188-192, Feb. 2007.

NATIONAL STROKE FOUNDATION. **Clinical Guidelines for Stroke Management**. Melbourne, Australia, 2010. Disponível em: <http://strokefoundation.com.au/site/media/clinical_guidelines_stroke_management_2010_interactive.pdf> Acesso em: 22 set. 2012.

RAMSDELL, J.; NARSAVAGE, G. L.; FINK, J. B. Management of community-acquired pneumonia in the home: an American College of Chest Physicians Clinical Position Statement. **Chest**, Chicago, v. 127, n. 5, p. 1752-1763, 2005.

RICHARDS, D. A. et al. Home management of mild to moderately severe community-acquired pneumonia: a randomised controlled trial. **Medical Journal of Australia**, Sydney, v. 183, p. 235–238, 2005. Disponível em: <<https://www.mja.com.au/journal/2005/183/5/home-management-mild-moderately-severe-community-acquired-pneumonia-randomised>>. Acesso em: 5 out. 2012.

SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN). **Management of suspected bacterial urinary tract infection in adults**. Edinburgh: SIGN, 2012. (SIGN publication no. 88). [July 2012]. Disponível em: <<http://www.sign.ac.uk/0A3A6579-0704-41D2-AB23-2ACBD2AA11E5/FinalDownload/DownloadId-7C71DC30F992E820DF95D6017172388F/0A3A6579-0704-41D2-AB23-2ACBD2AA11E5/pdf/sign88.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2012.

_____. ^(a)**Antithrombotics**: indications and management. Edinburgh: SIGN, 2012. (SIGN publication no. 129). [August 2012]. Disponível em: <<http://www.sign.ac.uk/0A3A6579-0704-41D2-AB23-2ACBD2AA11E5/FinalDownload/DownloadId-EC5A0DFE8B5950948F47CE93D10F2FA9/0A3A6579-0704-41D2-AB23-2ACBD2AA11E5/pdf/SIGN129.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2012.

THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY EXPERT PANEL ON THE CARE OF OLDER ADULTS WITH MULTIMORBIDITY. Guiding Principles for the Care of Older Adults with Multimorbidity: An Approach for Clinicians. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, 19 Sep. 2012. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04188.x.

THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY 2012 BEERS CRITERIA UPDATE EXPERT PANEL. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 60, n. 4, p. 616-631, Apr. 2012. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.03923.x. Epub 2012 Feb. 29.

VASCONCELOS, M. M. Retardo mental. **J. Pediatr.**, Porto Alegre, v. 80, n. 2, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 out. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Dementia**: a public health priority. Geneva, WHO Press, 2012. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng.pdf>. Acesso em: 3 out. 2012.

YAMAGUCHI, A. M. et al. (Ed). **Assistência domiciliar**: uma proposta interdisciplinar. Barueri, SP: Manole, 2010.

**5 PROCEDIMENTOS
MAIS COMUNS NA
ATENÇÃO DOMICILIAR E A
SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO
DE TRABALHO**

5.1 INTRODUÇÃO

A relação de cuidado entre os sujeitos envolvidos na atenção domiciliar tem se mostrado importante desafio para os profissionais por se tratar de um ambiente não legitimado socialmente como campo de práticas da Saúde, diferentemente dos hospitais e outras instituições de Saúde, onde a equipe técnica se sente familiarizada e protegida pelas normas das instituições.

A produção do cuidado no domicílio exige dos profissionais maior implicação em reconhecer e respeitar a singularidade de cada família e desenvolver estratégias e intervenções terapêuticas diferenciadas, de acordo com a necessidade de cada paciente.

A atenção domiciliar incorpora novas práticas adequadas a esse novo ambiente, necessitando das tecnologias duras, leve-duras e leves, sendo as relações desenvolvidas em domicílio um bom exemplo de tecnologia leve, com a produção de vínculo, de autonomia e de acolhimento (MERHY, 2002). Deve-se destacar a importância da avaliação clínica para os cuidados no domicílio e na elaboração compartilhada do projeto terapêutico singular (PTS) – ver Capítulo 1, considerando o contexto familiar.

E como o trabalho em saúde resulta de um processo coletivo, realizado por um conjunto de profissionais com núcleos de saber específicos e distintos, faz-se necessário ressaltar a atuação em equipe no cuidado domiciliar; além da busca por romper com a prática fragmentada do trabalho em saúde e atuar com a visão centrada no usuário (MERHY, 2002).

Dessa maneira, fica evidente a necessidade da atenção multiprofissional/interdisciplinar com horizontalização das relações, possibilitando a contribuição de todos os saberes no cuidado ao usuário. As práticas clínicas cuidadoras com esses arranjos organizacionais proporcionam corresponsabilização da equipe, vinculação e socialização de conhecimentos.

No domicílio, como em outros espaços de cuidado, o diálogo entre equipe, família, cuidador e usuário permite interações que desencadeiam transformação nas relações de trabalho, compartilhamento e formação de compromissos para melhoria e integralidade da atenção. Logo, a construção do plano de cuidado na Atenção Domiciliar deve ser compartilhada por todas as partes e saberes envolvidos (usuário, família, cuidador e profissionais de Saúde).

À luz dos princípios discutidos acima, serão abordados, neste capítulo, os aspectos gerais acerca da normatização do processo de trabalho, sobretudo os relacionados ao trabalho da Enfermagem e os procedimentos mais comuns realizados no âmbito da Atenção Domiciliar.

Dessa forma, o objetivo aqui é ressaltar a importância da sistematização de alguns processos, com a construção e a utilização de protocolos, levando em consideração as singularidades no encontro entre equipe de Saúde e paciente; e também apontar procedimentos comuns na prática da AD. Com a clareza de que este material não esgota todos os aspectos a serem discutidos, estão elencadas, ao final do capítulo, várias leituras sugeridas no tópico “Para Saber Mais” e em “Referências Sugeridas”.

5.2 DIRETRIZES PARA A SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO DOMICILIAR

Rotinas e padrões são definidos com o objetivo de estabelecer diretrizes para o controle e a melhoria da qualidade. Assim, a padronização de algumas ações é uma diretriz detalhada que representa o atendimento previsível, apontando o que precisa ser melhorado nos processos e nos resultados das organizações (GUERRERO et al., 2008).

Dessa forma, “a falta de padronização dos procedimentos, a inexistência de normas e rotinas e a não utilização de metodologia da assistência [...] podem indicar desorganização do serviço [...] devido às diferentes formas de conduta profissional” (GUERRERO et al., 2008). A falta de padronização, além disso, pode levar a resultados variados ou dificultar o alcance dos resultados esperados. Então, padronizar possibilita, também, conhecer o “percurso” que levou a atingir o objetivo final, para que se consiga atribuir a esse resultado esperado a ação que levou a alcançá-lo.

Os instrumentos de normatização dos processos de trabalho em saúde têm como propósito orientar os profissionais de Saúde quanto às intervenções clínicas, baseados em evidência, na avaliação tecnológica, visando à garantia da qualidade do atendimento. Os instrumentos utilizados para normatizar são a base para a organização sistêmica dos serviços e as ferramentas indispensáveis para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos SADs (EDDY, 1990).

Orientados por diretrizes de natureza clínica, técnica, organizacional e política, têm, como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas e práticas exitosas.

A literatura recente apresenta vários instrumentos de normatização dos serviços, e a grande maioria dos estudos é sobre os protocolos de atenção à saúde. Entre esses, os protocolos de organização de serviços e os procedimentos operacionais padrão (POPs) têm como foco principal a padronização de condutas clínicas, ambientes, ambulatoriais e hospitalares, devendo contemplar também os serviços de Atenção Domiciliar.

É notório salientar que esses instrumentos devem seguir as diretrizes do Sistema Único de Saúde e os pressupostos da Atenção Domiciliar. São estratégias essenciais tanto no processo de planejamento, de implementação e de avaliação das ações quanto na padronização das ações e do processo de trabalho. Dessa forma, podem ser considerados elementos relevantes para a obtenção da qualidade dos serviços.

Alguns conceitos importantes no processo de normatização dos SADs são apresentados e, a seguir, são apontadas sugestões de instrumentos de normatização.

5.2.1 Protocolos

São as rotinas dos cuidados e das ações de gestão de determinado serviço, equipe ou departamento, elaborados a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas por profissionais experientes e especialistas em uma área, e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de Saúde.

Quanto à sua natureza, os protocolos podem ser clínicos e/ou de organização dos serviços.

5.2.1.1 Protocolos Clínicos

São instrumentos direcionadores à atenção à saúde dos usuários, apresentando características voltadas para a clínica, ações preventivas, promocionais e educativas. Dessa forma, esses protocolos poderão ser adaptados aos aspectos necessários às práticas de cuidado no domicílio.

5.2.1.2 Protocolos de Organização dos Serviços

São instrumentos da gestão dos serviços, abrangendo a organização do trabalho em uma unidade e no território. Devem contemplar os fluxos administrativos contidos na proposta dos serviços em rede, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção (marcação de consultas, referência e contrarreferência) e com outras instituições sociais.

5.2.2 Manual de Procedimentos

É a sistematização de todo procedimento operacional padrão (POP), neste caso, dos SADs. Consiste em uma coletânea de procedimentos e responsabilidades da equipe, devendo ser atualizados e revisados por profissionais habilitados na área específica de que trata o manual. O POP é a base para garantir padronização das tarefas e, conseqüentemente, assegurar aos usuários um serviço livre de variações indesejáveis na sua qualidade final. A seguir, no Quadro 1, alguns protocolos organizacionais para o processo de trabalho na AD.

Quadro 1 – Referência de protocolos organizacionais para o SAD

Protocolos organizacionais
Unidade de transporte do SAD
É de suma importância que o transporte operacional sanitário esteja sempre em boas condições de uso, pois uma falha em seu funcionamento causaria, no mínimo, um aumento no tempo de resposta, podendo até causar a interrupção do serviço, já que está presente e se faz essencial e obrigatório na quase totalidade das ações executadas. Dessa forma, cabe à gerência do SAD e às equipes manter o transporte em funcionamento e a operação, instituindo o protocolo com linhas gerais de como e quando o condutor/operador do transporte deve executar a manutenção, além de fixar alguns itens que devem ser observados na manutenção para o transporte dos materiais, equipamentos e limpeza.
Protocolo ou Manual da AD
Este manual deverá ser elaborado pelas equipes de AD e gestores, servindo como base para a estruturação e a manutenção do serviço, e estar de acordo com as legislações vigentes (Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011 e Resolução RDC Anvisa nº 11, de 26 de janeiro de 2006), sendo indispensáveis os seguintes itens: ✓ Conceitos, princípios e diretrizes gerais, que nortearão as ações e as atividades das equipes de AD; ✓ Adscrição da clientela; ✓ Modalidades de Atenção Domiciliar (AD) ofertadas pela equipe do SAD: AD1, AD2 e AD3; ✓ Critérios de inclusão e alta; ✓ Operacionalização da assistência; ✓ Registros – prontuários do serviço e domiciliar; ✓ Recursos humanos e atribuições da equipe; ✓ Inserção nas Redes de Atenção à Saúde; ✓ Inserção nas redes sociais; ✓ Identificação do cuidador;

Continua

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Termo de consentimento; ✓ Recursos de infraestrutura e apoio logístico; ✓ Controle e avaliação.
<p>Protocolo de diretrizes para gestão de insumos e medicamentos no SAD</p>
<p>Devem conter, em sua organização, as diretrizes que vão abranger padronização, especificação, classificação e dispensação dos itens inerentes às atividades desenvolvidas pelos profissionais. Para garantir a qualidade na assistência, os insumos e medicamentos devem ser transportados adequadamente e chegar ao usuário na quantidade, com o tipo e no momento oportuno.</p>
<p>Protocolo de biossegurança</p>
<p>A biossegurança trabalha a prevenção de acidentes biológicos e a prevenção da transmissão de infecções, por meio do uso adequado de medidas-padrão. O protocolo de biossegurança deve ser elaborado pela Comissão de Controle e Infecção Domiciliar (CCID) com as equipes do SAD e deve conter os padrões de biossegurança, controle de antimicrobianos e precauções, orientando as Emads/Emaps, usuários, cuidadores e familiares.</p>
<p>São ações que cabem ao SAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Padronização e disponibilização de equipamento de proteção individual (EPI) para Emad/Emap, cuidadores e familiares; ✓ Imunização dos profissionais das Emads/Emaps, dos cuidadores e familiares; ✓ Estabelecimento de fluxos e condutas em acidentes com perfurocortantes e exposição a material biológico; ✓ Em relação ao ambiente físico domiciliar, avaliação dos requisitos de infraestrutura do domicílio para segurança do usuário, família e Emad/Emap.
<p>Para garantir a segurança do usuário, em qualquer esfera de cuidado, alguns passos são considerados fundamentais, sendo eles: a identificação do paciente, a higienização das mãos, as conexões corretas (cateteres e sondas), o procedimento seguro, a administração segura de medicamentos, a comunicação efetiva, a prevenção de quedas e úlceras e outras questões para a segurança na utilização da tecnologia. Além disso, estimular o paciente, a família ou o cuidador a participar, de forma segura, da assistência prestada. Os profissionais devem conhecer os princípios da Norma Regulamentadora 32 (NR 32), que estabelece medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de Saúde, com o objetivo de prevenir os acidentes e o adoecimento causado pelo trabalho, eliminando ou controlando as condições de risco presentes nos serviços de Saúde (BRASIL, 2005). Esses princípios devem ser conhecidos e adaptados ao ambiente domiciliar.</p>
<p>As ações preventivas, como o uso de equipamento de proteção individual (EPI), a organização do ambiente de trabalho, o uso de outros tipos de proteção de maneira correta e, principalmente, a conscientização dos trabalhadores e dos empregadores podem minimizar e evitar danos à saúde de todos, ressaltando que as ações corretivas podem ser mais dispendiosas que as preventivas. No mundo inteiro, sobretudo na área da Saúde, propicia ação multidisciplinar, envolvendo responsáveis e coordenadores por essas ações, com o objetivo de diminuir os acidentes ocupacionais (MENDES; SAMPAIO; SAMPAIO, 2008).</p>
<p>Conforme a NR 32, o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) é uma ferramenta que deve conter a avaliação do local de trabalho e do trabalhador, considerando a finalidade e a descrição do local de trabalho, a organização e os procedimentos realizados. Neste, a possibilidade de exposição aos riscos, a descrição das atividades e funções de cada local de trabalho e as medidas preventivas aplicáveis ao seu acompanhamento (prevenção e controle dos riscos) devem ser atualizadas e revisadas anualmente ou sempre que houver alterações nas condições de trabalho.</p>

Conclusão

Na AD, poucos são os estudos que mensuram os riscos biológicos na assistência à saúde, no entanto entende-se que o domicílio como espaço para “o cuidar” também pode apresentar riscos aos profissionais; por isso, devem ser considerados todos os princípios de segurança supracitados.

Comissão de Controle de Infecção no Domicílio (CCID)

Com a expansão dos cuidados domiciliares por meio da implementação do programa Melhor em Casa, aumentase a preocupação com o controle de infecção vinculada a procedimentos invasivos (cateteres e sondas) e o uso racional de medicamentos no domicílio. A CCID propiciará a orientação para as Emads e Emaps quanto à prestação da assistência segura e da infraestrutura adequada, observando medidas de prevenção de infecção, incluindo os usuários e os familiares nas orientações sobre essas medidas. O objetivo final é reduzir ao máximo os índices de infecção.

Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde (PGRSS)

De acordo com a Resolução RDC Anvisa nº 306, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de Saúde, a responsabilidade pela destinação final e todo o gerenciamento dos resíduos passou a ser do gestor da instituição que o gera, com base nas normas estabelecidas pela Anvisa. Portanto, o SAD deve ter um PGRSS específico e de acordo com a assistência prestada (BRASIL, 2006b).

Os resíduos de saúde domiciliar devem ser classificados em quatro grupos:

Grupo A: lixo infectante – o acondicionamento desse material é feito em sacolas especiais e identificadas. A coleta, o transporte e o destino final são feitos por empresa especializada.

Grupo B: resíduos químicos – o material biológico criado pelo paciente em tratamento pode ser descartado diretamente na rede de esgoto. Contudo os medicamentos quimioterápicos e antineoplásicos devem ser descartados em caixas coletoras que são acondicionadas em recipiente rígido, identificado de forma visível com o nome do conteúdo. Essas caixas são recolhidas por empresas licenciadas e encaminhadas para a incineração.

Grupo C: lixo comum – é acondicionado em sacos pretos transparentes, resistentes, de modo a evitar derramamento durante o manuseio. É descartado normalmente no domicílio e encaminhado ao destino final (aterro sanitário) por uma instituição licenciada.

Grupo D: perfurocortante – deve ser acondicionado separadamente na residência do paciente, imediatamente após o uso. O acondicionamento é feito em recipiente rígido acrescido da inscrição de “resíduo perfurocortante” e colocado em local seguro, seco e em suporte.

O material é recolhido na residência do paciente pela equipe do SAD, mantido em abrigo de resíduos próprio (que segue as especificações da vigilância sanitária – Resolução RDC Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002) e, em seguida, recolhido por órgãos licenciados para serem incinerados.

Em relação à elaboração do PGRSS, deve ser desenvolvido pela equipe e gestores ou CCID e de acordo com a realidade local. Vale ressaltar a importância de o profissional realizar a orientação do paciente, dos familiares e do cuidador para a necessidade de todos contribuírem na implementação do PGRSS do SAD.

Fonte: (AGÊNCIA..., 2006b); Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar (CGAD).

5.2.3 Procedimentos Mais Comuns em Atenção Domiciliar

Alguns procedimentos técnico-assistenciais comumente utilizados no cuidado a pacientes internados em hospitais ou em acompanhamento ambulatorial também o são na modalidade de AD. Apesar de existirem

cuidados especiais para alguns procedimentos no domicílio, a maioria deles é passível de ser realizado nesse ambiente com segurança.

Para a realização de todos os procedimentos, é necessária a construção de uma descrição sistematizada e padronizada com o intuito de garantir a resolutividade da assistência – procedimento operacional padrão (POP), que deve apresentar uma estrutura mínima, composta por: objetivo, responsabilidade, descrição do procedimento técnico, material necessário, ação corretiva e cuidados especiais em AD. Todo SAD deve elaborar os POPs com a participação das equipes de AD (Emad e Emap).

Ressalta-se a necessidade de se manter a singularidade de cada usuário e família, com o olhar da clínica ampliada para a apropriação da técnica que qualifique o trabalho em saúde. No Quadro 2, são apresentados alguns dos principais procedimentos e cuidados em AD.

Quadro 2 – Alguns dos principais procedimentos e cuidado em AD

Procedimentos e cuidados em AD		Modalidades
Estomias		
Observar as características de normalidade do estoma, o efluente e a pele. Reforçar e/ou orientar a prevenção de dermatite periestoma, ou ainda tratar as afecções cutâneas instaladas.		
Traqueostomia	Troca de cânula (com cilindro de oxigênio), higienização, aspiração e descanulação.	AD2 AD3
Gastrostomia	Troca de sonda, curativo e retirada de sonda.	AD1 AD2 AD3
Jejunostomia	Troca de sonda, curativo e refixação.	AD1 AD2 AD3
Colostomia	Troca da bolsa, higienização e curativos.	AD1 AD2 AD3
Ileostomia	Troca de bolsa, higienização e curativos.	AD1 AD2 AD3
Cistostomia definitiva	Troca de bolsa, higienização.	AD1 AD2 AD3
Cistostomia provisória	Troca de sonda e curativo.	AD1 AD2 AD3
Nefrostomia	Troca de sonda e curativo.	AD2 AD3

Continua

Continuação

Ureterostomia	Troca de bolsa e higienização.	AD1 AD2 AD3
Sondagens		
Vesical de alívio	Treinamento de autocateterismo e cateterismo de alívio.	AD1 AD2 AD3
Vesical de demora	Troca de sonda e higienização.	AD1 AD2 AD3
Nasogástrica	Troca de sonda, fixação e higienização.	AD1 AD2 AD3
Orogástrica	Fixação e troca de sonda.	AD1 AD2 AD3
Nasoentérica	Troca de sonda, higienização e fixação.	AD1 AD2 AD3
Curativos		
Feridas agudas		
Traumáticas e pós-operatórias	Manter o leito da ferida limpo, livre do risco de infecção, e com curativos diários ou conforme necessidade.	AD1 AD2 AD3
Feridas crônicas		
Feridas com presença de tecido inviável ou necrose	Realizar desbridamento, promover a restauração da matriz extracelular e tecido de granulação.	AD1 AD2 AD3
Feridas com presença de infecção ou inflamação	Remover ou reduzir a infecção e inflamação, controlar a dor, orientar o cuidador quanto aos cuidados com a contaminação e manuseio com o paciente.	AD1 AD2 AD3
Feridas limpas com tecido de granulação	Manter o leito da ferida limpo e controlar umidade, diminuir risco de infecção.	AD1 AD2 AD3
Punções		
Punções periféricas		
Com cateter flexível	Fixação e cuidados com infiltração.	AD1 AD2 AD3
Com cateter rígido	Fixação, cuidados com infiltração e mobilização do paciente.	AD1 AD2 AD3

Continua

Punções centrais		
Inserção periférica	Cuidados com a manutenção do cateter, evitando a obstrução, curativo e fixação.	AD3
Inserção central	Curativo e fixação, cuidado com movimentos bruscos que possam tracionar o cateter.	AD2
Port Cat	Heparinização ou salinização, curativo e fixação.	AD2 AD3
Outros		
Enteroclisma	Higienização e manobras de alívio intestinal.	AD1 AD2 AD3
Coleta de material biológico	Observar a técnica asséptica, manuseio dos materiais e envio correto das amostras.	AD1 AD2 AD3
Aspirações de vias aéreas superiores	Observar a permeabilidade das vias aéreas, sangramento e dispneia.	AD1 AD2 AD3
Administração de medicamentos	Cuidados com o acondicionamento dos medicamentos e transporte até o domicílio, técnica correta de administração, observando os cinco certos e orientações adequadas ao paciente, cuidador e familiares.	AD1 AD2 AD3
Hipodermóclise	Higienização e curativo.	AD2
Sangrias	Controle de hemorragias.	AD3
Ajustes de órteses e próteses	Curativos e controle da dor.	AD2 AD3
Espirometria	Cuidados com a manutenção do aparelho.	AD2 AD3
Laserterapia	Cuidados com a técnica e com a manutenção.	AD1 AD2 AD3
Nutrição enteral	Cuidados no preparo da dieta, higienização, administração e orientações aos familiares e cuidador.	AD1 AD2 AD3
Paracentese	Procedimento médico, cuidados com a técnica, orientações ao cuidador e aos familiares.	AD3

Fonte: (BRASIL, 2011); Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar (CGAD).

O cuidador é um ator relevante para a efetivação da AD e deve ser considerado pelas equipes, que deverão envolver a família no cuidado ciente de todas as dificuldades existentes durante o processo.

Partindo desse princípio e do fato de que a equipe não estará o tempo todo com o paciente, os familiares/cuidadores devem ser capazes de realizar algumas ações e procedimentos de menor complexidade necessários no cuidado em AD. Para que isso seja possível, a equipe deve desenvolver relação de confiança e capacitá-los. Esse processo de corresponsabilização desses atores no cuidado, além de desejável, é necessário, mas deve ser instituído de forma criteriosa, responsável e com bom senso.

A seguir, alguns procedimentos/ações em Saúde que podem ser realizados pelos familiares/cuidadores, a partir da pactuação com a Emad/Emap e de capacitação prévia.

- Higienização;
- Troca de bolsas coletoras;
- Banho no leito;
- Administração de medicamentos por via oral (VO);
- Registro dos horários de sono, frequência da diurese e evacuações;
- Aferição da temperatura;
- Aviso de sinais de alerta;
- Mudança de cúbito;
- Administração de dietas enterais e cuidados com as sondas;
- Cateterismo vesical intermitente – técnica limpa;
- Hidratação da pele.

Recomenda-se que, nas situações de alta programada (ver Capítulo 5: Perfil de Elegibilidade do Usuário para a Atenção Domiciliar do Caderno de Atenção Domiciliar, volume 1), os cuidadores sejam capacitados pela equipe responsável pelo paciente na internação hospitalar. Nesse caso, as Emads/Emaps serão responsáveis pela supervisão e pela orientação contínua dos cuidadores no domicílio, além de propiciar oficinas de cuidadores para o suporte desses (ver Capítulo 6 do Caderno de Atenção Domiciliar, volume 1).

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA
ABRAMS, P. et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee : Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence. 2009. Disponível em: < http://www.icsoffice.org/Publications/ICI_4/files-book/recommendation.pdf >. Acesso em: ago. 2012.
ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Manual de cuidados paliativos . Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. Disponível em: < http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf >. Acesso em: ago. 2012. Traz atualização em alguns temas importantes no cuidado paliativo, e vários assuntos são abordados, como sintomas físicos, psíquicos, questões de comunicação, o luto, o papel da equipe, a construção de um serviço, entre tantos outros.
BORGES, Elin. Feridas : como tratar. Belo Horizonte: Coopmed. Ed. Médica, 2001.
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. Estabelece as diretrizes nacionais para a atenção à saúde das pessoas ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a serem observadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União , Brasília-DF, Seção 1, 18 nov. 2009.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Cartilha da PNH : clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
CHAYAMITI, Emília Maria Paulina Campos (Coord.). Manual de assistência integral às pessoas com feridas . 3. ed. Ribeirão Preto: Secretaria de Saúde, Comissão de Assistência, Assessoria e Pesquisa em Feridas, 2011. Disponível em: < http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/sad/manual_feridas_2011.pdf >. Acesso em: ago. 2012.
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO; REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE. Dez passos para a segurança do paciente . São Paulo: Coren-SP, REBRAENSP, 2010. Disponível em: < http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente.pdf >. Acesso em: ago. 2012. Contempla os principais pontos que teriam impacto direto na prática assistencial de enfermagem, capazes de serem implementados em diversos ambientes de cuidados, inclusive na atenção domiciliar.
DEALEY, Carol. Cuidando de feridas : um guia para as enfermeiras. 3.ed. São Paulo: Atheneu, 2008.
FREITAS, A. A. S.; CABRAL, I. E. O cuidado à pessoa traqueostomizada. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 84-89, mar. 2008.
FREITAS, Ana Angélica de Souza; CABRASL, Ivone Evangelista. O cuidado à pessoa traqueostomizada: análise de um folheto educativo. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. v. 12, n. 1, p. 84-89, mar. 2008.
GRAY, M. et. al. Incontinence associated dermatitis: a consensus. J. Wound Ostomy Continence Nursing , [s.l.], v. 34, n. 1, p. 45-54, 2007.
GRUPO ESPANHOL DE ESTUDOS E AVALIAÇÃO EM ÚLCERAS DE PRESSÃO E FERIDAS CRÔNICAS ESPANHOL (GNEAUPP). Disponível em: < http://www.gneaupp.es/app/documentos-guias/ >. Acesso em: ago. 2012.
GRUPO INTERNACIONAL DE TRABALHO SOBRE O PÉ DIABÉTICO. Consenso internacional sobre pé diabético . Tradução de Ana Cláudia de Andrade e Hermelinda Cordeiro Pedrosa. Brasília: Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, 2001.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). Terapia subcutânea ou hipodermólise no câncer avançado. (Série de cuidados paliativos). Disponível em: < http://www.slideshare.net/Laryssasampaio/terapia-subcutanea >. Acesso em: ago. 2012.
MANUAL de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde. Disponível em: < http://www.resol.com.br/cartilha11/feam_manual_grss.pdf > Acesso em: ago. 2012.
PARANHOS, W. Y.; SANTOS, V. L. C. G. Avaliação do risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. Rev. Esc. Enferm. USP , São Paulo, v. 33, n. especial, p. 191-241, 1999.
POLETTI, N. A. A. O cuidado com pacientes com feridas crônicas: a busca de evidências para a prática. Dissertação (Mestrado). Ribeirão Preto-SP. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2000.
RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Manual de assistência integral às pessoas com feridas da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2012.
RIBEIRO, J. U.; BORGES, E. L. Revisão integrativa do tratamento de dermatite associada à incontinência. Revista Estima . v. 8, n. 1, p. 30-39. 2010.
RODRIGUES, P. Estomas urinários: aspectos conceituais e técnicos. In: SANTOS, V. L. C. G.; CESARETTI, J. U. R. Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu, 2000.
SANTOS, Nivea Cristina Moreira. Home care: a enfermagem no desafio do atendimento domiciliar. São Paulo: Editora Iátria, 2005.
SANTOS, V. L. C. G.; CESARETTI, J. U. R. Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu, 2000.
SANTOS, Vera Lucia Conceição de Gouveia; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado. São Paulo: Atheneu, 2000.
SÃO PAULO. Secretaria de Saúde. Protocolo de prevenção e tratamento de úlceras crônicas e do pé diabético. São Paulo: SMS, 2009. Disponível em: < http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Ilha_das_Flores/Feridas_MT1_v1.pdf >. Acesso em: ago. 2012.
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). J. Pneumologia , São Paulo, v. 26, n. 6, nov./dez. 2000.
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Feridas crônicas: prevenção e tratamento. Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: < http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridascrônicas/ >. Acesso em: 13 jan. 2012.
VIANNA, A. Traqueostomia percutânea “versus” cirúrgica: revisão sistemática e metanálise. Crit Care , [s.l.;s.n.], v. 10, R55, 2006.
WOCN. Role of the wound, ostomy continence nurse or continence care nurse incontinence care. J. Wound Ostomy Continence Nursing . [s.l.;s.d.], v. 36, n. 5, p. 529-531.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução Diretoria Colegiada RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam assistência domiciliar. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jan. 2006a. Seção 1, p. 78.

_____. Resolução Diretoria Colegiada RDC nº 306, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 16 nov. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 out. 2011. Seção 1, p. 44.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 nov. 2005. Seção 1.

CAMPOS; Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-250, 2000.

EDDY, D. Practice policies, what are they? **JAMA**, Chicago, v. 263, p. 877-880, 1990.

FERNANDES, J. D.; MACHADO, M. C. R.; OLIVEIRA, Z. N. P. Fisiopatologia da dermatite da área das fraldas – Parte I. **An. Brasileiro de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 6, p. 567-571, 2008.

GUERREIRO, Giselle Patrícia; BECCARIA, Lucia Marinilza; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, nov./dez. 2008.

MENDES, C. M.; SAMPAIO, M. P.; SAMPAIO, L. C. C. **Saúde e ambiente em revista**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 117, jun./jul. 2008.

MERHY, E. E. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Editora HUCITEC, 2002.

6 CUIDADOS PALIATIVOS E A ATENÇÃO DOMICILIAR

Idealmente, os cuidados paliativos deveriam ser prestados a partir do diagnóstico da doença com risco de morte, sendo adaptados para as crescentes necessidades dos doentes e dos seus familiares, à medida que a doença progride. Os princípios dos cuidados paliativos incluem o respeito à vida, considerando a morte como processo natural, sem a intenção de apressá-la ou adiá-la, oferecendo um sistema de apoio para que os pacientes possam viver bem, com minimização dos sofrimentos físico, social, emocional e espiritual, até a sua morte.

6.2 PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Os princípios dos cuidados paliativos (CPs) foram reafirmados pela OMS em 2002, com alguns princípios gerais de norteamiento de suas ações:

6.2.1 Os Cuidados Paliativos

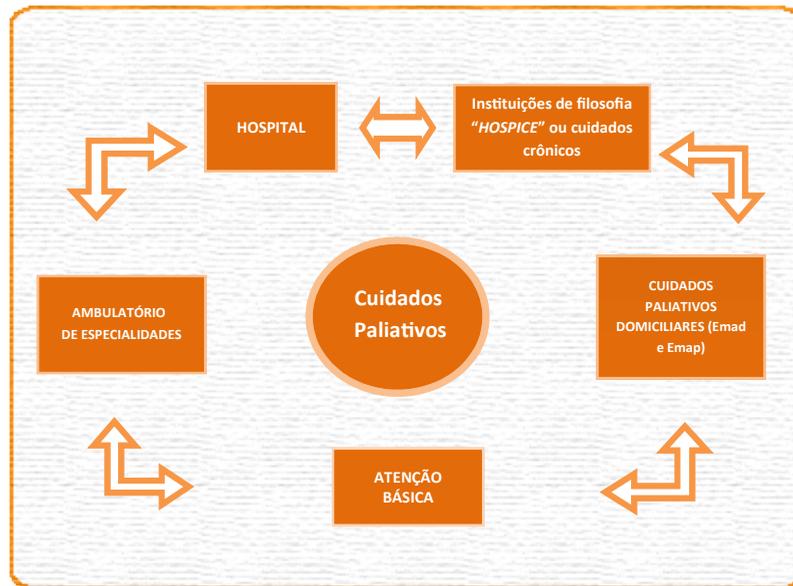
- Promovem o alívio da dor e de outros sintomas estressantes;
- Reafirmam a vida e veem a morte como um processo natural;
- Não pretendem antecipar e nem postergar a morte;
- Integram aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado;
- Oferecem um sistema de suporte que auxilie o paciente a viver tão ativamente quanto possível até a sua morte;
- Auxiliam a família e os entes queridos a sentirem-se amparados durante todo o processo da doença;
- Devem ser iniciados o mais precocemente possível, junto a outras medidas de prolongamento de vida como a quimioterapia, radioterapia, cirurgia, tratamento antirretroviral, drogas modificadoras do percurso da doença etc, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreensão e manejo dos sintomas;
- Trata-se de filosofia de cuidado para as pessoas que enfrentam sofrimentos com o avançar de suas doenças crônicas e proximidade com a morte, comumente abandonadas no modelo assistencial preponderante em nosso País.

6.3 CUIDADOS PALIATIVOS NA ATENÇÃO DOMICILIAR

Por causa da demanda natural dos profissionais de Saúde de se encaminhar pacientes no final da vida para a AD, ressalta-se a necessidade de abordagem dos CPs na área de AD e também do reconhecimento da AD como braço assistencial importantíssimo para a implementação de CP de forma abrangente e equitativa, principalmente em nossa realidade e em outros países com limitações de recursos na Saúde e poucas possibilidades de cuidados institucionais. Na Figura 2, descrevem-se os níveis hierárquicos de complexidade onde os CPs **são aplicados**.

Figura 2 – Pontos de atenção onde os CPs podem ser aplicados

Setas representando as referências e contrarreferências



Fonte: SAS/MS.

Os grandes pilares do trabalho das equipes de AD nos cuidados paliativos devem:

- Atuar com competência cultural, para reconhecimento adequado de valores e funcionamento das famílias atendidas, aliada à humildade cultural, para a ênfase ao respeito dessas mesmas características observadas, em espaço e tempo tão íntimos que é o evento da morte no domicílio;
- Comunicar-se de forma clara, possibilitando ao paciente e aos familiares a possibilidade de receber todas as informações necessárias e expressar todos os sentimentos;
- Atingir o maior nível de controle dos sintomas, com ênfase na dor;
- Preparar paciente e familiares para a morte dentro dos limites de cada um e proporcionar o máximo alívio do sofrimento;
- Instrumentalizar cuidadores e familiares para o cuidado paliativo domiciliar;
- Proporcionar qualidade de vida e dignidade para paciente e familiares, com todo o suporte e segurança possível.

Morrer na própria casa é um desejo comum entre os pacientes que se encontram no final da vida e isso se repete não só no Brasil, mas em vários outros países. No entanto a grande maioria dos familiares e cuidadores, e também alguns pacientes, temem o evento no domicílio por diversos motivos: medo do paciente ficar desassistido com sintomas mal controlados e com sofrimento insuportável, medo da separação e de que a proximidade com o paciente em falecimento reforce a dor da perda, medo de que as lembranças tristes fiquem impregnadas no

domicílio, o paciente que quer poupar seus entes queridos do trabalho e sofrimento oriundos do processo de cuidar e estar junto, dificuldades com a obtenção da declaração de óbito e possíveis demoras com a remoção do corpo, entre outros. Esses temores minimizam à medida que a família adquire confiança na equipe e passa a vislumbrar a morte no domicílio como algo possível de acontecer com significado de valor (YAMAGUCHI; OLIVEIRA, 2010; 2011). Porém a morte previsível no domicílio não deve ser uma imposição da equipe de Saúde.

6.3.1 Benefícios dos Cuidados Paliativos em Ambiente Domiciliar

a) Para o paciente

Encontra-se dentro de um ambiente conhecido, mantendo sua intimidade; pode realizar algumas tarefas laborais, manter alguns hábitos e atividades de lazer. A alimentação é mais variada e os horários **não são rígidos**. **Fortalece a autonomia do usuário** e sua integridade como pessoa – ele não é o “leito” X, o CA de laringe, mas Sr. José, Antônio, Sebastião, com suas histórias de vida e adoecimentos.

b) Para a família

Geralmente, os familiares têm maior satisfação por estar participando ativamente do cuidado. Sentem que respeitam a vontade do paciente de permanecer no domicílio. Pode prevenir o luto patológico.

c) Para o sistema de Saúde

Pode-se reduzir internações hospitalares longas e de alto custo, tratamentos desnecessários ou futilidade terapêutica, propiciando alocação adequada de recursos. Os CPs demandam basicamente boa comunicação, tratamento de sintomas – como dor e outros – no final da vida, geralmente de baixo custo, e ótima coordenação do processo do cuidado (WHO, 2004).

6.3.2 Estresse do Profissional de Saúde

Observa-se a necessidade de se ter um olhar diferenciado para os profissionais das equipes de AD que realizam esse trabalho. Estes geralmente vivenciam altos níveis de estresse relacionados às atividades do dia a dia. Dentre eles, podemos destacar:

- Enfrentamento de pacientes ou familiares difíceis e exigentes;
- Ser portadores de más notícias sobre o diagnóstico e o prognóstico;
- Ineficácia do tratamento para a cura, sem um preparo adequado para tal;
- Revelações sobre a morte a seus pacientes com os quais já possuem vínculos;
- Envolvimento em conflitos emocionais com familiares e pacientes, absorvendo muitas vezes a raiva, o pesar e o desespero expressado por eles ;

- Desafios relacionados às crenças, aos valores pessoais e ao trabalho em equipe, lidar com a morte e o paciente agonizante; convivência com a incerteza, a luta e o sofrimento das pessoas;
- Limitações do sistema de Saúde, como acesso a outros pontos de atenção – farmacêutica, retaguarda de leitos e de especialidades.

Esse trabalho exige das equipes superações pessoais e profissionais contínuas, por envolver valores, crenças, conhecimento e emoções. Sugestões para aliviar essa carga de estresse são as reuniões com discussão de casos clínicos, educação permanente com a reavaliação e autoaprendizado da própria equipe em relação a suas práticas de cuidado, e a retaguarda de profissional de Saúde Mental ou de maior experiência na prática de CP ou AD externo à equipe assistencial visitadora.

6.3.3 Aspectos Éticos em Cuidados Paliativos na Atenção Domiciliar

Os profissionais devem reconhecer os limites da medicina e evitar o excesso de tratamento ou tratamento não adequado dentro de contexto tão específico, dentro dos conceitos da distanásia (morte com sofrimento que poderia ser evitado), seguindo quatro princípios definidos (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994):

- O respeito pela autonomia;
- A beneficência;
- Não maleficência;
- Justiça.

Estes são outorgados ao paciente terminal (GOMEZ, 1998):

- Ser tratado como pessoa humana até morrer;
- Ter esperança, não importa que mudanças possam acontecer;
- Ser cuidado por pessoas que mantêm o sentido da esperança, mesmo que ocorram mudanças;
- Expressar, à sua maneira, sentimentos e emoções diante da morte;
- Participar das decisões referentes aos cuidados e tratamentos;
- Receber cuidados médicos e de enfermagem mesmo que os objetivos de cura assumam o sentido de objetivos de conforto;
- Não morrer sozinho;
- Ser aliviado na dor e no desconforto;
- Ter suas questões (formuladas ou sugeridas) respondidas honestamente;

- Não ser enganado;
- Após aceitar a morte, receber ajuda dos familiares e que estes também sejam ajudados;
- Morrer em paz e com dignidade;
- Conservar a individualidade e não ser julgado por decisões que possam ser contrárias às crenças dos demais;
- Discutir e aprofundar a religião ou experiências religiosas, seja qual for o seu significado para os demais;
- Esperar que o corpo humano seja respeitado;
- Ser cuidado por pessoas sensíveis, humanas e competentes que procurarão compreender e responder a suas necessidades, além de ajudar a enfrentar a morte e garantir privacidade do paciente;
- Considera-se de suma importância o respeito dos direitos descritos acima, pois, somente desta forma, conseguir-se-á manter uma convivência eficaz durante a assistência à fase terminal e à morte.

6.3.4 Apoio ao Paciente e/ou Cuidador

Quando os pacientes percebem que as informações foram escassas ou excessivas, há probabilidade de desenvolver transtornos depressivos severos ou transtornos de ansiedade generalizada, assim como quando recebem informações imprecisas ou desajustadas. São descritos múltiplos obstáculos na comunicação apropriada entre pacientes e profissionais e muitos deles estão relacionados à inabilidade de médicos e enfermeiros.

Como manejar perguntas difíceis, tais como:

- Realmente estou morrendo?
- Minha enfermidade é realmente câncer?

É conveniente garantir respostas honestas aos pacientes, não faltando com a verdade, mas antes é necessário averiguar o que está passando em sua mente, o que está sentindo sobre a situação. Portanto, para sintetizar a melhor estratégia, será necessário:

- Averiguar o que o paciente deseja saber;
- Averiguar o que o paciente realmente sabe;
- Averiguar por que deseja saber;
- Compreender seus mecanismos adaptativos, conhecer sua personalidade e seus antecedentes.

Além do manejo aos pacientes, os profissionais devem criar estratégias práticas de apoio, pelo envolvimento no processo de cuidado e respeito do contexto cotidiano vivido pelos cuidadores e familiares.

Exercer os cuidados a um paciente que demanda atenção constante nas suas atividades básicas de vida diária (ABVD) e que está enfrentando processo de finitude envolve questões que não são explicitadas claramente e rotineiramente aos profissionais de Saúde envolvidos no cuidado desse mesmo paciente. Assim, é importante ter uma escuta qualificada a esse cuidador, objetivando informações que darão mais subsídio para o atendimento do paciente.

Acolher e respeitar os limites desse cuidador que às vezes se encontra sem condições para essa tarefa do cuidado, pelo medo de lidar com a proximidade da morte, faz-se necessário, a fim de possibilitar melhor enfrentamento da situação-problema.

Entre as ferramentas de trabalho que devem ser desenvolvidas pelos profissionais que atuam no domicílio, a discussão com familiares e cuidadores sobre situações esperadas do quadro clínico do paciente pode ajudar a diminuir angústias. Portanto, é preciso informá-los dos possíveis acontecimentos, como no caso de intercorrência clínica, planejamento do que fazer no momento da morte do paciente, ou até mesmo no pós-morte, nas questões burocráticas e financeiras que envolvem subsídios para a família em um momento tão difícil que é o do adoecimento e o da morte. Entende-se que não há um caminho seguro, e a abordagem ocorre de acordo com a demanda do paciente, cuidadores e familiares em questão.

A abordagem espiritual em cuidados paliativos tem grande importância à medida que nessa fase da vida, de grande vulnerabilidade, quase sempre, agarramo-nos em nossas crenças e valores como recurso interior para alívio de nossas angústias. Entender a morte como um processo natural da vida não é uma tarefa fácil. A crença espiritual nesse momento difícil é, talvez, a única ferramenta de alívio ao sofrimento do desligamento definitivo da vida como a conhecemos.

O conhecimento da história pregressa da relação entre cuidadores e paciente pode auxiliar no ajuste de laços afetivos. Em alguns casos, o cuidado desse ente querido vem “carregado” de sentimentos de culpa, mágoa, ressentimentos, abdicação, que precisa ser entendido nessa relação sem julgamento de valores.

Por mais dedicado que possa parecer um cuidador, ele tem vida própria e precisa ter seu tempo para autocuidado. A equipe de Atenção Domiciliar precisa oferecer condições para o alívio de sobrecarga dos cuidadores, estabelecendo cumplicidade e vínculos muitas vezes ausentes em ambiente hospitalar, além de apoiar na busca de uma rede de suporte social e no envolvimento de diferentes atores, como: familiares, vizinhos, igreja, entre outros, podendo ser decisivo para que as situações vividas sejam enfrentadas da melhor maneira possível, tanto pelo paciente quanto pelo cuidador.

6.3.5 Avaliação Inicial dos Pacientes Portadores de Diagnósticos Fora de Possibilidades de Cura

Na avaliação inicial de pacientes com diagnósticos fora de possibilidades de cura, devem ser utilizados instrumentos que avaliem capacidade funcional e que podem agregar prognóstico.

Abaixo, segue a relação de alguns instrumentos de avaliação inicial, validados para a utilização em cuidados paliativos oncológicos:

Tabela 1 – Escalas de capacidade funcional: ECOG* e Karnofsky

Escala de Zubrod (ECOG)	Escala de Karnofsky (%)
PS 0 – Atividade Normal	100 – nenhuma queixa: ausência de evidência da doença
	90 – capaz de levar vida normal; sinais menores ou sintoma da doença
PS 1 – Sintoma da doença, mas deambula e leva seu dia normal	80 – alguns sinais ou sintomas da doença com o esforço
	70 – capaz de cuidar de si mesmo; incapaz de levar suas atividades normais ou exercer trabalho ativo
PS 2 – Fora do leito mais de 50% do tempo	60 – necessita de assistência ocasional, mas ainda é capaz de prover a maioria de suas atividades
	50 – requer assistência considerável e cuidados médicos frequentes
PS 3 – No leito mais de 50% do tempo, carente de cuidados mais intensivos	40 – incapaz; requer cuidados especiais e assistência
	30 – muito incapaz; indicada hospitalização, apesar da morte não ser iminente
PS 4 – Preso ao leito	20 – muito debilitado; hospitalização necessária; necessitando de tratamento de apoio ativo
	10 – moribundo, processos letais progredindo rapidamente

Fonte: Brasil, 2001.

*ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group; PS: Performance Status.

6.3.5.1 Escala de Avaliação Funcional de Karnofsky (KPS)

- Permite conhecer a capacidade do paciente para poder realizar atividades cotidianas;
- Elemento preditor independente de mortalidade, principalmente em patologias oncológicas, mas pode ser usado para condições não oncológicas com acurácia menor;
- Útil para tomada de decisões clínicas e valorizar o impacto de um tratamento e a progressão da doença;
- Karnofsky de 50 ou inferior indica elevado risco de morte durante os seis meses seguintes.

6.3.5.2 Escalas Prognósticas

- Palliative Prognostic Score (PaP Score – Tabela 2A) – estima a sobrevida, no período de 30 dias a partir da avaliação clínica e laboratorial (MALTONI, 1999; GLARE, 2003 e 2008) em pacientes com câncer em estágio final. Uma ressalva é que utiliza a estimativa clínica – Clinical Prediction of Survival (CPS) que pode ser influenciada pela experiência médica individual.
- Palliative Prognostic Index (PPI – Tabela 2B) – é uma escala simples que estima a sobrevida de pacientes com câncer em dias a partir do KPS e os sinais de sintomas. Diferentemente do PaP Score, não inclui o CPS, sendo o PPI mais acurado que o CPS (ABERNETHY; CURROW, 2009).

Tabela 2A – PaP Score

Variável	Pontos
Dispneia	
Presente	1
Ausente	0 (zero)
Anorexia	
Presente	1,5
Ausente	0 (zero)
CPS (semanas)	
> 12	0 (zero)
11–12	2
09 – 10	2,5
07 – 08	2,5
05 – 06	4,5
03 – 04	6
01– 02	8,5
Índice de Karnofsky	
³ 30	0 (zero)
10 – 20	2,5
Leucócitos totais por mm³	
< 8.500	0 (zero)
8.501 – 11.000	0,5
> 11.000	1,5
Porcentagem de linfócitos	
< 12	2,5
12 – 19,9	1
³ 20	0 (zero)
Grupos de risco	
Total de pontos	
A – probabilidade de sobreviver 30 dias > 70%	0 (zero) – 5,5
B – probabilidade de sobreviver 30 dias 30 – 70%	5,6 – 11
C – probabilidade de sobreviver 30 dias < 30 %	11,1 – 17,5

Fonte: (MALTONI, 1999).

Tabela 2B – PPI

Variável	Pontos
KPS	
10 – 20	4.0
30 – 50	2.5
> 50	0 (zero)
SINTOMAS E SINAIS	
Ingesta oral	
Muito reduzida	2.5
Moderadamente reduzida	1.0
Normal	0 (zero)
Edema	1.0
Dispneia de repouso	3.5
Delirium	4.0
Escore total	Sobrevida média em dias
0 (zero) – 2.0	90
2.1 – 4.0	60
> 4.0	12

Fonte: (MORITA, 2001).

As escalas de prognóstico nunca devem ser usadas isoladamente para determinar qual investimento curativo ou paliativo será aplicado. Orienta-se que se observe o paciente avaliado de forma multidimensional por algum período de tempo, por equipe minimamente preparada para avaliar pacientes com este perfil, aliados à escuta ativa das necessidades e desejos do paciente e familiares.

6.4 CONTROLE DE SINTOMAS

Frequentemente, os pacientes e seus familiares que enfrentam doenças graves sem perspectiva de um tratamento que mude a sua evolução estão perante um dilema: o desejo de serem cuidados em seus lares e o medo de não ter uma assistência adequada, principalmente no alívio de sintomas que causam muito sofrimento aos pacientes e angústia aos cuidadores. O alívio adequado de sintomas é fundamental para promover a confiança do paciente e de seus familiares, de que é possível usufruir do conforto de suas casas em contato com seus entes queridos, exercer sua autonomia, enfim, viver cada momento que lhes é de direito e sem abrir mão de uma assistência à altura de suas necessidades. A abordagem a seguir contempla os sintomas mais comuns no final da vida, em especial para pacientes que sofrem com doenças oncológicas, quando a evolução para a fase terminal é mais rápida. Porém muitas orientações podem ser aplicadas de forma adaptada para outros contextos de doenças não oncológicas, com progressão mais arrastada. As doses de medicamentos comentadas são para adultos.

6.4.1 Como Abordar

A abordagem de uma queixa (ou conjunto delas) de um paciente em cuidado paliativo deve seguir a sequência semiológica padrão, ou seja, ouvir, perguntar e examinar. Como não poderia deixar de ser, uma boa abordagem começa com uma boa comunicação. Uma boa comunicação começa com o ouvir atento, pacientemente, com interesse, empatia e respeito às angústias da pessoa. É a melhor maneira de avaliar o que uma pessoa sente. A conversa com o paciente e os familiares não é simplesmente uma coleta mecânica de dados referentes aos sintomas, mas também “sentir” a pessoa, pois, muitas vezes, as palavras expressam uma ideia, mas o tom de voz, os gestos ou o olhar demonstram um contexto completamente diferente – daí a importância de aprimorar habilidades em comunicação verbal e não verbal.

Um bom exame físico também é muito importante para avaliar os sintomas. Uma ectoscopia pode revelar anemia grave em paciente com queixa de astenia intensa; examinar a pele (inclusive o dorso e as partes íntimas) pode revelar úlceras de decúbito ou herpes zoster em paciente com queixa de dor; uma palpação abdominal pode detectar retenção urinária (“bexigona”) em paciente com agitação psicomotora; uma ausculta e percussão do tórax podem evidenciar derrame pleural volumoso em paciente com dispneia; o exame da orofaringe com evidência de placas de monilíase pode ser a causa da anorexia do paciente. A etiologia para os sintomas referidos podem facilmente ser identificados pelo simples exame físico.

Um detalhe importante na abordagem de sintomas em cuidado paliativo é sobre os efeitos colaterais de medicamentos; daí a necessidade de se fazer um inventário de medicamentos em uso e sua posologia. Frequentemente, um fármaco para um sintoma causa outro sintoma. Nesse caso, o ajuste da posologia, a troca ou suspensão do fármaco podem ser a solução mais adequada do que acrescentar outro fármaco para controlar o efeito colateral do primeiro, embora nem sempre isso seja possível.

Há situações em que, mesmo com uma anamnese e exame físico minuciosos, não é possível identificar a causa de um sintoma. Nessa situação, é recomendável a realização de exames complementares. Algumas perguntas como: “é razoável tratar o sintoma empiricamente?”; “vale o sacrifício de sair de casa?”; “o resultado do exame orientará a conduta?”; “essa conduta melhorará a qualidade de vida do paciente?” podem nos ajudar a ver com mais clareza se a realização de um determinado exame contribuirá ou não para o melhor controle dos sintomas e conforto.

6.4.2 Dor

A dor é uma das queixas mais frequente de pacientes em cuidado paliativo, com os mais diversos diagnósticos (BALLANTYNE, 2006; ALVES NETO, 2009; VARGAS-SCHAFFER, 2010). É um sintoma muito desconfortável e de difícil tolerância em pacientes com câncer avançado, o que também acomete a grande maioria dos pacientes com outros diagnósticos, possuindo componentes físico (sensorial) e psicológico (emocional), que são indissociáveis. Como se trata de uma experiência, ela é pessoal, individual e subjetiva.

Considerando o conceito de *dor total* (Figura 3), a dor pode interferir no comportamento afetivo, social e espiritual do paciente, e também é modulada por fatores emocionais, culturais e pelas experiências prévias.

Figura 3 – Esquema representando Dor Total



Fonte: (TWICROSS, 2003, adaptado).

6.4.2.1 Como avaliar

Escutar o paciente, embora não seja a única, é a melhor forma de avaliar a dor. Deve-se permitir que o paciente expresse o que sente por meio de suas próprias palavras com a mínima interferência do avaliador. Sendo uma experiência pessoal, o primeiro passo para avaliar a dor é acreditar no paciente. Assim como qualquer sintoma, deve se determinar as características da dor:

- Localização – onde dói;
- Tipo de dor – como dói (aperta, queima, em cólica etc.);
- Intensidade da dor – quanto dói (pouco, moderado, muito, insuportável);
- Comportamento temporal – quando dói (à noite, de madrugada, pela manhã), frequência, duração;
- Fatores de melhora e piora – o que melhora (com repouso, com massagem, com medicamento já prescrito) – o que piora (com movimento, com frio, com alimentação);
- Tratamentos já realizados e seus resultados;

- Mudanças recentes das características da dor.

É também preciso atentar-se para os aspectos emocionais como ansiedade, depressão, preocupação e problemas familiares, além de determinar como a dor influencia na funcionalidade e na qualidade de vida do paciente e de seus familiares.

Sempre que possível, deve-se identificar a causa da dor, embora nem sempre o tratamento específico seja conveniente. Uma abordagem da dor de acordo com a sua causa tende a ser mais eficiente que um tratamento empírico. As principais causas da dor em CP são as seguintes:

- Expansão tumoral;
- Infiltração nervosa;
- Secundária aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos como cirurgia, quimioterapia e radioterapia;
- Problemas osteomusculares como artrite, imobilidade e fraturas patológicas;
- Constipação intestinal, retenção urinária, espasmo visceral;
- Úlceras por pressão;
- Dor isquêmica (coronária e arterial periférica).

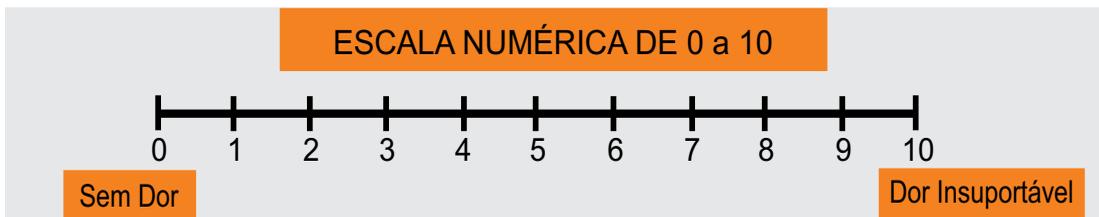
De forma prática, podemos caracterizar a dor a sua apresentação e comportamento:

- Quanto a comportamento no tempo: pode ser aguda, crônica, incidental e de exacerbação;
- Quanto à natureza: nociceptiva – pode ser somática e/ou visceral e/ou neuropática: de origem periférica e/ou central;
- Quanto à intensidade: é uma classificação subjetiva, porém importante para o planejamento da abordagem da dor. Existem vários instrumentos desenvolvidos e validados para medir a intensidade da dor que podem ser utilizados na prática.

Deve-se dar preferência para o instrumento mais familiarizado, de fácil aplicação, que seja facilmente assimilado tanto pelo paciente como pelos familiares.

- **ESCALA NUMÉRICA** – Pergunte: “Qual nota o(a) Sr.(a) daria para a sua dor?” Zero é nenhuma dor, dez é a pior dor possível imaginável. A pergunta pode ser apenas verbal (pontuação expressa sem régua) ou visual (mostra-se a régua para o paciente pontuar entre 0 a 10, Figura 4).

Figura 4 – Escala visual numérica de dor



Fonte: (WHALEY; WONG, 1987; WONG; BAKER, 1988).

- **ESCALA DE FACES WONG BAKER** (Figura 5) – Explique à pessoa que cada face representa uma pessoa que está feliz porque não tem dor, ou triste por ter um pouco ou muita dor.

Face 0: está muito feliz porque não tem nenhuma dor.

Face 1: tem apenas um pouco de dor.

Face 2: tem um pouco mais de dor.

Face 3: tem ainda mais dor.

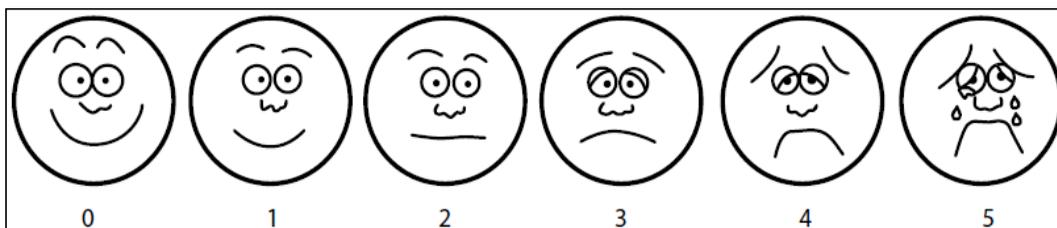
Face 4: tem muita dor.

Face 5: tem uma dor máxima, apesar de que nem sempre provoca o choro.

Peça à pessoa que escolha a face que melhor descreve como ela se sente.

Essa escala é aplicável a pessoas de 3 anos de idade ou mais.

Figura 5 – Escala de dor de faces Wong Baker



Fonte: (WONG; BAKER, 1988).

C. ESCALA CATEGÓRICA:

- sua dor é nenhuma, pequena, média ou grande?; ou
- sua dor é ausente, leve, moderada ou forte?

6.4.2.2 Como abordar

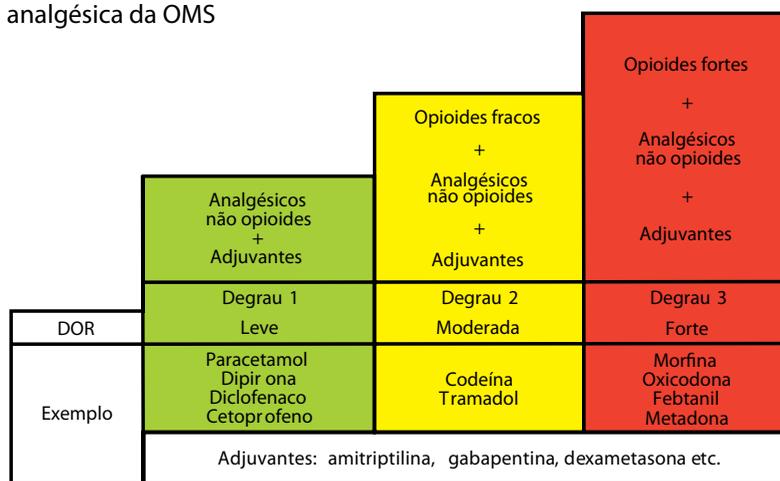
A dor pode ser controlada com medidas farmacológicas e não farmacológicas. Neste capítulo, será comentado apenas o controle farmacológico da dor.

Uma abordagem amplamente utilizada para o manejo da dor em pacientes de cuidado paliativo é a da OMS, proposta em 1984, e, segundo os estudos, é capaz de aliviar, sem grandes custos, a dor de forma adequada em 70 a 90% dos pacientes com câncer (VARGAS-SCHAFFER, 2010). Embora não seja adequada para todas as situações de dor, ainda assim é uma forma simples e eficiente de abordar a dor em pacientes de cuidado paliativo.

As recomendações do uso de analgésicos da OMS são:

- **Pela boca:** sempre que possível, deve-se privilegiar a forma oral dos analgésicos. As vias alternativas à via oral mais utilizadas no cuidado paliativos são: subcutânea (SC), transdérmica, retal e, eventualmente, endovenosa (EV). A via intramuscular (IM) não deve ser utilizada em geral.
- **Pelo relógio:** para garantir um alívio adequado da dor, os medicamentos analgésicos devem ser oferecidos em intervalos regulares de acordo com a duração da ação dos medicamentos, além da dose adicional conforme a necessidade.
- **Pela escada:** para a escolha dos medicamentos analgésicos conforme a intensidade da dor. Essa abordagem é conhecida como “escada analgésica da OMS”.

Figura 6 – A escada analgésica da OMS



Fonte: (SOARES, 2003).

Obs.: Embora a OMS recomende a utilização de opioides fracos para dores moderadas, não há uma contraindicação para o uso de opioides fortes. O importante é o alívio adequado da dor com o mínimo de efeitos colaterais.

- **Para o indivíduo:** a dose dos medicamentos não deve ser padronizada, pois cada pessoa sente a dor de forma diferente e requer doses individualizadas de analgésicos.

- **Atenção a detalhes:** explicar minuciosamente a posologia, a indicação e os possíveis efeitos colaterais dos medicamentos. É altamente recomendável que esta explicação seja feita tanto verbalmente como na forma escrita, certificando-se de que o paciente ou o cuidador realmente entendeu as informações. O acompanhamento da resposta analgésica deve ser feito de forma contínua e frequente no controle da dor grave, na introdução de drogas potentes e durante a rotação de opioides e outros reajustes posológicos, via telefone ou consultas ambulatoriais e domiciliares.

6.4.2.3 Tratamento Farmacológico

Analgésicos não opioides

Podemos utilizar um analgésico não opioide (Anop) isoladamente em caso de dor leve ou em combinação com opioides para dores moderadas a fortes. Os Anops comumente utilizados são: dipirona, paracetamol e anti-inflamatórios não esteroides (Aine). Vale ressaltar que os Anops têm efeito teto, ou seja, um ponto a partir do qual a analgesia não é mais pontencializada com o aumento da dosagem do medicamento. Efeitos adversos: os Aines podem causar insuficiência renal e sangramentos gástricos; o paracetamol pode causar hepatite; a dipirona pode causar agranulocitose. Os inibidores seletivos da ciclooxigenase-2 têm efeito menos lesivo na mucosa gástrica, mas nem sempre estão disponíveis no SUS.

Quadro 1 – Analgésicos não opioides

Substância	Posologia	Dose máxima 24h
Dipirona	500 – 1000mg a cada 4 a 6h	6g
Paracetamol	500 – 1000mg a cada 4 a 6 h	4g
Cetoprofeno	50 – 100mg a cada 8 a 12h	200mg
Diclofenaco	50 – 100mg a cada 8 a 12h	200mg
Ibuprofeno	200 – 800 a cada 6 a 8h	2,4g

Fonte: (YUM, 2008).

Opioides

Para dores refratárias aos Anops ou dores de intensidade moderada a forte, podemos utilizar os analgésicos opioides. Ao contrário dos Anops, a maioria dos opioides não tem efeito teto, ou seja, quanto maior a dose, maior a potência analgésica. Os opioides são excelentes analgésicos, e quando necessária a troca de um por outro, faz-se valer as doses equianalgésicas. Entretanto ainda são subutilizados; em parte, devido a preconceitos, tanto dos profissionais de Saúde quanto dos pacientes e da sociedade. É necessário que haja experiência e conhecimento para o uso de drogas de mais difícil titulação, como a metadona, e o reconhecimento dos efeitos colaterais, de interações medicamentosas e da resposta individual do paciente aos fármacos, uma vez conhecida a grande variabilidade genética interpessoal nos sistemas de metabolização.

Quadro 2 – Sugestão de analgésicos conforme a intensidade da dor (adultos)

Escada	Analgésico	Dose Inicial	Dose Máxima	Observação
Dor Leve	Analgésicos não opioides			
	Dipirona	500mg VO ou EV 6/6h	1g VO ou EV 6/6h	-
	Paracetamol	500mg VO 6/6h	1g VO 6/6h	-
Dor Média	Opioides Fracos			
	Codeína	7,5 mg VO 4/4 h	60mg VO 4/4 h	-
	Tramadol	25mg VO 6/6 h	100mg VO ou EV 6/6 h	Cápsula 50 e 100mg
				Sol. de 50 e 100 mg/mL
Ampola 50 e 100 mg				
Dor Forte	Opioides Fortes			
	Morfina	5mg VO 4/4h	Não tem dose máxima	Há formulações de liberação controlada que podem ser administradas a cada 12h.
		3mg SC 4/4h		
		2mg EV 4/4h		
	Oxicodona	10mg VO 12/12h	Não tem dose máxima	Não partir os comprimidos. É necessário manter um opioide de ação rápida (por ex.: morfina) para dose de resgate.
	Fentanil patch	12,5mcg/h 72/72h	Não tem dose máxima	O <i>patch</i> dérmico deve ser trocado a cada 72 horas ou menos. Manter um opioide de ação rápida (por ex.: morfina) como o de resgate.

Fonte: (YUM, 2008).

- **Codeína** – Uma pró-droga que é transformada em morfina no fígado pela enzima CYP2D6 do complexo citocromo P450. Vale ressaltar que cerca de 10% dos caucasianos são geneticamente desprovidos dessa enzima, motivo pelo qual a codeína tem muito pouca atividade analgésica nesses indivíduos. A dose inicial é de 7,5mg a 15mg via oral a cada 4 ou 6 horas, podendo chegar a 60mg a cada 4 horas. É um opioide fraco.
- **Tramadol** – É um opioide fraco. Pode ser administrado pela via oral, subcutânea e endovenosa. A dose inicial é de 25mg a 50mg a cada 6 a 8 horas, podendo chegar a 100mg a cada 6 horas (sendo essa a dose teto da droga, pelo risco de convulsões).
- **Morfina** – É um opioide forte. É o principal representante dos analgésicos opioides e o mais utilizado para o tratamento da dor de pacientes em cuidados paliativos. Em muitos locais, é o único opioide potente disponível para tratamento da dor oncológica, e se o médico generalista dominar como prescrevê-la, grande parte dos pacientes sofrendores de dor no final da vida terão um enorme ganho (TWICROSS, 2006). Pode ser administrada por via oral, retal, subcutânea, endovenosa, epidural e intratecal. É metabolizada no fígado e eliminada pelos rins. Apenas um terço da morfina administrada por via oral alcança a circulação sistêmica, razão pela qual a dose oral tem um terço, em média, da potência analgésica da dose parenteral. Tem meia-vida curta, de 90 a 120 minutos, com duração de efeito analgésico de 4 a 6 horas. A dose inicial é de 5mg via oral ou de 2,5mg via parenteral a cada 4

horas. Há formulações de liberação prolongada com ação de 12 horas, mas nem sempre disponíveis no SUS. Não tem efeito teto.

- **Oxicodona** – É um opioide forte e só é disponível no Brasil na formulação de comprimido revestido, que tem uma fração de liberação rápida e outra de liberação lenta, razão pela qual o comprimido não pode ser triturado ou partido. É menos sedativa que a morfina e causa menos constipação. A posologia inicial é de 10mg via oral a cada 12 horas. Não tem efeito teto.
- **Fentanil** – É um opioide forte disponível no Brasil em forma de adesivo transdérmico (*patch*) e na forma injetável. Tem meia-vida curta, necessitando ser administrado com intervalos curtos (de hora em hora) ou de forma contínua. O adesivo transdérmico é utilizado a cada 72 horas e fornece uma analgesia contínua e estável; por isso, indicado para pacientes com a dose diária de opioide estabilizada. Ao iniciar o uso do adesivo de fentanil, deve-se manter o opioide anterior pelo menos 6 a 12 horas após a sua fixação na pele. Deve-se fazer o mesmo na troca dos adesivos: colar o novo adesivo 6 horas antes de retirar o anterior. Há necessidade, também, de prescrever-se um opioide de ação rápida em caso de dor incidental ou exacerbada (geralmente morfina em nosso meio).
- **Metadona** – É um opioide sintético de potência analgésica forte. Além de atuar como agonista nos receptores opioides, também age como antagonista nos receptores de N-metil-D-aspartato (NMDA) e inibe a recaptção de serotonina e noradrenalina (HAYS et al., 2005), o que pode justificar sua maior potência analgésica em dores de origem neuropática e menor potencial para desenvolver tolerância em relação aos outros opioides, tornando-a bastante atraente em caso de resposta inadequada aos opioides como morfina, assim como nos casos de tolerância ou de efeitos colaterais intoleráveis. Apresenta baixo custo e facilita a aderência pelo menor número de tomadas durante o dia. Tem excelente biodisponibilidade quando administrada por via oral (80 – 95%), com início de ação em 30 – 60 minutos (pico em 60 – 120 minutos), e prolonga-se por 6 a 8 horas no início do tratamento, mas pode chegar a 12 ou até mesmo a 24 – 48 horas de analgesia quando usada repetidamente. É altamente lipofílica, distribuindo-se rapidamente no cérebro, fígado, pulmões, músculos, rins e tecido adiposo, além de se ligar às proteínas plasmáticas. É metabolizada no fígado e não possui metabólitos ativos clinicamente importantes. Os metabólitos inativos são eliminados pelas fezes (90%) e pela urina (10%) (ARNSTEIN; BLOUIN; BLINDERMAN, 2010). Sua meia-vida de eliminação é extremamente variável (3 a 128 horas) e não reflete a duração da analgesia, necessitando ser administrada em intervalos relativamente curtos, principalmente no início do tratamento. Após algumas horas a dias (tempo esse variável de pessoa para pessoa), a metadona que foi impregnada nos tecidos volta à circulação. O tempo necessário para atingir um equilíbrio tecido-plasma varia de 4 a 13 dias (em média, 5 dias) (ARNSTEIN; BLOUIN; BLINDERMAN, 2010; GOODMAN; JONES; GLASSMAN, 2010). Essa característica farmacocinética peculiar faz com que a titulação de metadona seja feita de forma diferente dos demais opioides.

Existem várias propostas para a titulação de metadona e conversão a partir de outro opioide (ALVES NETO, 2009; ARNSTEIN; BLOUIN; BLINDERMAN, 2010; GOODMAN; JONES; GLASSMAN, 2010). Uma regra geral é começar em doses baixas e incrementar lentamente. Para pacientes “virgens” de opioide, pode-se começar com 2,5mg

a 5mg de metadona a cada 6 a 8 horas, aumentando a dose de 2,5mg a cada 4 a 7 dias (o tempo que levará para atingir a estabilidade plasmática). Uma vez definida a dose estável de manutenção, a metadona pode ser administrada a cada 12 horas ou até mesmo em uma única dose diária, geralmente noturna. Pode-se usar a própria metadona como analgésico de resgate na dose de 10 a 30% da dose diária de metadona, podendo repetir a cada 30 – 60 minutos se dor forte e a cada 3 – 4 horas se dor moderada, mas, se possível, deve-se dar preferência para um opioide de ação curta como a morfina.

A equivalência analgésica entre a morfina (e outros opioides) e a metadona não é linear, variando significativamente conforme a dose diária de morfina utilizada. Em seguida, duas sugestões de conversão de dose.

Tabela 3 – Equivalência de morfina oral para metadona oral

Morfina (mg)	Equivalência	Metadona (mg)
< 100	3:1	0 – 30
101 – 300	5:1	20 – 60
301 – 600	10:1	30 – 60
601 – 800	12:1	50 – 67
801 – 1000	15:1	53 – 67
> 1000	20:1	50

Fonte: (EMR PCC, 2010).

Como converter a dose de morfina para metadona (esquema I):

- Calcular a dose equivalente da metadona por meio da Tabela 5;
- Dividir, inicialmente, a dose diária em quatro tomadas e, após alguns dias, passar para três ou duas tomadas;
- Usar a morfina (10% da dose diária) como analgésico de resgate.

Exemplo: um paciente faz uso de 90mg de morfina a cada 4 horas. Como converter para metadona?

- $90\text{mg} \times 6 = 360\text{mg}$ de morfina em 24 horas;
- Entre 301 e 600mg, a conversão é 10:1, ou seja, 360mg de morfina equivalem a 36mg de metadona;
- $36\text{mg} / 3 = 12\text{mg}$. Podemos “arredondar” para 10mg a cada 8 horas.

1. Como converter de morfina (ou de outro opioide) para metadona (esquema II para pacientes que possam manifestar a queixa de dor e solicitar o analgésico quando necessário):

- Calcular a dose total de 24 horas e converter para morfina;

- Administrar 10% da dose de 24 horas de morfina **se dor**, em miligramas de metadona, até de 3 em 3 horas, por 5 dias. Obs.: se a dose diária de morfina for maior do que 300mg, a dose máxima de metadona será limitada a 30mg até de 3 em 3 horas.

No sexto dia, somar todas as doses de metadona administradas nas últimas 48 horas e dividir por 2 (para achar o valor médio dos dois últimos dias). Essa é a dose de manutenção em 24 horas de metadona. Dividir em duas a três tomadas.

Exemplo 1: Um paciente está tomando 100mg de morfina a cada 4 horas. Como converter para metadona?

- 100mg a cada 4 horas = 600mg de morfina/24h.
- 10% de 600mg = 60mg. **Lembrar que a dose máxima é de 30mg.**
- Como essa dose é limitada a 30mg, a dose a ser administra é de 30mg, **se dor**, até de 3 em 3 horas, por 5 dias.
 - No primeiro dia, paciente usou quatro doses de 30mg, total de 120mg.
 - No segundo dia, paciente usou três doses de 30mg, total de 90mg.
 - No terceiro dia, paciente usou três doses de 30mg, total de 90mg.
 - No quarto dia, paciente usou duas doses de 30mg, total de 60mg.
 - No quinto dia, paciente usou uma dose de 30mg, total de 30mg.

A quantidade de metadona utilizada nas últimas 48 horas: 90mg

- $90 / 2 = 45\text{mg}/\text{dia}$.
- A dose de manutenção a partir do sexto dia = 45mg em três tomadas, ou seja, 15mg a cada 8 horas.

Exemplo 2: Um paciente está tomando 60mg de oxicodona a cada 12 horas. Como converter para metadona?

- 60mg a cada 12 horas = 120mg ao dia (oxicodona) = 240mg de morfina/24 horas.
- 10% de 240mg = 24mg. **Lembrar que a dose máxima é de 30mg.**

A dose de metadona a ser administra é de 24mg **se dor** até de 3 em 3 horas, por 5 dias. Como os comprimidos são de 5mg e de 10mg, arredondaremos para 25mg.

- No primeiro dia, paciente usou seis doses de 25mg, total de 150mg.
- No segundo dia, paciente usou quatro doses de 25mg, total de 100mg.
- No terceiro dia, paciente usou três doses de 25mg, total de 75mg.

- No quarto dia, paciente usou duas doses de 25mg, total de 50mg.
- No quinto dia, paciente usou duas doses de 25mg, total de 50mg.

A quantidade de metadona utilizada nas últimas 48 horas: 100mg

- $100\text{mg} / 2 = 50\text{mg}/\text{dia}$.
- A dose de manutenção a partir do sexto dia = 50mg em duas tomadas, ou seja, 25mg a cada 12 horas.

Obs.1: Existem vários esquemas diferentes de titulação e conversão de metadona. Com o uso crônico, alguns pacientes podem apresentar uma redução da dose diária de metadona, mesmo com dor oncológica. O mais importante é manter a monitorização clínica com a menor dose analgésica eficaz para minimizar os efeitos colaterais.

Obs.2: O uso de meperidina é proscrita para o tratamento de dor crônica, pois seu metabólito ativo, a normeperidina (de meia-vida mais longa do que a meperidina) é neurotóxica e isenta de efeito analgésico – quando usada em doses repetidas, acumula-se no organismo, causando alterações neurológicas, inclusive convulsões.

Dose de resgate

Além do opioide de horário (dose regular), é importante prescrever a dose de resgate, ou seja, uma dose extra em caso de dor agudizada. Geralmente, essa dose é em torno de 1/10 a 1/6 da dose regular total diária e deve ser administrada quantas vezes for necessária para o alívio da dor, respeitando-se o tempo de pico máximo de ação analgésica. No caso da morfina de liberação rápida, a dose de resgate é igual à dose regular, ou metade dessa dose, nos casos de pacientes idosos muito idosos ou caquéticos. Para pacientes que fazem uso de formulações de longa duração, orienta-se iniciar o resgate com a dose equivalente de morfina de 1/10 da dose diária total, pois há menos flutuações do nível sérico do opioide de uso regular. É importante salientar que a dose regular deve ser administrada conforme o horário programado, independentemente da dose de resgate. A dose de resgate pode ser o mesmo opioide da dose regular ou um opioide da mesma classe de potência ou de potência superior, mas de ação rápida. Não se deve usar um opioide fraco como resgate de um opioide forte. A seguir, alguns exemplos:

1. Um paciente está recebendo 30mg de morfina a cada 4 horas. Qual é a dose de resgate (via oral)?

- Calcular a dose regular diária de morfina: $30 \times 6 = 180\text{mg}$;
- Calcular a dose de resgate (10% da dose diária) = $180\text{mg} \times 10\% = 18\text{mg}$;
- Nesse caso, a morfina de resgate pode ser arredondada para 20mg (dois comprimidos de 10mg);
- A dose de resgate da morfina (oral) pode ser repetida a cada 40 a 60 minutos. Se, após uma hora, não se obtém a analgesia eficaz (dor moderada à forte), não adianta esperar mais, já que esse é o

tempo para sua ação analgésica máxima (via oral). Então, administra-se mais uma dose de resgate na segunda hora. Com a administração de intervalos muito menores, há possibilidade de intoxicação.

2. O mesmo paciente que está recebendo 30mg de morfina a cada 4 horas. Qual é a dose de resgate (via endovenosa)?

- Calcular a dose regular diária de morfina: $30 \times 6 = 180\text{mg}$;
- Calcular a dose de resgate (10% da dose diária) = $180\text{mg} \times 10\% = 18\text{mg}$;
- A dose parenteral é três vezes mais potente do que a dose oral; logo, a dose de resgate EV será de $18 / 3 = 6\text{mg}$;
- A dose de resgate da morfina (endovenosa) pode ser repetida a cada 5 a 15 minutos, já que esse é o tempo para seu pico de ação analgésica máxima (via endovenosa).

Obs.: O intervalo entre as doses de resgate por via subcutânea deve ser pelo menos duas vezes o da via endovenosa.

Ajuste de posologia para o dia seguinte

Quando a dor não estiver controlada adequadamente e há necessidade de recorrer ao uso de doses de resgate frequentemente, então devemos ajustar a posologia do opioide. Uma forma simples e prática de fazer este ajuste é somar toda a dose de opioide (dose regular e dose de resgate) utilizada no dia anterior. Esta é a quantidade de opioide que o paciente precisará tomar no dia seguinte para obter uma analgesia adequada. Para a metadona, espera-se em torno de 5 a 7 dias para o ajuste da dose regular. Por exemplo:

- Um paciente recebeu no dia anterior 30mg de morfina a cada 4 horas. Além disso, recebeu mais quatro doses de 15mg como resgate. O ajuste de dose para o dia seguinte será:
 - Somar todo o opioide que o paciente recebeu;
 - Doses regulares: $6 \times 30\text{mg} = 180\text{mg}$;
 - Doses resgates: $4 \times 15\text{mg} = 60\text{mg}$;
 - Total = $180 + 60 = 240\text{mg}$;
 - A quantidade de opioide para o dia seguinte é de 240mg;
 - Dividir a dose total por número de tomadas: $240 / 6 = 40\text{mg}$;
 - A dose regular para o dia seguinte é de 40mg a cada 6 horas.
- A dose de resgate é: 10% de 240 = 24mg; arredondar para 20mg (dois comprimidos de 10mg).

Rotação de opioide

Durante o tratamento da dor, há situações em que é preciso trocar o opioide em uso atual por outro, motivado por efeitos colaterais intoleráveis (*delirium*, sonolência excessiva, neurotoxicidade), por ineficácia ou pelo desenvolvimento de tolerância, pela facilidade de administração posológica etc – a isso se nomeia rotação de opioide, que é a troca de um opioide por outro. Uma forma prática e simples de realizá-la é pelo cálculo da dose diária do opioide atual e converter para o opioide desejado consultando a “tabela de equivalência de opioides”. Uma vez feita tal conversão, é recomendado que se reduza cerca de 25% a dose do novo opioide. A seguir, alguns exemplos:

- Um paciente está recebendo codeína 60mg VO de 4 em 4 horas sem controle adequado da dor. A equipe resolveu trocar o opioide para morfina. Como fazer esta conversão?
 - Calcular a dose diária atual de codeína: $60\text{mg} \times 6 \text{ tomadas} = 360\text{mg}$;
 - Calcular a dose equivalente da morfina. Como a morfina é dez vezes mais potente que a codeína, logo 360mg de codeína é equivalente a 36mg de morfina;
 - Reduzir 25% a dose de morfina diária calculada, ou seja, 75% de 36mg = 27mg;
 - Dividir a dose diária pelo número de tomadas durante o dia; neste caso, serão seis tomadas, já que a morfina deve ser administrada a cada 4 horas: $27 / 6 = 4,5\text{mg}$;
 - O paciente recebia 60mg de codeína a cada 4 horas e passará a receber 4,5mg de morfina a cada 4 horas. Como o comprimido de morfina é de 10mg ou 30mg, podemos «arredondar» a dose atual para 5mg de 4 em 4 horas.
- Este mesmo paciente, após duas semanas, apresentou a dose de morfina escalonada para 40mg a cada 4 horas com controle adequado da dor, mas o paciente acha muito incômodo tomar o medicamento a cada 4 horas, o que levou a equipe a trocar mais uma vez de opioide, agora pela oxicodona (de liberação lenta). Como fazer esta conversão?
 - **Calcular a dose diária atual** da morfina: $40\text{mg} \times 6 \text{ tomadas} = 240\text{mg}$;
 - **Calcular a dose equivalente** da oxicodona. Como a oxicodona é duas vezes mais potente que a codeína, logo 240mg de morfina equivalem a 120mg de oxicodona;
 - **Reduzir 25%** a dose de oxicodona diária calculada, ou seja, 75% de 120mg = 90 mg;
 - **Dividir a dose diária pelo número de tomadas** durante o dia; neste caso, serão duas tomadas, já que a oxicodona (de liberação lenta) deve ser administrada a cada 12 horas: $90\text{mg} / 2 = 45\text{mg}$;
 - O paciente recebia 40mg de morfina a cada 4 horas e passará a receber 45mg de oxicodona a cada 12 horas. Como o comprimido de oxicodona é de 10mg, 20mg ou 40mg, podemos “arredondar” a dose atual para 40mg de 12 em 12 horas.

Obs.: Algumas pessoas podem apresentar sensibilidade variável para diferentes opioides. Para umas, esta maneira de rotacionar opioide pode resultar em analgesia deficiente, e para outras, a dose calculada pode ser excessiva, necessitando de ajuste fino após a rotação.

Tabela 4 – Equivalência de opioides (dose administradas em 24h)

Opioide	Morfina oral	Equivalência
Morfina parenteral 10mg	Morfina 30mg VO	01:03
Morfina parenteral 15mg*		1:2*
Codeína 30mg VO	Morfina 3mg VO	10:01
Tramadol 150 mg VO	Morfina 30mg VO	5:1**
Tramadol 100 mg EV		3,33:1**
Oxicodona 10mg VO	Morfina 20mg VO	01:02
Oxicodona 7,5mg VO*		1:1,5*

Fonte: (YUM, 2008).

* Há pequenas variações na literatura quanto à dose equivalente entre opioides e entre diferentes vias de administração de um mesmo opioide.

** Alguns autores descrevem maior segurança dividindo a dose de tramadol oral por dez (semelhante à codeína) e, se necessário, acrescentar morfina de resgate no início da titulação, principalmente para pacientes mais frágeis.

Tabela 5 – Equivalência entre morfina e fentanil transdérmico (adesivo cutâneo – “patch”)

Morfina VO (mg/24h)	Fentanil “patch” (mcg/h/72h)
30 ~ 45	12*
45 ~ 134	25
135 ~ 224	50
225 ~ 314	75
315 ~ 404	100
405 ~ 494	125
495 ~ 584	150
585 ~ 674	175

Fonte: Bula do fentanil “patch”, marca principal.

* Fentanil “patch” de 12mcg/h na realidade libera 12,5mcg/h, mas é impresso na embalagem 12mcg/h para evitar possível confusão com o adesivo de 125mcg/h.

Principais efeitos colaterais dos opioides

Assim como qualquer medicamento, os opioides podem causar efeitos indesejáveis em maior ou menor intensidade, a maioria previsíveis; portanto, contornáveis (HARRIS, 2008; TWICROSS, 2006). Além de seus efeitos adversos serem bastante conhecidos, ainda podemos contar com os antídotos específicos (por ex.: naloxone). Embora sejam úteis em algumas situações de intoxicação, a necessidade frequente de recorrer ao antídoto pode denotar a imperícia no manejo de opioides. Um sinal clássico de intoxicação por opioide é a miose puntiforme (pupilas tipo “cabeça de alfinete”), mas nem sempre ocorre e pode manifestar-se em outras situações sem intoxicação.

Constipação – praticamente todos os pacientes que fazem uso crônico de opioides apresentam constipação; portanto, **os laxantes osmóticos, estimulantes da mucosa e alguns lubrificantes devem ser prescritos preventivamente** em conjunto com os opioides. Por ex.: bisacodil – 5mg de 8h/8h.

Sonolência – é mais frequente no início do tratamento com opioides. Merece uma atenção especial, pois pode ser um dos sintomas que precedem a depressão respiratória. Às vezes, a sonolência é desejável, mas quando interfere na qualidade de vida, deve ser tratada. O primeiro passo é rever a dose. Se a dose é adequada, verificar se há outra possível causa para a sonolência (por ex.: o uso concomitante de outras medicações que causam sedação). Se não há como reduzir a dose sem comprometer a analgesia, pode-se utilizar um psicoestimulante, como o metilfenidato: 5mg a 10mg pela manhã e uma segunda dose no almoço. Não deve ser administrado no final da tarde ou à noite devido ao risco de insônia. Se não houver uma boa resposta, opta-se pela troca de opioide (ver mais adiante).

Náusea – também é mais comum no início do tratamento e tende a desaparecer em alguns dias. Pode ser contornada com antieméticos como a metoclopramida, o haloperidol ou até a ondansetrona. Também merece atenção, pois pode ser um dos sinais de intoxicação, principalmente pela metadona. Nesse caso em especial, a intoxicação por metadona apresenta precocemente náuseas e vômito muito antes da sonolência e da depressão respiratória, motivo pelo qual muitos autores recomendam não utilizar antieméticos durante o uso de metadona.

Arritmia por metadona: assim como muitas drogas, a metadona pode causar o prolongamento do intervalo QT e causar arritmias cardíacas graves, potencialmente fatais como *Torsade des Pointes*. A recomendação (KRANTZ, 2009) é que seja feito um rastreamento, realizando um eletrocardiograma (ECG) e obtendo intervalo QT corrigido (QTc) em todos os pacientes que fazem uso de metadona, em especial àqueles que têm doença estrutural cardíaca, e repetir o ECG em 30 dias e depois anualmente ou quando a dose de metadona exceder 100mg/dia. Para QTc entre 450 milissegundos (ms) a 500 ms, deve-se pesar o risco e o benefício do uso de metadona e monitorar QTc com mais frequência; para QTc > 500ms, deve-se considerar a interrupção do uso de metadona ou reduzir sua dose; suspender o uso de drogas que causam hipocalcemia e hipomagnesemia ou trocar por uma droga alternativa. Deve-se ter em mente que a metadona pode interagir com outras drogas que causam o prolongamento do QTc ou que interferem na sua meia-vida plasmática, aumentando o risco de complicações dessa esfera, em especial medicamentos utilizados em cuidados paliativos, como neurolépticos, tricíclicos e antibióticos.

Obs.: QT é o intervalo entre o início da onda Q e o término da onda T e RR é o intervalo entre as duas ondas R, ou seja, a frequência cardíaca.

No livro de cardiologia Brawnwald (BONOW, 2011), sugere-se outra fórmula menos sensível às variações da frequência cardíaca (FC) e os intervalos são medidos em milissegundos:

$$QTc = QT + 1.75 (FC - 60)$$

Delirium – os pacientes idosos, debilitados ou que recebem vários medicamentos (psicotrópicos ou não) são os mais susceptíveis. Sempre se deve pesquisar outra possível causa (infecção, desidratação, excesso de medicamentos, mesmo dor não controlada etc.). Descartada a outra causa clínica, ajusta-se a dose ou troca-se o opioide. Os neurolépticos podem ser utilizados como sintomáticos (por ex.: haloperidol 2mg a 5mg, duas a três vezes ao dia ou risperidona 1mg a 2mg, duas vezes ao dia).

Mioclonia – pode-se reduzir a dose de opioide, trocá-lo ou adicionar um benzodiazepínico (por ex.: clonazepam 0,5mg, uma a duas vezes ao dia).

Neurotoxicidade por opioide – rara complicação, em geral com pacientes desidratados, infectados, em que o aumento do opioide em uso piora o quadro de dor. Manifesta-se com dor abdominal, mioclonias, hiperalgesia e alodínia pelo corpo todo. É resolvida em geral com cuidados clínicos e rotação de opioide.

Depressão respiratória – é o efeito colateral mais temido, porém é raro quando o opioide é utilizado conforme as recomendações. Também é mais comum no período inicial do tratamento ou durante o ajuste de dose. Quando se depara com paciente em depressão respiratória, a tentação de utilizar imediatamente um antídoto (naloxone) é grande, mas nem sempre esta abordagem é a mais adequada. A decisão de usar o antídoto dependerá basicamente de duas perguntas:

- Quão grave é a depressão respiratória? Se a frequência respiratória (FR) estiver abaixo de dez movimentos por minuto e o paciente torporoso, recomenda-se que se use o antídoto.
- Quando foi administrada a última dose? Se a última dose administrada ainda será absorvida ou ainda atingirá o pico de ação, mesmo que a FR esteja acima de dez por minuto, porém o paciente está torporoso, o uso de naloxone deve ser considerado. Se a última dose foi administrada já há algum tempo (no caso de morfina, há mais de 1 hora –2 horas) e está além do tempo de pico de ação máxima, pode-se apenas observar (de perto), pois a tendência é o efeito do opioide tornar-se cada vez mais fraco. Suspende-se a dose seguinte e espera-se que o paciente recubra minimamente seu estado funcional para se reintroduzir analgesia opioide reajustada.

Dica de uso de naloxone

Diluir 0,4mg (uma ampola) em 20mL de água destilada e administrar 5mL da solução (0,1mg) EV a cada 1 a 2 minutos. Alternativamente, pode-se usar a via subcutânea, sem diluição, preferencialmente com agulha de insulina, aguardando o dobro de tempo entre as doses. Geralmente, o efeito é notável de imediato. Usa-se a menor dose possível devido ao risco de crise de abstinência. O efeito antagonico do naloxone dura entre 1 hora a 4 horas. Em caso de pacientes com intoxicação por opioide de longa duração ou com sistema de eliminação prejudicado (por ex.: insuficiência renal), pode ser necessário repetir a administração de naloxone por várias vezes.

Dicas de uso de opioides

- Prescrever “opioide de horário” em intervalos regulares conforme o seu tempo de ação.
 - Morfina 10mg VO/SC/EV de 4h/4h.
- Prescrever o “opioide de resgate” e definir o intervalo mínimo entre as doses de resgate, conforme o pico de ação da droga.
 - Morfina 5mg VO até de 1 em 1 hora.

- Morfina 5mg SC até de 20 em 20 minutos.
- Morfina 5mg EV até de 10 em 10 minutos (em crise de dor insuportável, na presença de um médico, pode ser administrado de 5 em 5 minutos).
- Prescrever preventivamente laxantes (isoladamente ou em combinação):
 - Bisacodil 5 a 10mg VO de 12h/12h a 8h/8h.
 - Hidróxido de magnésio 10mL a 20mL de 12h/12h a 8h/8h.
 - Fitoterápicos à base de sene ou cáscara sagrada.
 - Laxativos à base de polietilenoglicol e sais minerais (cuidado com a carga de sódio).
 - Lactulose 10mL a 20mL de 12h/12h a 8h/8h (pode aumentar flatulência e cólicas).

Óleo mineral 10mL a 20mL de 12h/12h (cuidado com o uso diário, com os pacientes que apresentam rebaixamento do nível de consciência e com os pacientes em uso de sonda nasointestinal, pois pode interferir na absorção de nutrientes e medicamentos, entre eles, o próprio opioide).

- Manter um analgésico não opioide para condições clínicas altamente responsivas a esta classe de medicamento, ou também para usar a menor dose necessária de opioide.

Por exemplo: Naproxeno 100mg de 12h/12h para dor óssea.

- Considerar o uso de coanalgésicos (adjuvantes).

Por exemplo: Gabapentina – iniciar 300mg VO à noite.

- No caso de opioides de ação curta (codeína, morfina), a última dose do dia (noturna) deve ser 50% a 100% maior que as doses regulares para evitar o despertar pela dor ou para tomar a dose da madrugada.
- Usar doses menores e intervalos maiores para pacientes idosos muito idosos, neuropatas, pneumopatas, nefropatas e hepatopatas.

O que não se deve fazer

- Usar um não opioide como analgésico de resgate quando o paciente já recebe um opioide de horário. O analgésico de resgate do paciente que usa opioide deve ser um opioide.
- Usar um opioide fraco como analgésico de resgate quando o paciente já usa um forte, pois o opioide fraco compete com o forte pelos receptores, prejudicando a ação do opioide forte. *Entretanto pode-se usar um opioide forte como analgésico de resgate quando o paciente está usando um opioide fraco.*

Adjuvantes

São medicamentos utilizados primariamente para outras finalidades, mas com ações auxiliares na analgésica. Alguns autores usam o termo «coanalgésico» para se referir a este grupo de fármacos. Serão comentados apenas alguns antidepressivos e anticonvulsivantes por serem mais utilizados no tratamento da dor, principalmente de origem neuropática. Em pacientes que recebem opioides com resposta analgésica parcial, tais coanalgésicos podem ser muito úteis para melhor controle da dor e, não raramente, até permitir a redução da dose de opioides (NCCN, 2010).

Quadro 3 – Medicamentos adjuvantes (coanalgésicos)

Medicamento	Comentários	Posologia
Amitriptilina	Sua ação analgésica é independente da sua ação antidepressiva e é atingida com doses menores do que as utilizadas para depressão e também mais rapidamente.	Começar com doses baixas e ajustar a dose a cada 3–5 dias (pode ser administrada em única dose noturna ou dividir em duas ou três tomadas):
	Potencializa os efeitos dos opioides.	↓ 25mg à noite
	Em pacientes idosos e fragilizados, deve-se evitar seu uso, ou a titulação deve ser mais lenta e com doses menores.	25mg de 12h/12h (ou 50mg à noite)
	Efeitos colaterais mais frequentes: boca seca, constipação, sonolência, retenção urinária, aumento de apetite, tontura, hipotensão postural e piora cognitiva.	↓ 25mg de 8h/8h (ou 25mg cedo e 50mg à noite)
	Deve ser evitado em pacientes com cardiopatias (distúrbio de condução – bloqueios), prostatismo, glaucoma e demência.	
Nortriptilina	Semelhante à amitriptilina, porém com tolerância melhor, pois possui menos efeitos anticolinérgicos.	Começar com doses baixas e ajustar a dose a cada 3–5 dias (pode ser administrada em única dose noturna ou dividir em duas ou três tomadas):
	Potencializa os efeitos dos opioides.	10mg à noite ↓ 25mg à noite ↓ 50mg à noite ↓ 75mg à noite

Continua

Medicamento	Comentários	Posologia
Gabapentina	É um medicamento com boa tolerabilidade. Os efeitos colaterais mais comuns são sonolência e tontura que podem ser amenizados com titulação gradual da posologia.	Começar com doses baixas e ajustar a dose a cada 3 dias: 300mg à noite ↓
	Em pacientes idosos e fragilizados, a titulação deve ser mais lenta e gradual.	300mg de 12h/12h ↓
	Usar doses menores em pacientes com insuficiência renal.	300mg de 8h/8h ↓
		600mg de 12h/12h ↓ 600mg de 8h/8h ↓ até 1.200mg de 8h/8h
Carbamazepina	Tem ação para neuralgia do trigêmeo e do glossofaríngeo (p. ex., pacientes com tumor de cabeça e pescoço) e algumas outras neuropatias de caráter lancinante.	Começar com doses baixas e aumentar a cada 3–5 dias: 100mg à noite ↓
	É necessária a monitorização de função hepática e medular (mielotoxicidade), podendo interagir com outros fármacos via metabolização hepática. Pode também causar sedação e ataxia.	100mg de 12h/12h ↓ 100mg cedo, 200mg à noite ↓ até 400mg de 12h/12h

Fonte: (YUM, 2008).

6.4.3 Dispneia

Segundo a *American Thoracic Society* (1999), a dispneia pode ser definida como

uma experiência subjetiva do desconforto respiratório que consiste em sensações distintas que variam na intensidade. Essa experiência deriva da interação entre múltiplos fatores fisiológicos, psicológicos, social e ambiental, podendo induzir respostas fisiológicas e comportamentais secundárias (BOOTH; MOOSAVI; HIGGINSON, 2008).

É um sintoma comum em pacientes com câncer, tanto de origem pulmonar como extrapulmonar, sua prevalência aumenta com a progressão da doença e é presente em 70% dos pacientes nas últimas seis semanas de vida (URONIS; ABERNETHY, 2008). Nas doenças cardiopulmonares avançadas de todas as etiologias, a dispneia é o sintoma mais prevalente (AMERICAN THORACIC SOCIETY, 1999). A dispneia é um dos sintomas mais devastadores e angustiantes para o paciente e para quem o assiste, podendo ser um dos motivos que leva o paciente a sofrer de distanásia, quando ele se submete a medidas desproporcionais, invasivas e agressivas, porém fúteis.

6.4.3.1 Como Avaliar

Assim como a dor, não temos meios objetivos para mensurar a dispneia, embora esteja frequentemente associada à taquipneia, batimento de asa do nariz (BAN) e uso de musculatura acessória. Nem mesmo a hipoxemia, mensurada por meio de gasometria, tem uma relação precisa com a dispneia. A melhor forma de avaliar a dispneia é por meio do relato do próprio paciente. Podemos utilizar as mesmas escalas (numérica, visual-analógica ou mesmo verbal) para medir a intensidade da dispneia cuja avaliação, como em qualquer outro sintoma, deve seguir a sequência: ouvir, perguntar e examinar.

Uma vez identificada a causa da dispneia, deve-se ponderar a possibilidade de um tratamento específico. Se a dispneia é decorrente de múltiplas metástases pulmonares, talvez haja poucas possibilidades de um tratamento específico, mas por outro lado, se ela é decorrente de um pneumotórax ou de um derrame pleural, pode ser tratada sem grandes dificuldades.

6.4.3.2 Como Controlar

Algumas medidas simples podem contribuir para o alívio da dispneia de forma significativa:

- Promover um ambiente tranquilo e bem arejado.
- Utilizar roupas leves que facilitam a movimentação.
- Posicionar adequadamente o paciente, preferencialmente com decúbito elevado.
- Fluxo de ar direcionado para o rosto do paciente – pode-se usar um pequeno ventilador.
- Embora com frequência e de forma empírica prescrita para os pacientes com dispneia, ainda não há evidências convincentes de que a oxigenioterapia suplementar seja realmente útil no alívio deste sintoma em todos os pacientes. Os dados disponíveis mostram que a oxigenioterapia é útil para o alívio da dispneia em pacientes com hipoxemia (BOOTH; MOOSAVI; HIGGINSON, 2008; URONIS; ABERNETHY, 2008; QASEEM et al., 2008).
- Em caso de ansiedade, utilizar benzodiazepínico, sempre iniciando com doses baixas, como lorazepam (1mg), clonazepam (0,5mg), diazepam (5mg).

6.4.3.3 Uso de Opioide para o Alívio da Dispneia

Os opioides são muito úteis para o manejo sintomático da dispneia, tanto para os pacientes em estágio avançado de câncer como para os sofrem de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ou de insuficiência cardíaca congestiva. O medo da depressão respiratória (rara quando usado corretamente) não deve ser uma barreira para o uso de opioide para aliviar a dispneia. Aliás, os estudos mostram que os opioides são muito eficientes no alívio da dispneia, no entanto alteram muito pouco os parâmetros gasométricos quando utilizados com critério e observação clínica (CLEMENS; KLASCHIK, 2008).

A forma de usar opioides para a dispneia é muito semelhante do modo como os usamos para a dor (ver mais detalhes acima). Para os pacientes “virgens de opioide”, devemos começar com doses baixas e para os pacientes

que já fazem uso de opioide, podemos aumentar cerca de 25% a dose atual. Além da dose regular (de horário), também devemos providenciar a dose de resgate, da mesma forma que fazemos para a dor.

6.4.4 Sororoca (Death Rattle)

Quando o paciente está nas últimas horas da sua vida, geralmente, torna-se apático, sonolento, torporoso e finalmente comatoso. Perde-se, então, o reflexo de deglutição, acumulando a secreção nas vias aéreas superiores (VAS) que, em combinação com os movimentos respiratórios, produz o som conhecido como “sororoca” (DOYLE et al., 2004). Embora isso não incomode o paciente, os familiares ficam apreensivos com o barulho. É importante explicar o que está acontecendo e reforçar que o paciente não está sofrendo, mas, às vezes, os familiares não conseguem assimilar bem a situação, sendo necessário intervir.

6.4.4.1 Como Controlar

- Elevar a cabeceira.
- Limpar a cavidade oral com uma gaze úmida em água bicarbonatada/ colutório diluído ou inclinar a cabeça de lado para drenar a secreção. Em geral, evita-se aspirar o paciente, mas apresentando abundante quantidade de escarro, às vezes com odor fétido, não há porque não aspirar as vias aéreas com todo o cuidado (lubrificar a sonda de aspiração mais delicada nº 10, sem usar muita pressão negativa).
- Butilescopolamina (20mg – 40mg) e furosemida (40mg – 60mg) SC/EV/inalada de 6h/6h.
- Colírio de atropina 0,05% a 1%: pingar quatro a duas gotas via sublingual de 8h/8h a 6h/6h.
- Diminuir ou mesmo suspender a hidratação.

6.4.5 Soluço

Embora possa parecer uma situação banal, o soluço (DOYLE et al., 2004), quando prolongado e não controlado, pode tornar um sintoma extremamente desagradável e estressante. Há muitas situações que podem causar o soluço, desde distúrbios metabólicos como uremia, irritação direta do músculo diafragma, dos nervos vago e frênico até afecções do sistema nervoso central. A identificação da sua causa pode permitir um tratamento específico, entretanto nem sempre ela é aparente e muitas vezes não há possibilidade de tratamento direcionado, como nos casos de tumor de sistema nervoso central de difícil acesso cirúrgico, como no tronco cerebral.

6.4.5.1 Como Controlar

- O estímulo faríngeo pode ser muito eficaz: segurar água gelada na região posterior da boca, colocar um cateter fino (de O₂) na orofaringe ou provocar espirros, estimulando a mucosa da narina com cotonete.
- Antieméticos como:
 - Domperidona 10mg a 20mg três vezes ao dia.
 - Metoclopramida 10mg a 20mg três vezes ao dia.
 - Baclofeno 5mg a 10mg duas vezes ao dia.
 - Nifedipina 10mg a 20mg duas vezes ao dia.
 - Valproato de sódio 250mg duas a três vezes ao dia, em caso de solução de origem central.
 - Clorpromazina 10mg a 25mg duas a três vezes ao dia, em caso de falência de outras medidas.

6.4.6 Fadiga e Astenia

É uma queixa frequente em pacientes com doença avançada, mas antes de atribuir a astenia ou a fadiga à doença de base, devemos nos atentar para possíveis causas tratáveis como anemia, infecção, insônia, depressão, hipotireoidismo, hipocalcemia, hiponatremia, hipercalcemia etc. (DOYLE et al., 2004; YENNURAJALINGAM; BRUERA, 2007).

6.4.6.1 Como Controlar

Medidas gerais (mais importantes que a medicamentosa):

- Evitar atividades que demandam gasto energético considerável ou desnecessário.
- Oferecer alimentos de consistência pastosa ou macia, para não exigir mais esforço do paciente, porém alguns não toleram esse tipo de consistência, devendo-se, então, adequar a dieta de acordo com a sua aceitação.
- Rever medicações que poderiam contribuir com a fadiga. Por exemplo: sedativos, diuréticos e opioides.
- Avaliar o aporte calórico-nutricional. O ato de comer, independente do resultado biológico, pode ter efeito “placebo” muito positivo na astenia.
- Adaptar as atividades, de acordo com o padrão da fadiga, ao longo do dia.

Abordagem medicamentosa possível:

- Prednisona 5mg a 40mg/dia ou outro corticoide na dose equivalente. O efeito dura cerca de 2 a 4 semanas.
- Metilfenidato: é um psicoestimulante bastante eficaz no tratamento da astenia induzida por opioides, mas pode ser tentado nas outras situações de astenia. Iniciar 5mg a 10mg duas vezes ao dia (ao acordar e ao início da tarde). O seu efeito é notável em 1 a 2 dias ou até no mesmo dia da introdução do medicamento.

6.4.7 Náuseas e Vômitos

Náuseas e vômitos são sintomas comuns na fase avançada do câncer, ocorrendo em 40% – 60% nas últimas semanas. São sintomas que causam muito desgaste psicológico e físico, contribuindo negativamente no curso da doença e na qualidade de vida (DOYLE et al., 2004; WOOD et al., 2007).

A história clínica e o exame físico são fundamentais para a sua avaliação, fornecendo dados importantes para o diagnóstico etiológico. As causas mais frequentes e que devem ser lembradas são: distúrbios metabólicos, medicamentos, infecções, gastroparesia, gastroenterites, constipação e obstrução intestinal. Em pacientes com câncer com potencial metastático, para o sistema nervoso central a hipertensão intracraniana, uma causa de origem do sistema nervoso central, precisa fazer a parte do diagnóstico diferencial.

Dos antieméticos disponíveis no nosso meio, a metoclopramida é a mais utilizada. O seu uso está indicado em quase todas as situações, exceto na obstrução intestinal maligna, pois, devido à sua ação pró-cinética, pode agravar os sintomas como cólica e vômitos. Pode ser usada nas doses de 10mg a 40mg a cada 4 a 6 horas. Quando usada em doses elevadas, pode ocorrer o parkinsonismo, principalmente em idosos. Haloperidol, uma droga antipsicótica, é um antiemético potente. Pode ser usado 1mg a 5mg a cada 6 a 8 horas. Também pode causar parkinsonismo e mais raramente a síndrome neuroléptica maligna. A ondansetrona e outras antagonistas de 5-HT₃ são antieméticos de escolha para vômitos relacionados à quimioterapia e à radioterapia, e um efeito colateral comum é a constipação. As drogas antieméticas de mecanismos de ação diferentes podem ser usadas em combinação.

6.4.7.1 Como Controlar

Medidas gerais:

- Manter um ambiente agradável, calmo, limpo e livre de odores.
- Realizar higiene oral rigorosa e tapotagem ou drenagem de secreções, principalmente, duas horas antes das refeições, quando o paciente apresenta secreção pulmonar abundante.
- Administrar os medicamentos no horário correto, para o controle da dor.
- Ter o cuidado de administrar medicamento antiemético prescrito 40 minutos antes das refeições.

- Manter decúbito elevado após as refeições.
- Dieta, se tolerada, conforme a aceitação, em pequenas quantidades.
- Oferecer refeições leves.
- Fracionar a alimentação (pequenas porções de alimentos, várias vezes ao dia).
- A dieta deve ser de acordo com a aceitação do paciente.
- Frutas e sucos ácidos melhoram esses sintomas, mas se deve ter cautela na presença de mucosite, pois tais alimentos podem provocar dor.
- Alimentos mais secos e leves como biscoitos e torradas, alimentos sem gorduras ou molhos são bem aceitos.
- Indicar alimentos gelados, frios ou em temperatura ambiente, pois também possuem melhor aceitação.
- Evitar consumir os alimentos preferidos quando sentir náuseas. Isso poderá criar repugnância ao alimento.
- Evitar excesso de líquidos nas refeições.
- Consumir pequenas quantidades de líquidos frescos ou gelados ao longo de todo o dia.

Controle farmacológico dos sintomas:

- Metoclopramida – 10mg a 30mg de VO/SC de 8h/8h ou de 6h/6h. Se não tolerada, usar via SC. Evitar em caso de obstrução intestinal acompanhada de cólica.
- Haloperidol – 1mg a 2,5mg de VO/SC de 12h/12h ou de 8h/8h. Se não tolerada, usar via SC.
- Ondansetrona – 4mg a 24mg de VO/SC uma a três vezes ao dia (não é mais eficaz que a metoclopramida, exceto nas situações relacionadas à quimioterapia ou à radioterapia). Se não tolerada, usar via SC.
- Levomepromazina – 6,25mg a 25mg de VO/SC uma a duas vezes ao dia (ação em receptores dopaminérgicos, histaminérgicos, serotoninérgicos e anticolinérgicos).
- Dexametasona – 4mg de VO/SC de 12h/12h ou de 6h/6h em caso de vômitos relacionados à quimioterapia, à hipertensão intracraniana ou à suboclusão intestinal.
- Dimenidrinato – 12,5mg a 50mg de VO/SC de 12h/12h a 6h/6h. Cuidado com efeitos anticolinérgicos, ação interessante nos vômitos de causas vestibulares.
- Benzodiazepínicos, por exemplo, lorazepam 0,5mg a 2mg de VO uma a quatro vezes ao dia em caso de ansiedade.

6.4.8 Obstrução Intestinal Maligna

Ocorre com frequência em pacientes com câncer abdominal e pélvico avançado, em especial de origem intestinal e ginecológica. Quando uma intervenção cirúrgica não é viável, uma abordagem farmacológica pode

oferecer um bom controle sintomático e não é raro os pacientes sobreviverem longos períodos (semanas ou até meses), pois a obstrução geralmente não é completa (suboclusão). Desde que tolerado, os pacientes podem ingerir pequenas quantidades de alimentos e líquidos. É fundamental afastar outras causas que possam simular o quadro, em especial, constipação secundária a drogas (principalmente opioides) ou distúrbios hidroeletrólíticos (p. ex.: hipercalcemia). Lembrar que o quadro de obstrução intestinal pode ser uma condição passível de abordagem cirúrgica (DOYLE et al., 2004; MERCADANTE, 2004; LAVAL et al., 2006).

6.4.8.1 Como Controlar

Em caso de obstrução intestinal sem indicação de cirurgia:

- **Antissecretor:** escopolamina SC, na dose de 10mg a 30mg – três a quatro vezes ao dia.

Antieméticos:

- Haloperidol SC, 2,5mg a 5mg – duas a três vezes ao dia.
- Levomepromazina SC, 6,25mg a 25mg – uma a duas vezes ao dia.
- Metoclopramida SC, 10mg a 30mg – três a quatro vezes ao dia. É utilizada nos casos de suboclusão. A dose máxima pode chegar a 2 mg/kg/dia. Como se trata de um pró-cinético, pode agravar cólicas, devendo ser suspensa.
- Ondansetrona SC, 8mg a 24mg ao dia – uma a três vezes.
- Dexametasona 8mg a 16mg de SC dividida em duas a quatro vezes ao dia. Além do seu efeito antiemético, é um anti-inflamatório potente e reduz, mesmo que temporariamente, o efeito de massa tumoral e edema da parede intestinal.
- Octreotide 100mg – 200mg de SC 8h/8h. É uma droga que antagoniza a ação do peptídeo intestinal vasomotor (VIP) e diminui drasticamente a secreção intestinal e aumenta a reabsorção, diminuindo a pressão intraluminal e da parede intestinal. É droga de grande valor no manejo de obstrução intestinal maligna e, se disponível, deve ser introduzida precocemente. Uma das barreiras para seu uso é o custo elevado.

Obs.: Considerar gastrostomia ou jejunostomia (drenar conteúdo gástrico ou intestinal), caso o estado geral do paciente permita e que o tempo de sobrevida seja razoável para se beneficiar do procedimento.

6.4.9 Vias Alternativas de Medicamentos

Na assistência domiciliar, nem sempre se tem acesso imediato a insumos de uso comum hospitalar. Pode-se usar vias alternativas de administração de medicamentos para o controle de sintomas no final da vida, principalmente quando as doses de medicamentos não são altas, com poucas drogas em uso. Para um cuidador leigo, essas vias podem facilitar o tratamento de uma intercorrência pontual e intensa de sofrimento, como é o

caso de crise de dispneia, convulsão ou *delirium*, até conseguir ajuda da equipe de AD ou do Samu. Isso pode evitar uma internação desnecessária.

Outra situação é quando uma via clássica de administração de medicamento está inviável ou “saturada” (via enteral ou subcutânea), necessitando de adaptações para garantia de medicamentos, como nos casos de pacientes em anasarca ou inúmeras lesões cutâneas.

Abaixo, estão alguns exemplos de medicamentos de administração via retal e sublingual (HOSPITAL..., 2009; SMITH, 2001; TWYLCROSS; WILCOCK, 2007).

Em geral, as doses dos comprimidos e soluções orais são idênticas quando se altera a aplicação para essas vias.

Para as aplicações sublingual e bucal, as soluções mais concentradas são preferidas. O volume ideal de absorção seria 0,5mL – se a dose for maior, deve-se repeti-la com mais frequência. O gosto desagradável de certas soluções pode ser aliviado com gotas de flavorizantes, groselha, mel ou melado.

Para a via retal, os comprimidos de ação rápida podem ser macerados em glicerina líquida, água destilada/soro ou gel de lubrificação íntima; o volume total não deve passar de 5mL a 10mL. Deve-se retirar fezes impactadas volumosas ou pastosas da ampola retal, pois o medicamento deve ficar em contato direto com a mucosa. O tempo de absorção por essa via varia de minutos a duas horas para soluções e comprimidos de ação rápida, a depender das características do fármaco. É claro que esta via está contraindicada para pacientes com lesões anogenitais ou diarreia. A aplicação pode ser feita, após lubrificação adequada do material, com seringa pequena de 3mL ou 5mL, introduzindo-se a ponta pelo menos até 5cm dentro do canal anal, ou pode se usar uma sonda uretral ou de Levine encurtada (cortada), com *flush* de ar posteriormente para empurrar todo o medicamento na luz intestinal. Além de 5cm a 9cm, pode ocorrer absorção pelo sistema venoso mesentérico e consequente metabolização hepática antes da ação sistêmica, o que pode diminuir o efeito de vários medicamentos por essa via.

Sugestão de vias alternativas de prescrição para controle de sintomas no final da vida:

– via sublingual: Fentanil ampola 50mcg/ml (dose 12,5mcg a 50mcg)

Lorazepam 1mg/cp ou 2 mg/cp

Clonazepam gotas ou comprimido sublingual 0,5mg a 2mg

Clorpromazina 4% gotas – 5 a 10 gotas

Levomepromazina 4% gotas – 5 a 10 gotas

Fluoxetina gotas 20mg/mL

Midazolam ampola 1mg/mL ou 5mg/mL

Piroxicam sublingual 20mg/cp

– via bucal (na bochecha interna):

Fentanil ampola (idem sublingual)

Escopolamina ampola 20mg/mL ou gotas 10mg/mL (muito diluída)

– via retal: Bromazepam comprimido 3mg/cp ou 6mg/cp

Carbamazepina suspensão 20mg/ml (diluída meio a meio com água destilada, com menor intervalo entre doses)

Clonazepam gotas ou comprimido (idem sublingual)

Diazepam ampola 10mg/2mL ou comprimido 5mg/cp ou 10mg/cp

Fenobarbital ampola (absorção mais rápida) ou comprimido

Fluconazol 100mg/cápsula diluída em 5mL de soro fisiológico

Glicose hipertônica

Lorazepam comprimido (idem sublingual)

Meclizina comprimido 25mg/cp

Metadona ampola ou comprimido (5mg/cp ou 10 mg/cp)

Metoclopramida gotas 4mg/mL ou comprimido 10mg/cp

Morfina comprimido liberação rápida 10mg/cp ou 30mg/cp (absorção pode ser errática)

Morfina comprimido liberação lenta (não macerar cp, lubrificar com glicerina ou óleo mineral e aplicar via retal como supositório)

Valproato suspensão 250mg/mL

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA
ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). Manual de cuidados paliativos . Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. Disponível em: < http://www.paliativo.org.br/biblioteca_resultadobusca.php?publicacao=Livros >. Acesso em: 24 maio 2010.
DEREK DOYLE, D. et al. Oxford Textbook of Palliative Medicine . USA: Oxford University Press, 2005. Disponível em< http://books.google.com.br/books/about/Oxford_Textbook_of_Palliative_Medicine.html?hl=pt-BR&id=1n93PGjL0IMC >.
ESPAÑA. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guia de cuidados paliativos . Disponível em: < http://www.secpal.com/guiacp/guiacp.pdf >. Acesso em: 17 mar. 2010.
MENEZES, R. A. Em busca da boa morte : antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Fiocruz, Garamond, 2004.
O FIM da vida. Produção de BBC Worldwide Ltd. In: O Corpo. São Paulo: Abril, 2001. (Série em DVD, filme 7).

OLIVEIRA, R. A. (Coord.). Cuidado paliativo . São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. Disponível em: < http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/integras_pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf >. Acesso em: 24 maio 2010.
RANDALL, F.; DOWNIE, R. S. The philosophy of palliative care: critique and reconstruction . Oxford University Press, 2006.
TWYXCROSS, R.; WILCOCK, A.; TOLLER, C. S. (ed.). Symptom management in advanced cancer . 4th ed. Nottingham: PalliativeDrugs.com Ltd., 2009.
WALSH, T. D et al (Ed.). Palliative Medicine . Philadelphia: Saunders Elsevier, 2009.

REFERÊNCIAS

ABERNETHY, A. P.; CURROW, D. C. Evidence-Based Decision Making: Challenges and Opportunities. In: WALSH, D et al. **Palliative Medicine**. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2009.

ALVES NETO, O. (Org.). **Dor: princípio e prática**. Porto Alegre: Artmed. 2009.

AMERICAN THORACIC SOCIETY. Dyspnea: mechanisms, assessment and management: a consensus statement. **Am. J. Respir. Crit. Care Med.** [S.l.], v. 159, p. 321-340, 1999.

ARNSTEIN, P.; BLOUIN, G.; BLINDERMAN, C. **Massachusetts General Hospital Clinical Practice Recommendations Methadone for Pain Management**. Disponível em: <<http://www2.massgeneral.org/painrelief/methadonePainGuide22509.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2010.

BALLANTYNE, J. C. **The Massachusetts General Hospital Handbook of Pain Management**. 3 ed. Lippincott Williams and Wilkins, 2006.

BEAUCHAMP, T. L. Looking back and judging our predecessors. **KIE Journal**, [S.l.], v. 6, n. 3, p. 253, 1996.

_____.; CHILDRESS, J. F. **Principles of Biomedical Ethics**. 4. ed. New York: Oxford: 1994.

BOOTH, S.; MOOSAVI, S. H.; HIGGINSON, I. J. The etiology and management of intractable breathlessness in patients with advanced cancer: a systematic review of pharmacological therapy. **Nature Clinical Practice Oncology**, [S.l.], v. 5, p. 90-100, 2008.

BONOW, R. O. et al. (Ed.). **Braunwald's Heart Disease: a textbook of Cardiovascular Medicine**. 9th ed. Philadelphia, Elsevier Saunders, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Cuidados Paliativos Oncológicos: controle de sintomas**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

CLEMENS, K. E.; KLASCHIK, E. Effect of hydromorphone on ventilation in palliative care patients with dyspnea. **Support Care Cancer**, [S.l.], v. 16, p. 93-99, 2008.

DOYLE, D. et al. (Ed.). **Oxford textbook of palliative medicine**. 3. ed. New York: Oxford Univesity Press, 2004.

EASTERN METROPOLITAN REGION PALLIATIVE CARE CONSORTIUM (EMR PCC). **Opioid Conversion Ratios: Guide to Practice** 2010. Victoria, Australia. <[http://www.emrpcc.org.au/Uploadlibrary/405204312EMRPCCOpioidConversion2010\(Final\).pdf](http://www.emrpcc.org.au/Uploadlibrary/405204312EMRPCCOpioidConversion2010(Final).pdf)>. Acesso em: 1 out. 2012.

GLARE, P.; CHRISTAKIS; NICHOLAS, A. **Prognosis in advanced cancer**: illustrated ed. Oxford University Press, 2008.

GLARE, P.; VIRIK, K.; JONES, M. A systematic review of physicians survival predictions in terminally ill cancer patients. **BMJ**, [s.l.], v. 327, n. 26, 2003.

GOMEZ, S. M. et al. Control de sintomas em el enfermo com câncer terminal. In: IMEDIO, E. L. **Enfermeria em cuidados paliativos**. Madrid: Medica Panamericana, 1998.

GOODMAN, F.; JONES, W.; GLASSMAN, P. **Methadone dosing recommendations for treatment of chronic pain**, 2010. Disponível em: <<http://www.pbm.va.gov/Clinical%20Guidance/Clinical%20Recommendations/Methadone,%20Dosing%20Recommendations.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2010.

HARRIS, J. D. Management of expected and unexpected opioid-related side effects. **Clin. J. Pain**. [s.l.;s.n.], p. 8-13, may 2008. (Suppl. 10).

HOSPITAL PHARMACISTS' SPECIAL INTEREST GROUP IN PALLIATIVE CARE. **Care beyond Cure**: management of pain and other symptoms. 4th ed. Quebec: 2009.

HAYS, L. et al. Use of methadone for the treatment of diabetic neuropathy. **Diabetes Care**, [S.l.], v. 28, n. 2, p. 485-487, feb. 2005.

INTERNATIONAL OBSERVATORY ON END OF LIFE CARE (IOELC). **Global Development**. United Kingdom: IOELC, 2008. Disponível em: <www.eolc-observatory.net>. Acesso em: out. 2008.

KRANTZ, M. et al. QTc interval screening in methadone treatment. **Ann. Intern. Med.** [S.l.], v. 150, p. 387-395, 2009.

LAVAL, G. et al. Protocol for the treatment of malignant inoperable bowel obstruction: a prospective study of 80 cases at Grenoble University Hospital Center. **J. Pain Symptom Manage**, [S.l.], v. 31, n. 6, p. 502-512, jun. 2006.

MALTONI, M. et al. Successful validation of the palliative prognostic score in terminally ill cancer patients. **J. Pain and Symptom Management**, [S.l.], v. 17, n. 4, p. 240-247, 1999.

MERCADANTE, S. Aggressive pharmacological treatment for reversing malignant bowel obstruction. **J. Pain Symptom Manage**, [S.l.], v. 28, n. 4, p. 412-416, oct. 2004.

MORITA, T.; TSUNODA, J.; INOUE, S.; CHIHARA, S. Improved accuracy of physicians' survival prediction for terminally ill cancer patients using the Palliative Prognostic Index. **Palliat. Med.**, [S.l.], 15: p. 419-424, 2001.

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK (NCCN). **Clinical practice guidelines in oncology**: adult cancer pain. 2010. Disponível em: <http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/pain.pdf>. Acesso em: jul. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Renovação da atenção primária em saúde nas américas:** documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da saúde. Washington, D.C.: OPAS, 2007. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf>. Acesso em: jul. 2012.

QASEEM, A. et al. Evidence-based interventions to improve the palliative care of pain, dyspnea, and depression at the end of life: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. **Ann. Intern. Med.** [S.l.], v. 148, p. 141-146, 2008.

SMITH, S; SHARKEY, I; CAMPBELL, D. Guidelines for Rectal Administration of Anticonvulsant Medication in Children. **Paediatric and Perinatal Drug Therapy** 2001; v. 4, n. 4, p. 140-147, 2001.

SOARES, L. G. L. Dor em Paciente com Câncer. In: CAVALCANTI, I. L., MADDALENA, M. L. **Dor**. Rio de Janeiro: SAERJ, 2003. p. 285-299.

TWYXCROSS, R. **Introducing palliative care**. 4th ed. Radcliff Med Press, 2003. p. 4-8.

_____. **Oral morphine in advanced cancer**. [l.]: Beaconsfield Publishers, 2006. Disponível em: <<http://www.pallium.org.ar/Oral%20Morphine%20Rtwyxcross2006%5B1%5D.doc>>. Acesso em: 6 set. 2010.

TWYXCROSS, R.; WILCOCK, A. (Ed.). **Palliative care Formulary 3**. 3rd ed. Nottingham: PalliativeDrugs.com Ltd., 2007.

URONIS, H. E.; ABERNETHY, A. P. Oxigem for relief of dyspnea: what is the evidence? **Curr. Opin. Palliat. Care**, [S.l.], v. 2, p. 89-94, 2008.

VARGAS-SCHAFFER, G. Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. **Can. Fam. Physician** [S.l.], v. 56, n. 6, p. 514-517, jun. 2010.

WHALEY, L.; WONG, D.L. (Eds) **Nursing Care of Infants and Children**. StLouis, CV Mosby Co, 1987.

WONG, D. L.; BAKER, C. Pain in children: comparison of assessment scales. **Pediatric Nursing**, [S.l.], v. 14, p. 9-17, 1988.

WOOD, G. J. et al. Management of intractable nausea and vomiting in patients at the end of life: "I was feeling nauseous all of the time . . . nothing was working". **JAMA**, Chicago, v. 298, n. 10, p. 1196-1207, Sep. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines world**. Geneva: WHO, 2002.

_____. **Palliative care: the solid facts**. Geneva: WHO, 2004. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf>. Acesso em: 6 jun 2009.

YAMAGUCHI, A. M. et al. (Ed.) **Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar**. Barueri, SP: Manole, 2010.

_____; OLIVEIRA, I. B. Visita pré-óbito: preparo e atenção frente à iminência do falecimento. In: _____. et al. **Assistência domiciliar**: uma proposta interdisciplinar. Barueri, SP: Manole, 2010.

_____; OLIVEIRA, I. B. Cuidados paliativos domiciliares. In: Santos, F. S. (Ed.). **Cuidados paliativos**: diretrizes, humanização e alívio de sintomas. São Paulo: Atheneu, 2011. p. 31-38.

YENNURAJALINGAM, S.; BRUERA, E. Palliative management of fatigue at the close of life: "it feels like my body is just worn out". **JAMA**, [S.l.], v. 297, n. 3, p. 295-304, jan. 2007.

YUM, S. C. (Ed). **Manual de Cuidados Paliativos**: controle de sintomas. 2. ed. São Paulo: Hospital Santa Marcelina, 2008.

7 SITUAÇÕES ESPECIAIS EM ATENÇÃO DOMICILIAR

7.1 APRESENTAÇÃO

Na atenção domiciliar, algumas situações destacam-se pela sua relevância na prática cotidiana das equipes ou pelo seu grau de complexidade.

As situações mais relevantes caracterizam-se por serem comuns e, juntas, representarem a maioria das situações que devem ser conhecidas/dominadas pelos gestores e pelas equipes.

Já as mais complexas agregam aspectos que impõem dificuldades para sua resolução/acompanhamento, como pacientes com quadros mais graves e inseridos em contextos socioeconômicos familiares adversos.

Todas as equipes de Atenção Domiciliar e os gestores de serviços de atenção domiciliar (SADs) devem estar minimamente preparados e atentos para lidar com estas situações no seu dia a dia. Desta forma, este capítulo trata destas situações que, por suas características, serão designadas de **“Situações Especiais em Atenção Domiciliar”**. São elas:

- Violência na atenção domiciliar;
- Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) e Ventilação Mecânica Domiciliar (VMD);
- Intercorrências na atenção domiciliar;
- Óbito no Domicílio.

7.2 VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO DOMICILIAR

A violência e os maus-tratos podem ser definidos como “ato único ou repetido, ou ainda, ausência de ação apropriada que cause dano, sofrimento ou angústia e que ocorram dentro ou fora de um relacionamento de confiança” (PERIL-LEVIN, 2008).

O fenômeno social da violência vem sendo discutido, mesmo que de forma incipiente, desde as últimas décadas do século XX, tornando-se presente e inserido nas políticas públicas de Saúde, assistência e segurança, por meio de leis, diretrizes, programas e projetos para sua redução, seu combate e promoção de assistência, acolhimento e prevenção (MINAYO, 1994). Dada a magnitude e o crescimento de seus eventos, ocasionando um grande número de vítimas com sequelas orgânicas e emocionais, a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS, 2002) considerou que a questão da violência adquiriu um caráter endêmico e se converteu em um problema de saúde pública.

Ao considerar a violência como fenômeno social (MINAYO, 1994), é necessário compreender, também, a sua perspectiva cultural, política, social e econômica, e:

Nesse sentido, apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos [...]. Os diversos grupos populacionais são atingidos por diferentes tipos de violência com conseqüências distintas. Os homens sofrem mais violência que levam a óbito e tornam-se visíveis nos índices de mortalidade. Em outros segmentos, porém,

sobretudo o de criança, adolescente, mulher e idoso, as violências não resultam necessariamente em óbito, mas repercutem, em sua maioria, no perfil de morbidade, devido ao seu impacto sobre a saúde. (BRASIL, 2001b).

Assim como todo fenômeno social, a violência é um desafio para a sociedade, e não apenas um mal, indevidamente naturalizado e biologicamente determinado; ela pode ser um elemento de mudanças (MINAYO, 1994). Como um dos mecanismos importantes e hoje presente, para a atuação diante da problemática, tem-se a Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001, publicada no DOU nº 96, Seção 1, de 18 de maio de 2001 (BRASIL, 2001b).

Esta Portaria estabelece a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), que mediante um conjunto de ações articuladas e sistematizadas visam à promoção, à elaboração ou à readequação de seus planos, programas, projetos e atividades em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas.

A PNRMAV esclarece que os acidentes e as violências configuram um conjunto de agravos à saúde, podendo ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais – devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes – e as causas intencionais (como agressões e lesões infringidas ou autoinfringidas).

Considerando as diretrizes legais, propostas pela Portaria na perspectiva da promoção da Saúde, entendida como um processo político e social mediante o qual se busca a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, tanto no âmbito individual como no coletivo, e a criação de ambientes seguros e favoráveis à saúde. Ela define diretrizes para o setor da Saúde e identifica as responsabilidades institucionais consideradas essenciais na abordagem das questões relacionadas à prevenção de acidentes e de violências no País.

Nesse sentido, as equipes que compõem o SAD têm o papel de, além de cuidar dos pacientes no domicílio, ajudar a fazer a gestão dos seus cuidados e realizar a articulação dos pontos de atenção de modo a ampliar a resolutividade e a integralidade do cuidado.

Os profissionais de Saúde devem estar atentos para identificar violência e maus-tratos contra a pessoa que necessita de Atenção Domiciliar (AD) para efetivar ações de prevenção, promoção e acolhimento, sendo fundamental que os conceitos de violência sejam amplamente difundidos entre todos os integrantes da equipe, assim como para a comunidade quando possível. Para isso, é necessário conhecer as formas de maus-tratos que podem ser (BRASIL, 2002; PERIL-LEVIN, 2008; SEMFYC, 2010):

- **Negligência:** negação ou restrição de alimentos, falta de higiene, falta de apoio social, quedas por falta de supervisão ou ajuda, falta de administração de medicamentos, *deficit* na provisão de cuidados gerais, entre outros.
- **Abandono:** desamparo do paciente por uma pessoa que havia assumido a responsabilidade dos cuidados ou pela pessoa que tem o cuidado legal de sua custódia. Incluem o abandono em instituições assistenciais como hospitais, residências, clínicas, centros comerciais ou locais públicos e na via pública.

- **Abuso emocional/psicológico:** toda ação ou omissão que causa ou visa a causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Inclui: insultos constantes, humilhação, desvalorização, chantagem, isolamento de amigos e familiares, ridicularização, rechaço, manipulação afetiva, exploração, negligência, ameaças, privação arbitrária da liberdade, confinamento doméstico, críticas pelo desempenho sexual, omissão de carinho, negar atenção e supervisão.
- **Abuso físico:** pode ocorrer quando uma pessoa, que está em relação de poder à outra, causa ou tenta causar dano não acidental, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que pode, ou não, provocar lesões externas e/ou internas. O castigo repetido, não severo, também pode ser considerado violência física. São exemplos: espancamentos, restrições físicas, privações, uso inapropriado de fármacos, intoxicação induzida, restrições físicas e forçar a comer. Podem aparecer equimoses, fraturas e queimaduras.
- **Abuso econômico:** apropriação indevida de dinheiro e/ou propriedade, bloqueio ao acesso ao dinheiro ou à propriedade, roubo, extorsão afetando a saúde emocional e a sobrevivência dos membros da família.
- **Abuso sexual:** toda a ação na qual uma pessoa em relação de poder e por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica, obriga a outra ao ato sexual contra a sua vontade, ou que a exponha em interações sexuais que propiciem sua vitimização, da qual o agressor tenta obter gratificação. A violência sexual ocorre em uma variedade de situações como estupro, sexo forçado no casamento, abuso sexual infantil, abuso incestuoso e assédio sexual. Inclui, entre outras: carícias não desejadas, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos de forma forçada; exposição obrigatória a material pornográfico, exibicionismo e masturbação forçados, uso de linguagem erotizada em situação inadequada, impedimento ao uso de qualquer método contraceptivo ou negação por parte do parceiro (a) em utilizar preservativo; ser forçado (a) a ter ou presenciar relações sexuais com outras pessoas, além do casal.

Suspeita-se de maus-tratos quando é identificada alguma situação em que a pessoa está mais susceptível aos fatores de risco (PERIL-LEVIN, 2008; SEMFYC, 2010; ESPINDOLA; BLAY, 2007; BRASIL, 2007):

Fatores relacionados ao paciente:

- Idade superior a 80 anos.
- Fragilidades.
- Trastornos cognitivos.
- Convivência com o causador de maus-tratos.
- Antecedentes de maus-tratos em qualquer etapa do ciclo de vida.
- Maior grau de dependência.
- Sexo feminino: as mulheres idosas chegam a constituir 62% do total de denúncias.

Fatores relacionados ao cuidador:

- Excessiva dependência da pessoa ao cuidador.
- Antecedentes de condutas violentas ou comportamento antissocial.
- Drogadição.
- Parentesco: na maioria das vezes, os agressores são os próprios familiares.

Fatores sociofamiliares:

- Estresse do cuidador pode ser considerado o desencadeante da situação de maus-tratos ou violência e não necessariamente um fator de risco.
- Violência transgeracional: as pessoas que são vítimas de violência têm maior probabilidade de cometê-la.

A equipe de AD sensibilizada e apropriada dos conceitos devem utilizar todas as oportunidades de contato com a família e com o indivíduo para identificar sinais e sintomas que sugerem maus-tratos e violência (SEMFYC, 2010), tais como:

- Lesões não explicadas em diferentes estágios de evolução.
- Abandono de pacientes dependentes com recursos adequados.
- Demora em identificar lesão e solicitar cuidado em saúde.
- Disparidade de relatos da pessoa enferma e do cuidador.
- Explicações vagas ou pouco plausíveis de ambas as partes.
- Visitas frequentes às urgências por exacerbações de doenças crônicas mesmo diante de uma assistência médica adequada e dos recursos apropriados.

A identificação dos fatores de risco para violência ou maus-tratos permite que a equipe de AD procure confirmar ou excluir a suspeita. Em muitas vezes, mesmo com o olhar voltado para a procura desta condição, há necessidade da procura direta de informações pela equipe, devendo estas serem solicitadas, se possível, somente com a pessoa cuidada, na ausência do cuidador:

- Alguma vez alguém te maltratou ou te feriu em sua casa?
- Alguem já pegou suas coisas sem o seu consentimento?
- Em alguma situação, você já se sentiu ridicularizado ou ameaçado?

- Você tem medo de alguém em sua casa?
- Alguém já te obrigou a assinar documentos que não entendia ou foi obrigado a fazer coisas que não queria?
- Com que frequência você se sente abandonado ou permanece sozinho por muito tempo, não podendo contar com ninguém no momento em que precisa?
- Você já foi tocado fisicamente sem sua permissão?
- Você já ficou por algum período com fome, sede, sem cuidados de higiene pessoal ou sem os seus medicamentos?

7.2.1 Estratégias na Prevenção da Violência Doméstica

As equipes de Saúde apresentam foco não somente na identificação de violências domésticas, mas devem também conhecer estratégias para a prevenção dessas, sendo de extrema importância e devem ser pensadas sistematicamente, com ampla participação da sociedade. Incluem dentro dessas estratégias:

- Capacitação profissional.
- Punição aos agressores.
- Melhoria/aumento de serviços locais, como Delegacia das Mulheres e Delegacia da Criança e do Adolescente.
- Sistema de atenção universal de cuidado à saúde/ acesso a cuidado médico preventivo.
- Melhoria das condições de vida das famílias (água potável etc.).
- Aumento da responsabilidade individual pela proteção da pessoa em vulnerabilidade.
- Serviços de atendimento domiciliar e apoio às famílias de risco.
- Métodos de estimativa dos casos de risco.

Entre as estratégias de prevenção mais comumente utilizadas estão a capacitação profissional para identificar e lidar com situações de vulnerabilidade, sendo a medida mais efetiva; as campanhas pela mídia contra violência; e a punição aos agressores.

Muitas vezes, as estratégias são amplamente utilizadas, mas nem sempre são efetivas pela falta de recursos para a sua implementação mais ampla ou que garantam um melhor nível de qualidade. Outro fator determinante é a existência de estratégias que são melhores sucedidas para determinados tipos de violência (ex.: física x negligência).

7.2.2 Violência no Domicílio

A violência intrafamiliar é amplamente identificada como negligência e abuso de crianças e adolescentes, como violência doméstica contra mulheres, maus-tratos de idosos e de pessoas dependentes e portadoras de necessidades especiais, e que atinge parcelas importantes da população tendo um impacto significativo no bem-estar físico, emocional e social de indivíduos e comunidades (SOUZA et al., 2009). A violência intrafamiliar pode manifestar-se de várias formas e com diferentes graus de severidade (BRASIL, 2002). Estas formas de violência não se produzem isoladamente, mas fazem parte de uma sequência crescente de episódios, do qual o homicídio se torna a manifestação mais extrema.

7.2.3 Famílias Vulneráveis e Violência

A família desempenha um papel decisivo na educação formal e informal; em seu espaço, são absorvidos os valores éticos e morais e aprofundados os laços de solidariedade. É também em seu interior que se constroem as marcas entre as gerações e são observados os valores culturais (GOMES; PEREIRA, 2005).

Vulnerabilidade social é uma denominação utilizada para caracterizar famílias expostas a fatores de risco, sejam de natureza pessoal, social ou ambiental, que coadjuvam ou incrementam a probabilidade de seus membros virem a padecer de perturbações psicológicas (PRATI; COUTO; KOLLER, 2009). A vulnerabilidade social pode ser expressa no adoecimento de um ou vários membros, em situações recorrentes de uso de drogas, violência doméstica e outras condições que impeçam ou detenham o desenvolvimento saudável desse grupo.

A abordagem domiciliar é instrumento fundamental tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento, a adesão e o cuidado destas famílias e do indivíduo. A ampliação da rede é fundamental para o sucesso do acompanhamento com estas famílias.

A equipe de AD deve agir tendo em mente o conceito ampliado de saúde, não devendo ficar restrita às condições relacionadas com doenças ou prevenção dessas. Cada integrante da equipe individualmente e interdisciplinarmente deve ter um objetivo a curto e médio prazos para o atendimento destas famílias, principalmente em âmbito domiciliar.

7.2.4 Violência Urbana

Em locais de alto índice de violência urbana, é necessário que a equipe de AD esteja atenta para:

- Garantir o reconhecimento dos profissionais das equipes de AD pela população local – por meio dos conselhos locais e agentes comunitários de Saúde.
- Os profissionais das equipes devem estar identificados, com uniformes e crachás, indicando que são profissionais de Saúde.
- Os meios de transporte devem estar devidamente identificados, garantindo o reconhecimento da população como transporte de equipe de Saúde.

- As escalas de atendimento devem propiciar horários para estas visitas em períodos com maior circulação da população, preferencialmente no período da manhã ou início da tarde. Este horário deverá ser pré-pactuado com a família.
- Em regiões de muitos becos e alto índice de violência urbana, a equipe poderá solicitar a presença de agente comunitário de Saúde (ACS) responsável pela área para que facilite o acesso da equipe.
- Os profissionais em visita devem, na medida do possível, estar em duplas, e sempre a viatura de transporte da equipe deve estar à espera desses profissionais.
- No caso de conflitos extremos na região, os profissionais devem buscar condição de saírem dessas áreas imediatamente.

7.2.5 Violência e a Legislação Pertinente

A temática “violência e maus-tratos” necessita atenção especial de todos, em especial dos órgãos legislativos, para garantir os fluxos e desfechos corretos. O Brasil contempla legislações pertinentes para casos de violência contra crianças e adolescentes, mulheres, idosos e pessoas com deficiência. A seguir, serão descritas estas legislações de cada grupo específico de pessoas.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, no tocante aos casos de violência doméstica, de acordo com os artigos que regulam a conduta dos profissionais de Saúde – artigos 13, 17 e 245 – define a obrigatoriedade da comunicação dos casos suspeitos ou confirmados às autoridades competentes, em especial ao conselho tutelar, cabendo aos setores de Saúde e de Educação a notificação e a prevenção desses.

É indispensável um trabalho conjunto, em consonância com os conselhos tutelares e outros órgãos de proteção para que se possa determinar, com maior profundidade, a dinâmica do caso, seu diagnóstico e prognóstico. A equipe deve buscar por meio do atendimento multidisciplinar, uma abordagem terapêutica, e tomar as medidas gerais e legais cabíveis ao caso.

Qualquer tipo de discriminação ou de maus-tratos para com pessoas portadoras de necessidades especiais é crime previsto na Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1985, com pena de um a quatro anos de reclusão e multa. No caso da constatação da violência, as denúncias podem ser dirigidas para o Conselho Tutelar ou para o Ministério Público.

Relativa à violência contra a pessoa idosa, uma das formas de conceituá-la é a adotada pela Rede Internacional para a Prevenção dos Maus-Tratos contra o Idoso, segundo a qual se manifesta como um ato único ou repetido ou em omissão que lhe cause dano ou aflição e que se produz em qualquer relação na qual exista expectativa de confiança.

O monitoramento dos acidentes e violências contra a pessoa idosa está previsto no artigo 19 do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003), que trata da obrigação da comunicação dos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra o idoso pelos profissionais de Saúde à autoridade policial, ao Ministério Público, à Vigilância Sanitária, aos conselhos municipal, estadual e nacional do idoso. É fundamental que a equipe

esteja atenta às manifestações clínicas de abuso físico, financeiro, sexual, de negligência e às manifestações gerais, relativas ao cuidador e ao responsável, bem como à pessoa idosa (BRASIL, 2003).

A Lei Maria da Penha nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, configura violência doméstica e familiar contra a mulher, qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial, seja no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas; ou seja, no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa; ou ainda, em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação e de orientação sexual. Em seu artigo 7º, ela define como formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras: a violência física, a violência psicológica, a violência sexual, a violência patrimonial (abuso econômico) e a violência moral.

Da mesma forma que os demais segmentos mencionados, torna-se fundamental seguir o acompanhamento dentro dos preceitos legais, realizando uma abordagem preventiva e terapêutica, bem como executando as medidas profiláticas e preventivas de saúde específicas para casos de violência sexual. Em caso de violência contra a mulher, faz-se necessário também a notificação obrigatória, conforme estabelecida por meio da ficha de notificação de violência elaborada pelo Ministério da Saúde, bem como o encaminhamento às delegacias especializadas ou às comuns (em caso de sua ausência). Outro mecanismo de orientação é a Central de Atendimento à Mulher, Ligue 180, com atendimento gratuito 24 horas por dia, de segunda a domingo, inclusive feriados. A central atende em âmbito nacional e oferece orientações sobre o enfrentamento contra a violência e os serviços disponíveis mais próximos.

7.3 OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA (ODP) E VENTILAÇÃO MECÂNICA DOMICILIAR (VMD)

A insuficiência respiratória crônica costuma ser a fase final de diversas enfermidades respiratórias como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), fibrose pulmonar, graves deformidades torácicas e bronquiectasias adquiridas.

Os pacientes que vivem com hipoxemia e, muitas vezes, com hipercapnia, apresentam importante comprometimento físico, psíquico e social com deterioração da qualidade de vida, frequentemente de forma importante. Além disso, esses pacientes apresentam repetidas complicações, com numerosas internações hospitalares e consequente aumento do custo econômico para todos os sistemas de Saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA, 2000).

A oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) é considerada uma intervenção efetiva, principalmente para os pacientes com DPOC grave, proporcionando: reversão da policitemia secundária à hipoxemia; melhora da hipertensão arterial pulmonar, da função cardiovascular, neuromuscular e neuropsíquica, do sono e da capacidade de realizar as AVDs; redução das arritmias cardíacas e da dispneia; aumento da tolerância ao exercício e do peso corporal; e prevenção da descompensação da insuficiência cardíaca congestiva.

O cuidado a pacientes que estão em ODP se torna mais eficaz e eficiente quando acompanhado periodicamente por uma equipe de Atenção Domiciliar. Muitas vezes, pacientes e familiares recebem os equipamentos de

oxigenoterapia, mas não possuem um acompanhamento rotineiro por profissionais de Saúde, fazendo com que o custo seja exacerbado e a forma de utilização inadequada, podendo prejudicar a saúde dos pacientes.

O uso de oxigenoterapia domiciliar e o acompanhamento por uma equipe de Atenção Domiciliar proporcionam melhora na qualidade de vida e ampliação na sobrevivência destes pacientes, prevenindo e/ou diminuindo o número de internações hospitalares, além de disponibilizar leitos hospitalares ocupados por pacientes com necessidade exclusiva de oxigênio suplementar.

Considerando a oxigenoterapia um tratamento de alto custo, sua indicação deve impreterivelmente seguir alguns critérios com bases científicas. É de suma importância que a equipe de Saúde oriente detalhadamente como a ODP deve ser usada no domicílio, visto que, muitas vezes, observa-se o seu uso inadequado, seja por desconhecimento dos riscos pelos próprios usuários ou por orientação pouco esclarecedora por parte da equipe responsável.

7.3.1 Riscos, Oxidação e Efeitos Colaterais

A equipe de Atenção Domiciliar deve realizar treinamento e orientações com pacientes/familiares/cuidadores quanto aos riscos e ao manuseio do equipamento de oxigenoterapia no domicílio. Existem três categorias de riscos associadas à ODP:

- **Riscos físicos:** incêndios e explosões, traumas ocasionados pelo cateter ou máscara ou ressecamento de secreções devido à umidificação inadequada.
- **Efeitos funcionais:** retenção de CO_2 e atelectasias.
- **Efeitos tóxicos:** manifestações citotóxicas do oxigênio.

Os riscos de incêndios são, na maioria das vezes, ocasionados pelo hábito de fumar durante o uso do oxigênio; as explosões ocorrem, geralmente, por golpes ou quedas dos cilindros e/ou por manipulação inadequada dos redutores de pressão.

A retenção de CO_2 pode ser observada em alguns pacientes durante a administração de oxigênio. Nestes casos, é comum situações nas quais a equipe de Atenção Domiciliar encontra alterações da quantidade de fluxo de O_2 prescrita. Nessas, familiares, cuidadores ou os próprios pacientes elevam o fluxo de O_2 em determinados momentos de fadiga ou descompensação por excesso de atividade muscular.

Frequentemente, tal fato é ocasionado pela diminuição do estímulo respiratório hipóxico que resulta em diminuição da ventilação minuto (V_m) e no aumento concomitante do CO_2 . Entretanto estudos recentes sugerem que a hipótese mais provável é que o aumento da PaO_2 , resultante da administração de oxigênio, pode aumentar o espaço morto devido à reversão da vasoconstrição hipóxica pulmonar. Tal reversão aumentaria a perfusão de áreas com pequena ventilação, desviando sangue de áreas bem ventiladas, resultando em alterações da relação ventilação/perfusão, aumento do espaço morto e, conseqüentemente, da PaCO_2 .

Embora existam evidências de que a respiração com oxigênio a 100% aumenta significativamente o desequilíbrio ventilação/perfusão, a suplementação com oxigênio na concentração de 28% a 40% não modifica a relação ventilação/perfusão na maioria dos pacientes portadores de DPOC.

De fato, cada litro de O_2 associado ao ar ambiente eleva a FiO_2 total em quatro pontos percentuais, como, por exemplo, com um fluxo de O_2 de 1L/min, corresponde a uma FiO_2 de 24%.

O efeito da oxigenoterapia sobre a $PaCO_2$ pode ser monitorado por meio do pH. Mesmo no caso de aumentos da $PaCO_2$, a oxigenoterapia de baixo fluxo pode ser utilizada com segurança nos casos em que o pH se mantiver normal.

A toxicidade pulmonar por oxigênio pode ocorrer quando forem utilizadas frações inspiradas superiores a 50% por longos períodos. De qualquer maneira, o bom senso recomenda que seja utilizado o menor fluxo de O_2 necessário para manter a saturação adequada.

7.3.2 Critérios Clínicos para Indicação de ODP

A indicação de oxigenoterapia baseia-se em dados gasométricos e clínicos, que devem ser obtidos quando o paciente está em período clínico estável.

Segundo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, constituem indicação para prescrição de oxigenoterapia domiciliar prolongada a baixos fluxos os seguintes achados laboratoriais e de exame físico:

- Oxigenoterapia prolongada:
 - PaO_2 menor ou igual a 55mmHg ou saturação de O_2 menor ou igual a 88%; ou
 - PaO_2 entre 56mmHg e 59mmHg ou saturação de O_2 igual a 89% associado a: edema por insuficiência cardíaca, evidência de cor pulmonale ou hematócrito superior a 56%.
- Oxigenoterapia durante o exercício:
 - PaO_2 menor ou igual a 55mmHg ou saturação de O_2 menor ou igual a 88% documentada durante o exercício.
- Oxigenoterapia noturna (comprovação por meio de polissonografia):
 - PaO_2 menor ou igual a 55mmHg ou saturação de O_2 menor ou igual a 88% documentada durante o sono;
 - Queda da saturação de O_2 superior a 5% com sinais e sintomas de hipoxemia (embotamento cognitivo, fadiga ou insônia).

Para a prescrição da oxigenoterapia domiciliar prolongada é necessária a gasometria arterial recente, realizada durante doença estável, em repouso e em ar ambiente, pois ela permite a avaliação da condição ventilatória do

paciente pela análise da PaCO_2 . Não é suficiente para a prescrição o uso de oximetria de pulso. O acompanhamento domiciliar do paciente estável, entretanto, pode ser feito por oximetria de pulso.

7.3.3 Critérios Administrativos para Admissão ao Programa de Oxigenoterapia Domiciliar

Para admissão ao Programa de Oxigenoterapia Domiciliar, são necessários:

- Laudo atualizado emitido por médico (SUS e/ou Serviço de Saúde de Referência vinculado ao SUS) com solicitação da ODP, comprovando a necessidade de oxigênio, discriminando a doença pulmonar de base, as comorbidades associadas, o resultado da gasometria arterial, os medicamentos (nomes e doses) em uso e a data da última internação, bem como a prescrição que inclua o fluxo de oxigênio necessário, o número de horas por dia a ser usado e o tipo de cateter ou máscara.
- Exames complementares:
 - Gasometria arterial recente, em repouso e em ar ambiente nos parâmetros especificados pela Sociedade de Pneumologia e Tisiologia; na impossibilidade de realização da gasometria, poderá ser utilizada a oximetria de pulso, se os valores se enquadrarem nos seguintes parâmetros: SpO_2 menor ou igual a 88% em repouso e SpO_2 menor ou igual a 88% após teste de esforço.
 - Hematócrito: se necessário, o exame radiológico de tórax atualizado; eletrocardiograma ou ecocardiograma atualizados que constatem (ou não) sinais de cor pulmonale crônico.
 - Documentos: apresentação da cópia do RG, CPF, Cartão SUS e comprovante de endereço do paciente (área de abrangência do SAD) e cópia do RG e do CPF do seu responsável. Termo de compromisso e adesão ao Programa de Oxigenoterapia Domiciliar assinado pelo paciente ou responsável legal.
 - A situação domiciliar compatível com as condições mínimas para a prestação do serviço, possibilitando a manutenção do equipamento, o que constitui outro critério para admissão.

Monitorização dos Pacientes Cadastrados

A monitorização do paciente em uso de oxigenoterapia domiciliar prolongada será realizada de duas formas:

- A cada seis meses, para renovação do cadastro, com atualização da prescrição por meio de relatório médico, realizada pelo pneumologista.
- Reavaliação após episódio de exacerbação da doença ou após alta hospitalar, para verificar necessidade de estabelecer novo fluxo de oxigênio.

- Acompanhamento periódico pelo fisioterapeuta (reabilitação pulmonar – revisão do fluxo de oxigênio após aumento da tolerância ao exercício com O₂).

7.3.4 Critérios de Exclusão

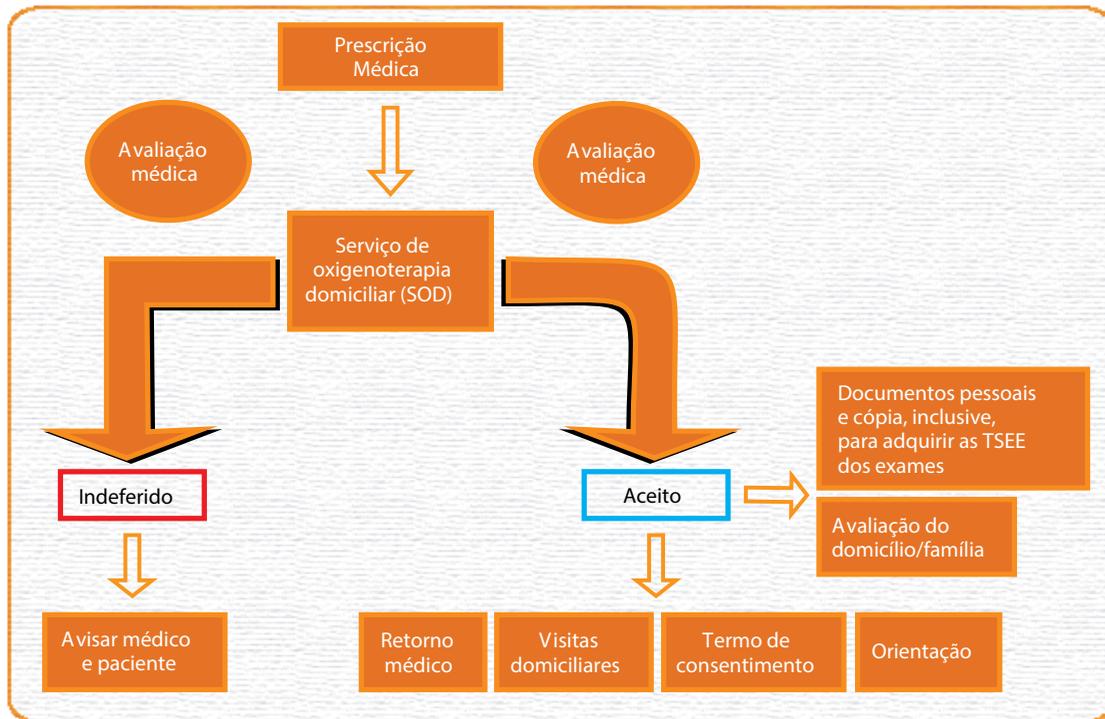
Não serão autorizadas solicitações de OPD para os seguintes casos:

- Cardiopatias sem insuficiência respiratória crônica.
- Asma brônquica sem insuficiência respiratória crônica.
- Neoplasias (que não respondam à oxigenoterapia).
- Embolia pulmonar (que não respondam à oxigenoterapia).
- Enfermidades que não respondam à oxigenoterapia.
- Para inaloterapia.
- Melhora gasométrica significativa, de modo a colocar o usuário fora dos critérios de inclusão (alta).
- Domicílios sem condições de receber o equipamento e/ou com instalação de rede elétrica irregular.
- Mudança da área de abrangência do SAD.
- Não uso ou uso inadequado do equipamento, causando danos tanto ao usuário quanto ao patrimônio.
- Não aderência ao tratamento farmacológico instituído.

7.3.5 Fontes de Oxigênio

Entre as fontes de oxigênio disponíveis (cilindros, concentradores, oxigênio líquido e oxigênio portátil), a mais utilizada – considerando as vantagens de baixo custo, a conveniência para uso domiciliar, a segurança e o baixo peso do equipamento – é o “concentrador de oxigênio” com “cilindro para *back-up* ou reserva” nos casos de queda de energia elétrica ou mau funcionamento repentino do aparelho.

Figura 1 – Exemplo de Fluxograma de ODP



Fonte: Coordenação Geral de Atenção Domiciliar – CGAD/DAB/SAS/MS, 2012.

Dificuldades com a ODP:

- Desconforto das cânulas nasais.
- Vergonha, limitação da mobilidade e deambulação, principalmente se fonte fixa.
- Dificuldade para adquirir fontes portáteis.
- Fontes portáteis muito pesadas e caras.
- Custo elevado da energia elétrica (concentrador) – atualmente existe a Tarifa Social de Energia Elétrica (TSEE), que possibilita desconto dessa taxa de acordo com a renda familiar (Vide Portaria Interministerial nº 630, de 8 de novembro de 2011, em anexo).
- Medo de manusear o equipamento.
- Falta de conhecimento da doença pelo paciente ou familiar/cuidador.

Deve-se deixar claro para o paciente a importância de se usar o O₂ de acordo com a prescrição médica, atentando que o melhor tratamento é o oxigênio contínuo. Para atingir os benefícios da ODP, o paciente deve usá-la pelo menos 15 horas por dia. Deve-se investir na construção de vínculos com o paciente e a família/cuidador, pois é necessário entender quais os fatores dificultadores para o uso da ODP e ampliar a capacidade de apoio para que

seja utilizado. Esclarecer dúvidas (por exemplo, lembrar que OXIGÊNIO NÃO VICIA) em linguagem única, constante e acessível ao usuário e à sua família é fator decisivo para a real adesão e sucesso da oxigenoterapia domiciliar.

Responsabilidades da Equipe de Atenção Domiciliar ou Empresa Fornecedora de Oxigênio:

- Instalar, no domicílio do paciente, os equipamentos necessários para a oxigenoterapia.
- Orientar e treinar o paciente, cuidador ou familiar quanto ao uso do equipamento.
- Realizar a manutenção preventiva mensal do equipamento.
- Garantir a manutenção corretiva ou a substituição dos equipamentos 24 horas/dia, todos os dias da semana.
- Atender o chamado para avaliação dos problemas no equipamento sempre que necessário em, no máximo, 2 horas.

Responsabilidades do Paciente:

- Não fumar.
- Utilizar o fluxo de oxigênio conforme prescrição médica.
- Manter o equipamento em bom estado de uso e conservação.
- Apresentar relatório médico atualizado contendo revisão da prescrição da oxigenoterapia a cada seis meses, para a continuidade do tratamento.
- Informar ao SAD qualquer provável alteração de endereço e/ou telefone domiciliar.
- Em caso de óbito ou internação hospitalar, os familiares deverão comunicar o fato ao SAD, em um prazo de até 24 horas.
- Comunicar à empresa fornecedora do oxigênio se houver problema com o equipamento, concentrador, cilindro ou qualquer outro equipamento de oxigênio.
- Solicitar recarga do cilindro sempre que necessário.

Segurança no Manuseio de Cilindros:

- Nunca role o cilindro na horizontal.
- Nunca movimente cilindros com capacetes mal rosqueados.
- Nunca suspenda o cilindro pelo capacete.
- Não utilize ferramentas para abertura das válvulas dos cilindros.
- Nunca transfira gás de um cilindro para outro.

Leia Mais:

- Jornal de Pneumologia. Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA, 2000).
- Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA, 2007).

7.3.6 Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI)

Constitui-se modalidade AD3 de Atenção Domiciliar o uso de oxigenoterapia com ventilação mecânica não invasiva (VMNI). Hoje, não há dúvidas de que o uso da VMNI em grupos selecionados de pacientes, como, por exemplo, em pacientes com exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), é responsável pela diminuição da necessidade de intubação, mortalidade e custos do tratamento, motivo pelo qual o seu uso vem se tornando cada vez mais frequente.

É realizada pelos aparelhos conhecidos por Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) e por Bilevel Positive Airway Pressure (BIPAB), que têm indicações precisas para sua prescrição e utilização, com acompanhamento do médico pneumologista e, se necessário, de neurologista, dentro de critérios pré-estabelecidos pela equipe de Atenção Domiciliar, avaliando as condições do paciente e domicílio, bem como a garantia de manutenção e o funcionamento dos referidos equipamentos.

A ventilação não invasiva (VNI) só deve ser utilizada naqueles pacientes capazes de manter a permeabilidade da via aérea superior, assim como a integridade dos mecanismos de deglutição e a capacidade de mobilizar secreções. Instabilidade hemodinâmica grave, caracterizada pelo uso de aminas vasopressoras, e arritmias complexas são consideradas contraindicações para o uso da VMNI. Pacientes com distensão abdominal ou vômitos não devem utilizar VMNI pelo risco de aspiração. Pós-operatório imediato de cirurgia do esôfago é contraindicação para VMNI, entretanto dúvidas persistem acerca da segurança do seu uso no pós-operatório de cirurgias gástricas. Trauma de face, lesão aguda e/ou sangramento de via aérea são também consideradas limitações para o uso da VMNI.

É recomendado o uso de VMNI em pacientes com DPOC, asma, edema agudo do pulmão, insuficiência respiratória hipoxêmica (imunossuprimidos, pós-transplantes, com pneumonia e outras), pós-ressecção pulmonar, doenças terminais (câncer e esclerose lateral amiotrófica, entre outras).

Para o uso de VMNI no domicílio, é necessária avaliação criteriosa do paciente e orientação à família/cuidador pela equipe de Atenção Domiciliar.

Um grande inquérito europeu por 16 países (21.526 usuários) indicou a prevalência de 6,6 pessoas a cada 100 mil habitantes utilizar ventilação mecânica domiciliar (LLOYD-OWEN et al., 2005). Em média, sabemos que 65% desses a utilizam na modalidade não invasiva. Por isso, a necessidade de ventilação mecânica domiciliar é um dos critérios de inclusão na modalidade AD3, sendo realizada pelos aparelhos conhecidos por Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) e por Bilevel Positive Airway Pressure (BIPAP), com indicações precisas para sua prescrição e utilização.

Nesses casos, é importante o acompanhamento sistematizado do médico pneumologista e, se necessário, de neurologista, dentro de fluxos pré-estabelecidos pela equipe de AD. Para esses pacientes, é imprescindível a

avaliação do domicílio antes do início do acompanhamento para avaliar as condições da rede elétrica. Também a empresa fornecedora do oxigênio e, muitas vezes desses aparelhos, deve garantir a manutenção dos referidos equipamentos, trocas e reposições de circuitos, bem como a orientação da família para sua correta utilização.

Seguem critérios usados pela SMS de São Paulo para dispensar CPAP para doentes com Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS):

- Presença de Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) grave (**índice de apneia-hipopneia > 30/h no exame de polissonografia noturna**) associada à pneumopatia hipoxêmica.
- Presença de SAOS grave sem pneumopatia associada, diagnosticada por polissonografia noturna (índice de apneia-hipopneia > 30/h), com doença cardiovascular de difícil controle, ou com hipoxemia diurna, ou com sinais clínicos de cor pulmonale ou policitemia ($Htc \geq 55\%$).
- A pressão ideal no CPAP que corrige as apneias deve ser titulada durante o exame de polissonografia noturna e deve ser anotada pelo médico no pedido de CPAP.
- O fluxo ideal de oxigênio que deve ser usado durante o sono acoplado ao CPAP (para correção de hipoxemia noturna) também deve ser titulado durante o exame de polissonografia noturna e deve ser anotado pelo médico no pedido de CPAP.

Saiba Mais:

- III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2007).
- Inquérito Eurovent sobre Ventilação Mecânica Domiciliar (LLOYD-OWEN et. al., 2005).

7.4 INTERCORRÊNCIAS EM ATENÇÃO DOMICILIAR

Com a expansão e a qualificação da AD, aumenta-se consideravelmente a população em cuidados no domicílio, tanto no contexto de doenças agudas como crônicas. Neste processo, é necessário reconhecer a possibilidade de intercorrências com agravos no curso do tratamento; por isso, é recomendável antecipar-se com medidas preventivas e, caso não tenha sido possível implementá-las, ter agilidade para reconhecê-las, tomando condutas resolutivas imediatas.

Dessa forma, o Serviço de Atenção Domiciliar deve organizar seu processo de trabalho de tal forma que pacientes e cuidadores, assim como os demais profissionais envolvidos no atendimento, uma vez deparando-se com alterações na situação clínica do paciente, tenham um canal de comunicação ágil com sua Emad ou equipe de Atenção Básica. Algumas intercorrências são detectadas já nas visitas médicas ou de enfermagem, ou então encaminhadas diretamente à central do SAD por algum outro membro da equipe interdisciplinar – a comunicação no grupo é primordial para se antecipar às complicações.

Deve ficar claro, no plano de cuidados traçado pela equipe de Saúde e pactuado com paciente/familiares/cuidadores, em quais situações o paciente deve ser levado para um serviço de urgência/emergência (chamar o Samu-192 ou ser levado para UPA, ou outros serviços de retaguarda).

Para que os cuidadores e familiares reconheçam os “sinais de alerta” e, em quais situações a equipe deve ser acionada, é necessário que nas visitas ao paciente, nos cursos para cuidadores, seja feita a orientação para esse reconhecimento. É possível também disponibilizar material de orientação, como cartilha, ou anotações no prontuário. Agregar esse conhecimento sobre vigilância aos sinais de alerta é uma forma de reforçar o cuidado e o autocuidado.

Nestas situações, na avaliação técnica deverão ser levados em consideração todos os riscos e benefícios em se manter o paciente no domicílio ou transferi-lo para outro local de atendimento.

Um aspecto a ser levantado na AD é que as condutas e perfis de intercorrências podem variar de acordo com a população assistida. Como abordado no capítulo de situações clínicas comuns no domicílio, pacientes mais frágeis pelas doenças de base em fase avançada, com comprometimento de várias reservas funcionais, podem não se beneficiar de intervenções clássicas realizadas em ambiente hospitalar. O limiar é menor para se fazer um diagnóstico presuntivo e se tomar uma conduta clínica (SUEMOTO et al., 2013). Esses pacientes não são inseridos em protocolos de tratamentos com novos fármacos e de diretrizes de diagnóstico ou ainda de intervenções terapêuticas pontuais destinadas a “uma” condição clínica. Também é conhecida que a aplicação indiscriminada de diretrizes/guidelines de tratamento de apenas UMA DOENÇA para esses pacientes, com múltiplos diagnósticos, pode acarretar iatrogenias, com piora da qualidade de vida ou até encurtando-a (GORZONI, 2011). A medicina baseada em evidência deve ser balizada pelo julgamento da equipe assistencial com experiência, de contexto clínico ímpar (GREENHALGH, 1999), apoiada nas expectativas do paciente, de sua família/cuidadores, na retaguarda de cuidados e recursos socio sanitários locais. Se não for considerado o contexto, há o risco de se incorrer na “medicina enviesada pela evidência” (EVANS, 1995; BAGSHAW; BELLOMO, 2008).

Outro aspecto importante para os pacientes mais frágeis, com dificuldades de comunicação ou várias funções comprometidas, em relação a novos agravos em saúde, é a mudança do padrão funcional. O patamar de normalidade deve ser reconhecido pela equipe, e é preciso tempo, experiência e olhar abrangente para se ter uma fotografia do paciente e de seu meio. Muitas vezes, o cuidador principal é quem trará informações sobre a funcionalidade de base e de suas mudanças.

Há necessidade de novas pesquisas no contexto da AD, para adequar a assistência a esse perfil de pacientes com multimorbidades e “multidisfuncionalidades”. Dessa maneira, novos “protocolos” e maneiras criativas de interagir e agir poderão surgir para o desenvolvimento dessa prática em nossa realidade.

Algumas intercorrências mais frequentes são relacionadas abaixo, de acordo com a experiência de vários SADs que vêm atuando no Brasil. Assim, uma breve explanação sobre cada uma, com sugestões de cuidados e condutas, será feita baseada nessas experiências e embasadas em textos clássicos da literatura médica (MARTINS, 2012; MARTINS; AWADA, 2013; GUSSO, 2012). Reforça-se que este capítulo não substitui o julgamento clínico da equipe assistencial, e que o conhecimento em saúde se desenvolve de forma dinâmica, forçando as equipes de SAD a buscarem atualização constantemente.

Quadro 1 – Intercorrências frequentes na AD

INTERCORRÊNCIAS FREQUENTES NA AD
1. Hipoglicemia.
2. Dispneia.
3. Febre e infecções.
4. Náuseas e vômitos.
5. Crise convulsiva.
6. Quedas/trauma cranioencefálico.
7. Diarreia.
8. Delirium.
9. Dor abdominal.
10. Suspeita de acidente vascular cerebral.
11. Administração errada de medicamentos.
12. Disfagia.
13. Broncoaspiração.
14. Obstrução de sonda nasointestinal.
15. Dor torácica.
16. Sangramento.

Fonte: SAS/MS.

7.4.1 Condições Frequentes

7.4.1.1 Hipoglicemia

É a baixa taxa de glicose no sangue. Considerada incomum em pacientes não diabéticos. Ocasionalmente, por iatrogenias decorrentes do uso de hipoglicemiantes orais e insulina, e da suspensão abrupta de corticoterapia. Também ocorre na administração de conteúdo calórico insuficiente aos portadores de SNE. Pela facilidade de diagnóstico, reversão do quadro e a gravidade se não tratada, é importante atentar-se a esta condição.

Sinais prováveis de hipoglicemia: instalação abrupta de sudorese fria, tremores, diminuição do sensório, taquicardia, palidez, convulsões, alteração comportamental (agressividade, delírio, cefaleia, e alguns sinais mais sutis como desatenção, alteração da coordenação motora, discurso desconexo, tiques com características de crises epiléticas parciais).

Obs.: Pacientes diabéticos de longa data podem apresentar hipoglicemia sem sinais de alarme, que ocorre por causa de repetidos episódios de hipoglicemia. Assim, os episódios seguintes não são acompanhados dos sinais adrenérgicos, advindo rapidamente sintomas neurológicos que tiram o controle do paciente para pedir ajuda e buscar ativamente a ingestão de açúcar (NERY, 2008). Os pacientes neuropatas, pela própria condição, também

não conseguem se proteger desse tipo de intercorrência. Nessas duas situações, necessitarão de ajuda alheia para se recuperar de hipoglicemias mais graves.

Sinal de certeza de hipoglicemia: sinais e sintomas melhoram com administração de glicose.

Possíveis medidas no domicílio: confirmar a suspeita fazendo uma rápida glicemia capilar com o glicosímetro que deve estar em todas as maletas de visita domiciliar. As medidas obtidas no glicosímetro que demandam ação:

- **< 60 mg/mL, mesmo sem sintoma:** recomenda-se a ingestão de bebida adoçada (100mL) com uma colher de sopa de açúcar ou mel (15g de carboidrato simples), repetir a medida de glicemia após 15 minutos, repetir a dose do líquido adoçado até a glicemia atingir valor acima de 100. É seguro que os valores fiquem acima do normal por algum tempo, principalmente no período noturno, pelo risco de lesão em SNC.
- **< 70 mg/mL com sintomas:** ingerir 100mL de líquido adoçado.
- **70 – 100 mg/mL com sintomas:** ingerir 50mL de líquido adoçado.

Atenção: Sem glicosímetro, mas com alta suspeita e com fatores de risco para hipoglicemia, deve-se oferecer líquido adoçado e observar se há melhora clínica.

Fatores de risco para hipoglicemia (NERY, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009):

- pacientes com má ingestão oral;
- insuficiência renal, hepática ou cardíaca;
- polifarmácia;
- uso de betabloqueadores, psicotrópicos;
- ingestão de álcool;
- dificuldade na adesão medicamentosa, com risco de tomada/aplicação errada de hipoglicemiantes.

Atenção: Caso o paciente perca a consciência e não tenha acesso via sonda enteral, a equipe de AD pode aplicar glicose 50% – 40mL EV. Repetir aferição da glicemia capilar (dextro) após 15 minutos e se a glicemia estiver abaixo de 70, repetir a aplicação. Após recobrar a consciência e com glicemia acima de 70, deve ingerir carboidrato para evitar queda novamente. Se há possibilidade da hipoglicemia perdurar (uso de sulfonilureias de longa duração ou insulina de longa duração, e paciente com má aceitação oral), o paciente deverá ser encaminhado ao setor de emergência para monitorização frequente de glicemia e administração de glicose 10% EV lentamente, enquanto durar a crise de hipoglicemia (BRASIL, 2006). Face a essas situações, é recomendável que a equipe de AD traga, em sua bagagem, algumas ampolas de glicose 50%.

A falta de monitorização glicêmica (por dificuldades de cuidados ou recursos) e o controle muito rigoroso do diabetes para pacientes que não podem se comunicar ou seguir os protocolos dietéticos também aumentam os riscos de hipoglicemia, em especial nos idosos muito idosos, com multimorbidades ou insuficiência renal.

Para alguns com sobrevida relativamente curta, há de se discutir quais as metas do tratamento, com reforço na qualidade de vida e com possibilidade de diminuição da intensidade do controle glicêmico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009; HOLSTEIN et al., 2010).

Não há estudos que comprovem a absorção efetiva de glicose via mucosa oral ou retal para reversão de um quadro de hipoglicemia grave. Para pacientes que usam insulino-terapia e com alto risco de hipoglicemias de repetição, é indicado deixar uma dose de glucagon injetável no domicílio (NERY, 2008).

Encaminhar para a urgência nos casos de:

- coma hipoglicêmico;
- hipoglicemia grave com impossibilidade de administração de açúcar VO ou glicose EV;
- torpor persistente após medidas adotadas;
- alteração hemodinâmica;
- insuficiência ventilatória.

Obs.: Todas essas situações indicam comprometimento grave das funções vitais.

7.4.1.2 Dispneia e Outros Sintomas Respiratórios

Dispneia é definida como sensação subjetiva de falta de ar (aflição, aperto no peito, falta de fôlego e sufocamento).

Sinais e sintomas a observar: taquipneia, cianose, suor frio, palidez, bradipneia, alteração comportamental e fala entrecortada, batimento de asa de nariz, broncoespasmo (chiado no peito), tosse, escarro (aspecto e quantidade).

Obs.: Pacientes com problemas de comunicação e rebaixamento do nível de consciência não poderão expressar a sensação de dispneia; assim, os achados de alteração comportamental e exame físico são importantes para detectar algum problema respiratório.

Quando se mede a saturação de O₂ com oxímetro portátil e o resultado é normal, não se descarta totalmente alguma alteração respiratória. O mais importante é avaliar o estado geral do paciente, pois alguns com boa reserva respiratória só apresentarão saturação baixa quando apresentarem falência muscular ou grave comprometimento de vias respiratórias e tecido pulmonar, ou seja, quando não conseguem mais compensar a hipóxia com hiperventilação, situação de grande agravo.

Quadro 2 – Causas da dispneia e outros sintomas respiratórios

Paciente hígido	BCE; infecção respiratória; ansiedade; gravidez; dor.
Com comorbidades	Congestão pulmonar (ICC, IRC); infecção; TEP; IAM/equivalente anginoso; DPOC descompensado; anemia grave; fibrose pulmonar; ascite; dor; acidose metabólica; broncoaspiração; hérnia de hiato gigante.
Com neoplasia avançada	Lesão de trato respiratório; infecção; TEP; derrame pleural; ascite; dor.
Causas externas	Sequela de inalação de fumaça; envenenamento; betabloqueador; trauma.

Fonte: SAS/MS.

Condutas no domicílio: a intensidade da dispneia e dos possíveis sinais e sintomas associados definirão a gravidade do quadro, que deve ser avaliado com história e exame físico minucioso para direcionar as hipóteses diagnósticas.

Pode-se instalar um cateter de oxigênio de 1 a 2l/min até que se chegue a um diagnóstico e a uma conduta definitiva. Por isso, no veículo que transporta as equipes de AD, recomenda-se ter como reserva um pequeno cilindro de O₂, com fluxômetro, mangueira de látex e cateteres nasais prontos para uso.

Quando se prevê risco de crises de dispneia no domicílio, em especial no contexto de cuidados paliativos, a equipe deve se antecipar e deixar orientações sobre medidas de controle de sintomas nas crises de exacerbação, específicas a cada paciente em atendimento. Cuidado com fluxo alto de O₂ aos retentores de CO₂, o que causa narcose por CO₂.

Quando remover: todo paciente com dispneia grave demanda conduta imediata – remoção e/ou tratamento sintomático. Na ausência do médico da equipe, o regulador do Samu poderá dar os encaminhamentos necessários.

7.4.1.3 Febre e Infecções

Nem sempre o ponto de valorização da temperatura axilar como febre será 37,8°C, principalmente em relação a idosos e neuropatas com massa muscular diminuída e alteração do controle térmico corpóreo, e a localidades com temperatura ambiental baixa. O aumento da temperatura basal de 1,0°C a 1,4°C poderia indicar febre nessa população (BRADLEY, 2007; GORZONI, 2009). Da mesma maneira, hipertermia por causas ambientais não é considerada febre nas situações de quarto pouco ventilado, verão tórrido, tetos zincados ou de amianto. Para a febre relacionada à infecção, devem ser checados:

- Estado geral, estado mental, apetite, hidratação, funcionalidade em geral.
- Tosse, catarro (aspecto, quantidade e cheiro) e falta de ar.
- Urina fétida, oligúria, incontinência de início recente, polaciúria, noctúria, disúria, piúria, dor em baixo ventre, retenção urinária e lombalgia.
- Lesões de pele: dor, vermelhidão, edema, feridas e secreção.

- Diarreia, muco ou sangue nas fezes, dor abdominal e vômitos.
- Se possível, sinais vitais: pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), perfusão periférica.

Para todo quadro de febre, deve-se ter a hipótese diagnóstica e conduta, e não apenas administrar antitérmicos. Há necessidade de se averiguar o uso correto de termômetros de mercúrio e eletrônicos pelos cuidadores.

Raramente em AD, a origem da febre não é infecciosa, como nos casos de inflamação por tumores, doenças autoimunes, necrose tecidual e medicamentos.

Lembrar que a hipotermia pode ser um sinal de gravidade clínica, como na sépsis (MARTINS, 2012).

Talvez, as infecções sejam uma das intercorrências mais importantes em AD, pelo perfil funcional e clínico da população assistida, com alta morbidade e mortalidade. Um dos principais sinais de infecção é a febre, mas a gravidade do quadro geral será obtida após avaliação ampla da saúde do paciente, com posterior conduta.

É conhecida a dificuldade de realização de exames complementares, em particular os radiológicos, em ambientes não hospitalares para pacientes fragilizados (em especial, em instituições de longa permanência e na assistência domiciliar). Para as equipes de AD que não estão inseridas em base hospitalar, a coleta de culturas e exames laboratoriais também encontra barreiras na sua realização em tempo hábil, tanto no Brasil como em outros países. Por outro lado, a demora em se reconhecer uma infecção em paciente frágil ou imunossuprimido acarreta alta morbidade e mortalidade. Por isso, há sugestões de critérios menos exigentes quanto ao uso de exames complementares para notificação em vigilância epidemiológica de infecções originárias nesses locais, baseadas na prática de profissionais de Saúde que atuam nesses locais há anos. Esses protocolos são utilizados em parte para ajudar no diagnóstico clínico dessas infecções, apesar de não serem criados para esse fim, com autorização de se iniciar antibioticoterapia empírica após avaliação da equipe clínica, de acordo com padrões de infecção na comunidade ou na instituição de Saúde de origem do paciente em AD (COUTINHO; PEREIRA; FEIJÓ, 2004; BRADLEY, 2007; LEVIN, 2011). Em 2008, os Centers for Disease Prevention and Control (CDC) com a Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC) atualizaram as definições de vigilância para infecções em assistência domiciliar (APIC – HICPAC, 2008).

Os exames de diagnóstico complementares – radiologia, urinálise, culturas, hemograma, proteína C reativa (PCR) etc. são solicitados para confirmar uma hipótese diagnóstica clínica e não devem ser usados isoladamente para diagnóstico de infecção. Deve-se levar em conta o risco–benefício de se transferir um paciente acamado, com chance de piora clínica ao ser exposto ao estresse da remoção, e os períodos de espera em ambiente nosocomial, para a realização de exames que não vão mudar a conduta clínica. E outras hipóteses não infecciosas também devem ser levantadas e descartadas, como no exemplo de quadro de insuficiência cardíaca descompensada para um idoso hipertenso, diabético, com sequela de acidente cerebrovascular, que iniciou recentemente quadro de falta de ar, diminuição de apetite e sonolência – o que pode ser confundido com broncopneumonia.

Por outro lado, quando há indicação de isolamento do germe infectante, principalmente após internações hospitalares ou para pacientes com infecções de repetição ou imunossuprimidos graves, a equipe deve fazer esforço para conduzir a coleta de materiais para análise microbiológica. A demora para se adquirir esses materiais ou a espera pelos resultados não deve ser longa a ponto de comprometer o tratamento em tempo adequado de

um quadro infeccioso no domicílio – na impossibilidade deles, a conduta antimicrobiana deve ser instalada, ou o encaminhamento a setor de internação com maior agilidade de exames e introdução de tratamento específico a germes não comunitários, como aos pacientes após quimioterapia.

Abaixo, estão listados alguns exemplos de como se utiliza os achados clínicos que sugerem diagnóstico infeccioso presumido (que pode ser levantado pela equipe interdisciplinar) e certa urgência na avaliação médica e introdução de tratamento antimicrobiano empírico, para infecções graves e frequentes em instituições de longa permanência – que poderiam ser usados no ambiente de AD. Fica clara a importância da clássica anamnese e a propedêutica desarmada para diagnóstico e tratamento de infecções em idosos fragilizados (adaptado de BRADLEY, 2007):

– Infecção urinária:

- febre, sem cateter urinário, mais: um ou mais dos seguintes sinais/sintomas: instalação de novo episódio/piora de urgência miccional, polaciúria (ou noctúria ou nictúria), piúria (ou leucocitúria), hematúria macroscópica, dor em baixo ventre, lombalgia, sinal de Giordano, incontinência urinária recém-instalada;
- febre, com sonda vesical de demora, mais: lombalgia/Giordano de início recente e calafrio sem outra causa ou delirium de início recente.

– Infecção respiratória:

- febre alta, maior que 38.5°C, mais: frequência respiratória maior que 25 mov./min ou tosse produtiva;
- febre menor ou igual a 38.5°C, mais: tosse mais um dos seguintes sintomas: taquicardia maior que 100 b.p.m., *delirium*, calafrios, frequência respiratória maior que 25 mov./min;
- com DPOC, afebril: tosse piorada ou de início recente e escarro purulento;
- sem DPOC, afebril: tosse de início recente com escarro purulento mais um dos seguintes sintomas: frequência respiratória maior que 25 mov./min ou *delirium*.

Indicação de permanência no domicílio: estado geral bom, sem sinais de infecção grave.

Indicação de visita domiciliar breve, até em 24 horas: estabilidade clínica, mas com risco de disfunção orgânica (falta de ar, diarreia, perda de marcha, *delirium*) ou pacientes com baixa reserva funcional e queda do estado geral.

Indicação de encaminhamento ao setor de emergência/hospitalização: instabilidade hemodinâmica; falta de ar, dor, desidratação grave não controlada no domicílio; crise convulsiva (na hipótese de infecção de SNC); necessidade de exames diagnósticos, terapêutica e monitorização mais intensivas; falta de retaguarda de cuidados no domicílio.

Obs.: Para pacientes em cuidados paliativos, em especial nos últimos dias/horas de vida, deverá ser acordado previamente se vale a pena tratar infecção (obstinação terapêutica). Por outro lado, a manutenção de antibióticos pouco agressivos ao paciente, via sonda enteral (já instalada previamente à fase final) ou de aplicação tópica,

pode aliviar secreções purulentas respiratórias, feridas tumorais com odor fétido, trazendo dignidade ao cuidado no final da vida.

7.4.1.4 Náuseas e Vômitos

Ambos representam manifestações de diversas condições clínicas. A **náusea** é uma sensação subjetiva, incômoda e desagradável de vomitar percebida na garganta ou no epigástrico, e costuma acompanhar ou preceder os vômitos. O **vômito** é a saída rápida e forçada do conteúdo gastrointestinal pela cavidade oral, na maioria das vezes, precedido de náuseas.

Na maioria dos casos, a principal causa de vômitos e náuseas são as doenças gastrointestinais agudas. O quadro a seguir descreve a maioria das causas, correlacionando-as com estado clínico e funcional prévio do paciente:

Quadro 3 – Causas de náuseas e vômitos

Paciente hígido, poucas comorbidades	Dispepsia crônica, esofagite, úlcera péptica, efeito colateral de medicamentos, etilismo, refluxo gastroesofágico, gastroenterocolite aguda, parasitoses, descompensação diabética (hipo ou hiperglicemia), IAM; gravidez/hiperêmese gravídica, vestibulopatia, anorexia/bulimia, depressão e pielonefrite.
Paciente com múltiplas comorbidades	Em uso de SNE/gastrostomia: posicionamento incorreto, infusão rápida de dieta, migração da sonda de gastrostomia, hiponatremia, hipercalcemia, acidose metabólica, uremia, hepatopatia (medicamentosa ou infecciosa), obstrução/suboclusão intestinal, efeito colateral de medicamentos, gastroparesia, hérnia de hiato, refluxo gastroesofágico, isquemia mesentérica, vestibulopatia, IAM, pielonefrite e tosse de difícil controle.
Pacientes com doença oncológica avançada	Efeitos colaterais de medicamentos e tratamento (quimioterapia, radioterapia, opioides etc.), metástases hepáticas, obstrução/suboclusão intestinal, lesão em SNC (Síndrome da Hipertensão Intracraniana, AVC ou tumor em área relacionada ao reflexo de vômito) e gastroparesia.

Fonte: SAS/MS.

Lista de medicamentos que ocasionam frequentemente náuseas e vômitos: antibióticos, analgésicos, anti-inflamatórios não hormonais, corticosteroides, digoxina, metformina, anticonvulsivantes, levodopa, sulfato ferroso e opioides.

Importância da intervenção: para evitar desidratação, distúrbios hidroeletrólíticos e ácidos básicos, broncoaspiração, desnutrição e piora funcional.

Medidas de intervenção possíveis no domicílio:

- Dieta rica em líquidos, preferencialmente sem ou com pouca gordura e poucas fibras.
- Refeições em pequenas porções, mais frequentes.

- Evitar odores que nauseiam o paciente.
- Decúbito elevado durante e após as refeições.
- Medicamentos antieméticos (VO, EV, IM, SC, RETAL, SL).
- Hidratação VO/enteral e/ou parenteral (EV, IM ou SC = hipodermóclise) sob prescrição médica.
- Afastar fatores predisponentes/causais.
- Avaliação laboratorial para distúrbios renais, hidroeletrólíticos e hepáticos.

Indicação de hospitalização/encaminhamento para a urgência:

- Pacientes incapazes de alimentar-se ou ingerir líquidos pela via oral, que não tenham uma via alternativa de ingestão mesmo após uso de antieméticos.
- Indivíduos que apresentem doença debilitante como o diabetes *mellitus*, pelo risco de hipoglicemia, risco de insuficiência renal pela desidratação, caso não tenha uma via alternativa de hidratação.
- Sinais vitais sugestivos de desidratação grave (hipotensão, taquicardia, alteração do estado mental, oligúria), de acordo com os padrões basais do paciente.

7.4.1.5 Crise Convulsiva

É a forma mais frequente da manifestação epiléptica, resultante de uma atividade elétrica anormal das células cerebrais. Tem início e fim bruscos (paroxísticos), com duração de segundos a minutos, e repetitivo. Quase nunca é de longa duração – neste caso, pensar em outros diagnósticos (crise histérica, tétano, intoxicações medicamentosas ou acidentes com animais peçonhentos, como escorpionismo grave, por exemplo) (CARDSOS, 1993; MARTINS, 2012).

A crise convulsiva isolada não caracteriza epilepsia e pode ser manifestação aguda, entre outras, de condições físico-estruturais do sistema nervoso central, de causas metabólicas ou externas como evidencia o quadro a seguir.

Quadro 4 – Causas de crise compulsiva

Estruturais do SNC	Isquemia, infecções do SNC ou sistêmicas, tumores, eclâmpsia, doenças cerebrovasculares, epilepsia, doenças degenerativas cerebrais (demências e outras).
Causas externas	Intoxicação exógena por cocaína, anfetaminas, antidepressivos, salicilatos, pesticidas, hidrocarbonetos, metais, cânfora, abstinência de medicamentos/drogas, picada de escorpião, antibióticos (quinolonas e betalactâmicos).
Metabólicas	Hipo e hipernatremia, hipocalcemia, hipomagnesemia, hipo e hiperglicemia, febre, hipóxia, insuficiência hepática, uremia, insuficiência adrenal, eclâmpsia, hipertireoidismo, abstinência e etilismo.

Fonte: SAS/MS.

Ao abordar o paciente ou a família, nunca se esquecer de:

- Certificar se o paciente é previamente epilético e se estava em uso adequado de sua medicação.
- Questionar uso de álcool, drogas e outras medicações ou doenças prévias, inclusive febre recente.

É muito importante fazer essa diferenciação, pois uma vez controlada a condição patológica subjacente, a crise convulsiva tende a encerrar-se e não recorrer.

Por outro lado, se o paciente é sabidamente epilético (ou ainda não tem o diagnóstico fechado, mas há relatos de crises repetidas do mesmo padrão), a abordagem será diferente.

Medidas de intervenção no domicílio: o primeiro passo é determinar se a crise é realmente convulsiva ou se trata-se de um evento paroxístico como síncope, amnésia global transitória, vertigem posicional paroxística ou crises psicogênicas – muito frequentes e desencadeadas por estresse, com duração de 15 a 30 minutos ou mais, sempre na frente de outras pessoas, com choro, comportamento bizarro e fechamento forçado dos olhos.

Uma vez confirmada a crise epilética, na vigência da crise tônico-clônica, deve-se proceder conforme indicado abaixo:

- Monitorar sinais vitais.
- Oferecer oxigênio por cateter ou máscara nasal.
- Protegê-lo contra quedas.
- Medir glicemia capilar.
- Medir oximetria se possível.

Lembrar que nas crises PARCIAIS não há necessidade dos procedimentos acima, pois são autolimitadas, de curta duração e não decorrem em sofrimento neuronal.

Indicação de hospitalização/encaminhamento para a urgência:

- Se as medidas acima não puderem ser realizadas por qualquer motivo, ou se realizadas e ineficazes, acionar o plantão do Samu imediatamente.
- Se as crises estiverem repetidas, convém avaliação com propedêutica específica para ajuste de doses dos antiepiléticos.
- Se houver sinais de traumatismo cranioencefálico (TCE) ou infecção de sistema nervoso central ou sinal neurológico localizatório.
- Se permanecerem alterações ao exame neurológico, torpor, cianose e hipoventilação, ou estado de mal epilético (cinco minutos de crise ou duas crises seguidas sem recuperação do estado mental entre crises).

7.4.1.6 Quedas

Em linhas gerais, queda é um evento que resulta em uma mudança de posição abrupta ficando sobre o chão ou em nível inferior. Pode ser também consequência de um golpe violento, perda da consciência, ataques súbitos de paralisia e ataques epiléticos (TODD; SKELTON, 2004). Para os estudos sobre quedas em idosos, essas situações que fariam qualquer outra pessoa vir ao solo são excluídas, pois os fatores de risco e as circunstâncias na população geriátrica diferem de outras faixas etárias.

Configura não apenas uma intercorrência, mas também a indicação de abordagem domiciliar pelos profissionais de Saúde que executam práticas de cuidado no domicílio para que as armadilhas arquitetônicas sejam reconhecidas e as orientações de modificação ambiental possam ser melhor direcionadas. Alguns pacientes podem se beneficiar da reabilitação com treino de força e equilíbrio no domicílio, com incremento das atividades básicas de vida diária. Outros, com melhor prognóstico de reabilitação e que apresentam maior grau de mobilidade, inclusive em ambientes externos, devem ser encaminhados a centros de reabilitação ou à atividade física em grupo.

Acidentes por quedas podem ocorrer em outras faixas etárias (pediátrica) e em condições clínicas de distúrbio de marcha, mas a grande maioria dos estudos epidemiológicos se restringe à população geriátrica – quedas são frequentes na população idosa e podem ocasionar expressivo aumento na sua mortalidade (que é aumentada em 30% após o primeiro ano da queda). Também é um sinal de alerta sobre a saúde do idoso e, pela natureza multicausal, é uma das grandes síndromes geriátricas. Na maioria das vezes, evoluem com possibilidade de fraturas diversas e necessidade de hospitalização para tratamento cirúrgico, com frequentes intercorrências e institucionalização. Assim, não é raro o paciente evoluir para imobilidade com todas as suas consequências. Quando se recupera, pode deixar de levar uma vida mais ativa devido ao medo e/ou disfunções criadas pela queda. Além disso, há um aumento nos custos decorrentes da busca por serviços de saúde e hospitalização (PERRACINI; RAMOS, 2002). Um estudo realizado por Fabrício e cols. (2004), relacionado à população idosa que sofreu avaliação hospitalar após queda, mostrou que 54% de sua casuística se refere a um ambiente inadequado, onde 66% ocorreram no próprio lar. Das pessoas que sofreram quedas, grande parte teve como consequências dificuldades de manutenção das AVDs.

O período após alta hospitalar de um idoso frágil que deambulava é de alto risco para quedas – houve perda de massa muscular pela permanência prolongada no leito com conseqüente síndrome do desuso, uso de medicamentos que diminuem apetite ou são deletérios ao tecido muscular, e realização de procedimentos ou condições clínicas que causavam falhas na oferta e aceitação periódica de refeições – tudo isso favorece o desenvolvimento de desnutrição e piora funcional e, conseqüentemente, as quedas no domicílio. Na literatura, os cuidados domiciliares interdisciplinares, focados para as necessidades do cliente, após internação hospitalar de idosos frágeis, diminuem a reinternação e as quedas.

Os fatores de risco para queda são multifatoriais, que variam desde o estado prévio de saúde do paciente (intrínsecos) a fatores externos (extrínsecos) como sociais e ambientais. (PERRACINI; RAMOS, 2002; TODD; SKELTON, 2004; BUKSMAN et al., 2008). Síndrome da Imobilidade, problemas relacionados ao aparelho locomotor (dor), neurológico (sistema vestibular, processamento neuromotor, deficits sensoriais, cognição), doenças crônicas, uso excessivo de medicamentos (principalmente para distúrbios neuropsiquiátricos) aumentam sobremaneira o risco de quedas.

Devemos diferenciar a queda acidental da recorrente – esta última com muito mais possibilidades de sequelas. Se para um paciente em tratamento domiciliar se identifica a recorrência de quedas, ou duas ou mais quedas em um ano, todos os esforços precisam ser feitos para prevenção destas, conforme indicado a seguir.

Medidas de intervenção no domicílio:

Assim, a primeira intervenção visando prevenir e minimizar as quedas deve ser profilática: a adaptação do ambiente. Feita a sensibilização preliminar da família, quanto ao risco e às possíveis consequências da queda, recomenda-se a remoção de todos os fatores de risco para esta, como:

- Tapetes de qualquer espécie.
- Pisos muito encerados ou molhados, tacos soltos.
- Falta de iluminação adequada do ambiente.
- Disposição dos móveis que dificulte a locomoção.

Alguns **dispositivos** podem também auxiliar na **adequação ambiental**: faixas adesivas antiderrapantes em locais propícios a quedas e a utilização de barras de apoio no ambiente domiciliar como banheiro (perto do vaso sanitário, da pia, dentro do box), corredores, cozinha e em acessos a áreas externas da casa, assim como corrimão, quando houver escadas.

Outro passo importante é a boa orientação quanto a hábitos e comportamentos de risco, por exemplo: subir ao telhado, subir em escadas para pegar algum objeto fora de seu alcance, andar nos cômodos de sua casa no escuro, andar de meias pela casa, carregar objetos pesados, ingerir bebidas alcoólicas em excesso, ingerir medicações em excesso, entre outros fatores.

Mas para os idosos, uma das intervenções mais importantes é a revisão da prescrição medicamentosa e a retirada de itens que favoreçam quedas, como drogas psicotrópicas. Aos que utilizam medicamentos com ação no sistema cardiovascular, a checagem de hipotensão postural e a diminuição ou retirada de drogas relacionadas a essa condição podem diminuir também o risco de quedas.

Obs.: Uma situação às vezes esquecida no domicílio é *que nem sempre quem cai é quem anda* – nas transferências da cama à cadeira e vice-versa, pacientes também podem cair e apresentar lesões corporais, com risco de morte. É importante orientar cuidadores sobre as técnicas de transferências para evitar lesões para o paciente e a si mesmo.

Abordagem imediata pós-queda:

- Limpeza e imobilização do segmento lesionado até estabilização dos sintomas.
- Avaliar suspeita de fratura e presença de sintomas neurológicos.
- Bolsa de gelo local.
- Analgésicos/anti-inflamatórios VO.

Indicação de hospitalização/encaminhamento à urgência:

- Queda seguida de incapacidade de mobilização espontânea.
- Fratura exposta evidente ou suspeita (dor intensa mais edema e calor local).
- Dor ou sangramento incontrolável.
- Suspeita de TCE concomitante, com presença de sintomas neurológicos (letargia, desmaio, vômitos em jato, confusão mental).
- Suspeita de lesão interna (abdominal, por exemplo).

O trauma cranioencefálico (TCE) é uma das consequências mais temidas das quedas, pois a maioria das mortes evitáveis nos pacientes que chegam conscientes ao hospital vítimas de TCE decorre de sua abordagem inadequada pré-hospitalar. Abaixo, estão relacionadas dicas úteis ao abordar possível TCE recém-ocorrido ainda no domicílio:

- O exame do paciente suspeito ou vítima de TCE não se restringe só à cabeça.
- Fundamental verificar o bom funcionamento (ou a permeabilidade, termo mais correto) das vias aéreas, proteger a coluna cervical até ser excluída a possibilidade de trauma raquimedular e também evitar hipóxia e hipotensão.
- Se paciente assintomático e sem amnésia pós-trauma = baixo risco. **Conduta:** observação por 6 horas e exame neurológico após esse período. Se normal, liberá-lo. Nenhum exame complementar é necessário.

Sinais de alerta no domicílio:

- Alteração do estado mental.
- Perda transitória ou imediata da consciência.
- Cefaleia progressiva e refratária.
- História concomitante de uso de drogas ou álcool.
- Convulsões ou vômitos.
- Sangramento pelo ouvido ou nariz.
- Hematoma tipo “olhos de guaxinim”.
- Fratura concomitante de face ou outra parte do corpo.
- Idade abaixo de 2 anos.

Conduta nesses casos: estabilizar o paciente (garantir oxigenação e PA adequadas) e acionar o Samu para transferir ao centro de referência onde haja possibilidade de realização de tratamento neurológico adequado.

7.4.1.7 Diarreia

A frequência da evacuação normal varia de três vezes por semana a três vezes por dia. Um aumento de volume das fezes acompanhado por diminuição da consistência e maior número de evacuações configura um quadro de diarreia.

A diarreia pode ser classificada como:

Diarreia aguda: presença de três ou mais evacuações com fezes de consistência diminuída e aquosa em um período de 24 horas.

Disenteria: diarreia sanguinolenta, presença de sangue visível e muco.

Diarreia persistente: episódios de diarreia durando mais de 14 dias.

Diarreia crônica: duração maior de 30 dias.

São inúmeras as **causas** de **diarreia aguda**. As mais prováveis de serem encontradas na prática de cuidado em AD estão listadas no quadro abaixo.

Quadro 5 – Causas prováveis de diarreia aguda

Causas prováveis de diarreia aguda
Infecções virais (rotavírus).
Paritoses intestinais (giardíase).
Infecções bacterianas (Shiguela, Salmonela, <i>Escherichia coli</i> , toxina estafilocócica, colite pseudomembranosa).
Medicamentosa (laxantes, antibióticos, AINE, quimioterápicos).
Dietas por SNE/SGE (administração rápida, dieta aquecida ou contaminada, intolerância alérgica ou pela osmolaridade da dieta).

Fonte: SAS/MS.

Anamnese e exame físico na diarreia aguda: a avaliação inicial deve focar em parâmetros que possam indicar gravidade e sintomas de desidratação, que devem prontamente ser abordados. A provável causa deve ser investigada para a determinação da terapêutica. Deve-se avaliar o início do quadro, a frequência das evacuações e a quantidade de fezes, as características das fezes, a presença de dor abdominal, muco, sangue, vômitos ou febre associados, a história clínica prévia e o estado atual de saúde da pessoa, como a presença de imunossupressão e de comorbidades, a presença de informações epidemiológicas, como viagens recentes e epidemias atuais.

Os sinais físicos são mais úteis para a determinação da gravidade da diarreia do que da sua etiologia. O aspecto mais importante a ser avaliado na diarreia aguda é o nível de hidratação da pessoa.

Os principais sinais de desidratação que devem ser identificados são:

- Prolongamento do tempo de reperfusão capilar.
- Redução do turgor da pele.
- Alteração do padrão respiratório.
- Taquicardia.
- Hipotensão.
- Mucosas secas.
- Extremidades frias.
- Olhos fundos.
- Pulsos finos.
- Mau estado geral.

Quadro 6 – Classificação da gravidade da desidratação segundo parâmetros clínicos

Grau de desidratação	Estado clínico
Hidratado ou desidratação mínima	Alerta, bebe normalmente, podendo até recusar líquido.
	Apresenta lágrimas e mucosas úmidas.
	Apresenta pulso, perfusão capilar, FC e FR sem alterações.
	Extremidades quentes, com turgor da pele preservado.
	Débito urinário normal ou diminuído.
Desidratação leve ou moderada	Estado de consciência normal, cansado, agitado ou irritado.
	Ansioso para ingerir líquidos.
	Diminuição das lágrimas, mucosas secas, olhos ligeiramente afundados.
	Pulso normal ou diminuído, perfusão capilar prolongada.
	Extremidades com pele fria.
	Diminuição do turgor da pele.
	Diminuição do débito urinário.
Desidratação grave	Letárgico ou inconsciente.
	Tem dificuldade ou não consegue ingerir líquido.
	Ausência de lágrimas, mucosas secas, olhos afundados e sem brilho.
	Respiração profunda.
	Aumento da FC e, posteriormente, diminuição da FC com o aumento da gravidade da desidratação.
	Pulsos fracos ou não palpáveis, perfusão capilar prolongada ou mínima.
	Extremidades com pele fria, manchada e cianótica.
	Diminuição do turgor da pele.

Fonte: SAS/MS.

Sinais ou sintomas que indicam risco, aumentado de progressão para o quadro de choque:

- Estado geral ruim ou que está se deteriorando.
- Estado de consciência alterado (irritado ou letárgico).
- Olhos fundos.
- Taquicardia.
- Taquipneia.
- Turgor da pele reduzido.

Importância da intervenção: deve-se a possibilidade de prevenir uma desidratação e/ou distúrbios hidroeletrólíticos e/ou ácido-básicos.

Medidas de Intervenção possíveis no domicílio:

- Hidratação via oral ou parenteral (EV, SC) conforme o grau de desidratação.
- Tratar a causa-base quando indicado.

Obs.: Lembrar que a maioria das diarreias agudas são autolimitadas!

Indicação de hospitalização/encaminhamento para a urgência:

- Desidratação grave.
- Risco de choque.

7.4.1.8 Delirium

É um estado confusional agudo que resulta de uma disfunção cerebral orgânica difusa e caracteriza-se pela presença de flutuações do nível de consciência, com alterações do ciclo sono-vigília e distúrbios de atenção, percepção, pensamento, memória e comportamento. Pacientes com *delirium* apresentam maior risco de institucionalização e redução de funcionalidade após a alta hospitalar (PRADO et al, 2011).

Na AD, vários casos de pacientes em delirium são oriundos de internação hospitalar recente. Por outro lado, um novo quadro de *delirium* é motivo de investigação, que pode até levar a uma internação hospitalar. O *delirium* frequentemente prediz ou acompanha alguma doença em idosos.

São fatores de risco para apresentar *delirium*:

- Maior de 65 anos.

- Sexo masculino.
- Delirium prévio.
- Prejuízo cognitivo prévio.
- Distúrbios do sistema nervoso central.
- Polifarmácia, medicamentos psicotrópicos.
- Dependência de álcool e drogas.
- Deficit visual e/ou auditivo.
- Insuficiência/falência de órgãos.
- Múltiplas doenças crônicas.
- Desnutrição.
- Dependência funcional.
- Imobilidade.
- Neoplasias avançadas.
- Sida.

Quadro 7 – Causas de *Delirium*

Medicamentos	Anticolinérgicos, quimioterápicos, benzodiazepínicos, opioides, sedativos/hipnóticos, corticoide, betabloqueadores, digitálicos, anti-histamínicos, antibióticos.
Distúrbios metabólicos	Hidroeletrolíticos, hipo/hiperglicemia, tireoide/paratireoide, adrenal, pituitária, hipovitaminoses (B1, B6, ácido fólico, B12), hipóxia, febre.
Doenças sistêmicas	Insuficiência renal, insuficiência hepática, hipoxemia (DPOC), insuficiência cardíaca, doenças neurológicas, alcoolismo e abstinência a drogas.
Doenças estruturais do SNC	Metástases, lesões cerebrais, TCE (quedas), cerebrite actínica.
Infecções do SNC ou sistêmicas	Sepse, meningites, encefalite, pneumonia, pielonefrite, celulite.
Outras situações	Retenção urinária, fecaloma, dor, restrição física, uso de sondas e cateteres, eventos iatrogênicos, isolamento social, ambiente novo, estresse (emocional ou físico, p. ex., cirurgia).

Fonte: SAS/MS.

Quadro Clínico:

- Confusão mental com curso de flutuações dos sintomas agudos ou subagudos.
- Variação do sensorio acompanhada de prejuízo do alerta, da orientação (pessoal, no tempo e no espaço), da cognição e da atenção.
- Anormalidades psicomotoras acompanhadas por agitação, sonolência, alucinação ou ilusão.
- Pensamento desorganizado e fala incoerente ou inapropriada (é comum palavrões).
- Instabilidade emocional (irritabilidade, fome, euforia, labilidade, choro inapropriado etc.).
- Sintomas neurológicos como asterixes, tremores, mioclonias, descoordenação, incontinência urinaria ou fecal.

Tipos de *Delirium*

- Hiperativo: confusão, agitação, com ou sem alucinação, ilusão ou mioclonia (pode confundir com ansiedade ou epilepsia).
- Hipoativo: confusão, com sonolência, com ou sem prostração (pode se confundir com depressão), é o tipo mais comum entre pacientes fragilizados (doença oncológica avançada, doença neurodegenerativa avançada, idosos muito idosos etc.), e é menos reconhecida inicialmente por equipes clínicas.
- Misto: sintomas de hiperativo e hipoativo.

Importância do manejo no domicílio: o mais importante é prevenir o *delirium*. Para evitar uma internação hospitalar, deve-se manter uma alta suspeita, a fim de que ocorra o diagnóstico precoce. Deve-se realizar uma boa anamnese e um bom exame físico em busca das possíveis causas e revisar minuciosamente todos os medicamentos utilizados pelo paciente. Aos que se iniciam na avaliação e no acompanhamento dessa condição clínica, recomenda-se o uso da escala de avaliação de confusão mental – Confusion Assessment Method (CAM) por apresentar uma boa sensibilidade e especificidade, além de fácil aplicação (FABBRI et al, 2001). Porém ela não é muito sensível para detectar nuances de alteração de comportamento para pacientes com funcionalidade já diminuída e que não se comunicam bem, daí a importância de se conhecer bem o paciente em atendimento em suas condições basais e é a partir daí que o nível de atenção alterado pode ser observado (MCPHEE; PAPADAKIS, 2009).

Tratamento no domicílio

Medidas gerais: ambiente silencioso, boa luminosidade, relógios ou calendários visíveis.

Tratamento da causa: infecção, desidratação, distúrbios hidroeletrólíticos etc.

Quadro 8 – Medicamentos utilizados para controle sintoma

Medicamentos	Dose (mg)	Frequência(h)	Via	Efeitos adversos
Risperidona	0,5–3	02 a 12	VO,	Efeito extrapiramidal em doses altas, hipotensão, ganho de peso
Haloperidol	0,5–5	02 a 12	VO, IM, EV, SC	Efeito extrapiramidal
Olanzapina	2,5–20	02 a 12	VO, SL	Sonolência, aumento do apetite, ganho de peso, boca seca, agitação, cefaleia, constipação
Lorazepam	0,5–2	01 a 06	VO, IM, EV, SL	Reação paradoxal

Fonte: SAS/MS.

Indicação de hospitalização/encaminhamento para a urgência:

- Necessidade de investigação complementar que não seja possível realizar no domicílio.
- Causa que não seja possível tratar no domicílio.
- Sem resposta ao tratamento convencional.

7.4.1.9 Dor Abdominal

Existe uma grande variedade de causas, que vão desde situações mais simples como constipação até situações de abdome agudo, com úlcera péptica perfurada. A dor pode ser aguda ou crônica. Neste tópico, daremos ênfase à dor aguda que se caracteriza por apresentar início recente e de forte intensidade.

Quadro 9 – Principais mecanismos de dor abdominal e condição patológica

Principais mecanismos de dor abdominal	Condição patológica
Obstrução	Obstrução total ou parcial de estômago, intestinos, trato biliar e trato urinário.
Irritação peritoneal	Infecção, irritação química, processo inflamatório sistêmico.
Insuficiência vascular	Embolização, oclusão arterial, hipotensão, dissecação de aneurisma de aorta.
Ulceração de mucosa	Úlcera péptica, câncer gástrico.
Alteração de motilidade	Gastroenterocolite aguda, diabetes mellitus tipo II, Síndrome do Intestino Irritável, diverticulose.
Distúrbios metabólicos	Cetoacidose diabética, porfiria, envenenamento por chumbo.
Lesão nervosa	Herpes zoster, compressão de raiz, cicatriz cirúrgica.

Continua

Principais mecanismos de dor abdominal	Condição patológica
Lesão da parede abdominal	Trauma, miosite, hematoma.
Dor referida	Pneumonia, infarto do miocárdio ou pulmonar.
Causas psicogênicas	Ansiedade, depressão, neuroses.

Fonte: SAS/MS.

Quadro 10 – Causas comuns de dor abdominal segundo a localização

Causas comuns de dor abdominal segundo a localização	
Quadrante superior direito	Doenças do trato biliar, hepatite, hepatomegalia.
Quadrante superior esquerdo	IAM, pneumonia, anemia falciforme, linfoma, esplenomegalia, gastrite.
Quadrante inferior direito	Apendicite, doença de Crohn, causas ginecológicas (ruptura de cisto ovariano, gestação ectópica, DIP), causas renais (litíase, pielonefrite).
Quadrante inferior esquerdo	Diverticulite, obstrução intestinal, colite, sacroileite, causas ginecológicas (ruptura de cisto ovariano, gestação ectópica, DIP), causas renais (litíase, pielonefrite).
Mesoepigástrica	Dispepsia, DRGE, pancreatite, DUP, apendicite inicial.
Suprapúbica	Cistite, prostatite, retenção urinária, causas ginecológicas.
Difusa ou generalizada	Lesão de parede abdominal, doença celíaca, constipação, diarreia, SII, gastroenterocolite aguda, linfadenite mesentérica, cólon perfurado, ruptura de aneurisma aórtico abdominal, trauma.

Fonte: SAS/MS.

Anamnese: é fundamental na história a caracterização da dor abdominal para auxílio no diagnóstico e no manejo adequado. Logo, é importante verificar o início (súbito ou insidioso), o caráter (em cólica, queimação, facada, pontada), intensidade, frequência, localização, irradiação, fatores que pioram e que aliviam. Importante também questionar sobre outros sinais ou sintomas associados para auxílio no diagnóstico.

Atenção redobrada nos pacientes idosos que podem modificar a apresentação e a percepção da dor. Nestes casos, atentar para patologias potencialmente fatais como a diverticulite, a isquemia mesentérica e o aneurisma de aorta abdominal.

Exame físico: durante a avaliação no domicílio, mais do que nunca, faz-se necessária a realização de um bom e minucioso exame físico, utilizando-se da semiologia para chegarmos a um diagnóstico com maiores chances de acerto.

Importância da intervenção no domicílio

- Identificar causas possíveis de manejo domiciliar.
- Evitar procura a serviços de urgência desnecessários.
- Identificar situações de gravidade com agilidade e com o devido encaminhamento.

Sinais de Alarme:

1. Dor que muda de localização.
2. Dor que desperta do sono.
3. Dor que persiste por mais de 6 horas ou piora.
4. Dor seguida de vômitos.
5. Perda de peso.

Possibilidade de manejo no domicílio: o tratamento deve ser direcionado para a causa-base da dor abdominal. Iniciar analgesia para alívio da dor do paciente, ainda que sem uma causa definida.

Quando encaminhar para urgência/hospital:

- Pacientes com quadro de dor abdominal aguda que necessitem de elucidação diagnóstica por exames complementares não oferecidos no domicílio ou para uma segunda opinião especializada.
- Casos de dor abdominal aguda emergencial que possam requerer cirurgia (apendicite, obstrução intestinal, gravidez ectópica).

7.4.1.10 Suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC)

É bastante comum o atendimento domiciliar a pessoas que apresentam sequelas de AVC e também a hipertensos graves. Assim, a equipe deve sempre estar alerta a sinais de um AVC primário ou recidivante. Por isso, seu reconhecimento rápido, para pronto encaminhamento, poderá ser decisivo no prognóstico do paciente. Um bom atendimento inicial – se possível em hospital ou pronto-socorro – reduzirá a mortalidade, as sequelas e a necessidade de cuidados especiais.

Etiologia: pode ser um acidente vascular isquêmico (falta de sangue, e conseqüentemente oxigênio no cérebro, devido à trombose arterial ou à embolia venosa) ou hemorrágico, por hipertensão elevada, trauma e outros.

Aspectos clínicos importantes:

- *Deficit* neurológico de início súbito ou abrupto (dificuldade de falar, perda de movimento de um lado do corpo).
- Cefaleia muito intensa, com ou sem pressão arterial muito alta precedendo o *deficit* neurológico.
- Desmaio.

Conduta – acionar o Samu: em serviços de urgência e emergências, possivelmente, o paciente passará por avaliação da neurologia e por exames complementares (tomografia cerebral de urgência). Também necessitará de estabilização da pressão arterial, que deve ser reduzida gradativamente, e das demais alterações que podem surgir.

7.4.1.11 Administração Errada de Medicamentos

Em toda internação, inclusive a domiciliar, existe o risco da falha humana. Um erro frequente é a administração inadequada em dose, horário, via ou espécie de medicações. Dependendo do tamanho do erro, as consequências podem ser graves.

Portanto, a equipe deve estar preparada para orientar as famílias quanto às medidas que devem ser tomadas em situações de erros na administração de medicamentos, com possibilidade de intoxicação medicamentosa. Antes de tudo, devem ser consideradas as seguintes questões:

- Qual a medicação dada por engano? Por qual via?
- Em que dose?
- Há quanto tempo?
- Já era usuário prévio?
- Como o paciente está nesse momento?
- Foi feita tentativa de retirada da droga (indução de vômito)?
- Tomou, ou foi administrada outra medicação ou alimento concomitante?

Todas essas perguntas são essenciais e norteadoras da conduta a ser tomada. O médico da Emad ou o regulador do Samu deve ser informado imediatamente, para ponderar sobre a farmacologia do medicamento em questão (absorção, pico de ação, excreção, toxicidade, efeitos colaterais e interações medicamentosas) e indicar ou realizar o procedimento necessário. O matriciamento de um farmacêutico é muito útil nesses casos. Em todos os estados do Brasil, há centros de informação toxicológica gratuitos por telefone, que funcionam 24 horas.

Em linhas gerais, pode-se orientar o seguinte:

- Se relacionada à medicação usual, em dose usual ou terapêutica, mas em horário equivocado: suspender a próxima dose e observar.
- Se for medicação não usual, em dose terapêutica: avaliar junto ao médico e/ou farmacêutico a possibilidade de interação medicamentosa com os demais medicamentos em uso. Habitualmente nenhuma medida é necessária.
- Se for medicação usual ou não em dose alta: sugere-se transferência do paciente para unidade de urgência, para avaliação das medidas cabíveis (esvaziamento gástrico, dependendo do tempo de ingestão, ou administração de carvão ativado ou antídotos).
- Se dose alta ou terapêutica, de medicação usual ou não, já transcorrido **o pico de ação da droga e sem efeitos clínicos**: análise do potencial de toxicidade da medicação pelo médico e/ou

farmacêutico. Geralmente orienta-se observação apenas, pela Emad no domicílio ou na unidade de urgência. Intervir caso desenvolva sinais ou sintomas tardios.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- A presença de alimentos no estômago pode retardar a absorção de alguns medicamentos, e outros, potencializar – conhecer a farmacocinética básica da droga pode ajudar na conduta terapêutica nos casos de intoxicação.
- Medicamentos com maior toxicidade: os que atuam no sistema cardiocirculatório, no sistema nervoso, como é o caso de alguns analgésicos.
- De qualquer maneira, a melhor orientação em cada caso será dada pelo centro de informações toxicológicas de referência. Nunca deixar de ligar !
- É muito importante a visita de urgência nesses casos, para avaliação médica do paciente: se a Emad não tiver condições de ir, deve-se comunicar ao Samu.

Alguns sinais de alerta, que indicam necessidade de encaminhamento para a Urgência:

- Agitação ou alucinações.
- Bradicardia ou taquicardia.
- Hipo ou hipertensão.
- Convulsões.
- Cianose e/ou dificuldade respiratória.
- Tremores ou fasciculações musculares.
- Torpor ou coma.
- Alterações oculares (midríase, miose, nistagmo).
- Hipo ou hipertermia.
- Queimaduras de pele ou mucosas.
- Enrijecimento articular e dificuldade de fala.
- Vômitos incoercíveis.

7.4.1.12 Disfagia

No atendimento domiciliar, a equipe multiprofissional cuida de uma vasta variedade de comorbidades. Muitas vezes, ao iniciar o acompanhamento, os pacientes podem não apresentar disfagia. Vigiar os sinais que indicam que essa condição está se instalando seria o ideal, porém é muito frequente uma chamada por telefone informando que o paciente está com dificuldade para se alimentar, ou está comendo muito pouco, ou a comida é vista toda na boca e o paciente não consegue engolir. Quando a dificuldade para ingestão ocorre de forma aguda, em um dia em que o atendimento domiciliar pela equipe do SAD não seja possível e nem pela equipe de Saúde da Família (eSF), deve-se tentar evitar que esse paciente apresente alguma complicação pela não ingestão de comida e líquidos, ou broncoaspiração.

Conceitos

- Disfagia – disfunção da ingestão segura e eficiente de qualquer consistência alimentar.
- Disfagia orofaríngea ou alta – acomete a fase oral e/ou faríngea da deglutição. Podem haver sinais associados como tosse, engasgos, pneumonias aspirativas e regurgitação nasal.
- Disfagia esofagiana ou baixa – compromete a fase esofagiana da deglutição. Há sensação de entalo em algum lugar atrás do esterno, que ocorre logo após a deglutição.
- Odinofagia – dor ao deglutir.

Quadro 11 – Principais causas de disfagia

Principais causas de disfagia	
Disfagia orofaríngea	Doenças neurológicas agudas e crônicas (Parkinson, demências, acidente vascular cerebral e esclerose múltipla). O AVC é responsável por 80% dos casos de disfagia alta, doenças musculares (miastenia gravis, distrofias musculares).
Disfagia esofagiana	Obstrução mecânica intrínseca (câncer de esôfago, estenose péptica), obstrução mecânica extrínseca (aneurisma de aorta, massa mediastinal, aumento do átrio esquerdo); alterações na motilidade (espasmo esofágico).

Fonte: SAS/MS.

Indicações de hospitalização ou remoção para urgências: principalmente nos quadros de instalação aguda, devido ao risco de broncoaspiração. Deve-se orientar o paciente e/ou o cuidador da necessidade de uma via alternativa para ingestão de comida, líquidos, remédios. A instalação de sonda nasoentérica ajudará a evitar desnutrição, desidratação, garantindo que os medicamentos sejam administrados até que se defina a causa da disfagia, caso ainda não tenha sido identificada.

7.4.1.13 Broncoaspiração

É a passagem de conteúdo líquido ou sólido para as vias aéreas baixas, podendo causar desde engasgos simples, pneumonias, até a insuficiência respiratória aguda e morte. São sinais de risco para broncoaspiração:

- Dificuldade para deglutição.
- Sialorreia e dificuldade no manejo de secreções orais e de trato respiratório.
- Tosses e/ou engasgos.
- Regurgitação nasal.
- Pigarro.

- Mudança do padrão respiratório.
- Reflexo nauseoso ausente.
- Rebaixamento do nível de consciência.

Diante desses sinais de risco, deve-se instalar sonda nasogástrica, de preferência, e pedir acompanhamento da fonoaudiologia, caso já não o tenha sido solicitado.

Uma vez já instalada a broncoaspiração, o tratamento médico deve ser instituído prontamente, bem como a avaliação da permanência em domicílio ou o encaminhamento para outro ponto de atenção.

7.4.1.14 Sonda Nasoenteral Obstruída

O principal e mais frequente problema de urgência relacionado com a sonda nasoenteral (SNE) é sua obstrução. Primeiramente, deve-se tentar desobstruí-la (orientar ao cuidador como realizar a tentativa).

Não logrando a desobstrução, orientar o deslocamento para um hospital ou um serviço de pronto atendimento de urgência. Com a sonda desobstruída ou realocada, pode-se liberar a dieta com os testes (primeiro com ar e, em seguida, com água) e a radiografia de abdome superior/toracoabdominal, que só pode ser dispensada quando enfermeiro ou médico tiver certeza da posição da sonda no estômago ou no duodeno pelos métodos de exame físico.

Caso seja repassada e permaneça com dúvidas sobre a localização da sonda, deve encaminhar o paciente com nota escrita, explicando de forma clara o motivo do encaminhamento ao setor de radiologia e solicitando que o paciente seja liberado para casa assim que a radiografia for avaliada.

Importante esclarecer que este procedimento de repassagem de sonda só deve ser realizado por um profissional da Saúde.

7.4.1.15 Dor Torácica

Muitos pacientes em acompanhamento domiciliar apresentam uma variedade de quadros de dor, e, quando reportada ao tórax, deve ser muito bem avaliada devido ao risco de significar eventos agudos com risco de morte em pacientes que não se encontram em processo de morte.

A dor como quinto sinal vital deve ser bem tratada e sempre valorizada. Orientar ao cuidador que, diante de uma dor torácica, sempre entrar em contato no momento em que a dor ocorrer.

Conceitos e classificação da dor torácica: a dor torácica é uma queixa frequente e pode ser decorrente de uma variedade de causas. É importante tentar reconhecer as causas que oferecem risco de morte ao doente, principalmente as síndromes coronarianas agudas (SCA) e a dissecação de aorta.

Quadro 12 – Classificação da dor torácica

Definitivamente anginosa	Desconforto retroesternal precipitado pelo esforço, com irradiação para o ombro, mandíbula ou face interna do braço, aliviada pelo repouso.
Provavelmente anginosa	Dor torácica com grande possibilidade de ser sintoma de insuficiência coronariana aguda, porém necessita de exames complementares para excluí-la.
Definitivamente não anginosa	Dor torácica não relacionada ao esforço, com aspectos que excluem a origem cardíaca.

Fonte: SAS/MS.

Na presença de outros sintomas e fatores de risco para doença coronariana, devem ser investigados:

- Lesões ateroscleróticas em outras áreas (AVC prévio ou claudicação intermitente).
- Doenças associadas, uso prévio de medicações antianginosas, contraindicações ao uso de anticoagulantes ou de trombolíticos.

Uma dor torácica mais intensa com duração acima de 20 minutos, acompanhada de dispneia, sudorese, palidez cutânea e náuseas, frequentemente representa infarto agudo do miocárdio.

É importante saber que a melhora da dor com o repouso ou com o nitrato não deve nos conduzir apenas ao diagnóstico de angina cardíaca, pois outras dores torácicas podem melhorar com o uso do nitrato e, neste caso, um eletrocardiograma deve ser realizado.

Algumas Emads disponibilizam eletrocardiógrafo portátil e coleta rápida de exames de sangue e, a depender da experiência no manejo angina crônica, pacientes coronariopatas com indicação de tratamento conservador podem ter sua medicação ajustada nas visitas domiciliares, sem necessidade de se deslocarem a centros de cardiologia.

Quadro 13 – Principais causas de dor torácica

Dor na parede do tórax	Lesões nas costelas (herpes zoster), costochondrite (Síndrome de Tietze), fibromialgia, dores musculares inespecíficas.
Causas pulmonares	Pneumonia, câncer de pulmão, derrame pleural infeccioso ou neoplásico.
Causas psiquiátricas	Transtorno do pânico, transtorno de ansiedade generalizada, depressão, transtornos somatoformes.
Causas gastroesofágicas	Refluxo gastroesofágico, espasmos esofágicos, úlcera péptica/gastrite.

Fonte: SAS/MS.

Indicações de hospitalização ou de remoção para urgências:

Será de acordo com a história clínica colhida e o exame médico efetuado e se houver suspeita de uma das causas a seguir:

- Causas cardíacas:
 - Síndromes coronarianas agudas.
 - Pericardite.
 - Dissecção de aorta.
 - Estenose aórtica.
 - Cardiomiopatia hipertrófica.
- Causas pulmonares:
 - Pneumotórax.
 - Embolia pulmonar.
 - Hipertensão pulmonar.
- Pancreatite.
- Colecistite.

7.4.1.16 Sangramento

Pequenas lesões corporais, como uma contusão acidental, epistaxes na época de tempo seco, são comuns na rotina de cuidados hospitalares, ambulatoriais ou domiciliares. Porém uma parcela de pacientes assistidos em domicílio apresentam várias complicações de doenças cardiovasculares, como coronariopatia, doença isquêmica cerebrovascular, trombozes e fibrilação atrial. O uso de antiagregantes plaquetários e anticoagulantes aumentam a morbidade quanto a complicações dessa natureza. Quando a intercorrência no sangramento ocorrer, deve-se levar em conta:

- a localização (de órgãos internos, que não têm a possibilidade de compressão para se estancar a hemorragia);
- a quantidade de sangue perdido;
- o tempo de sangramento;
- a reserva funcional do paciente e comorbidades;
- se em uso de anticoagulantes cumarínicos, o valor mais recente do tempo de protrombina (TP) ou possibilidade de recente interação medicamentosa com aumento de TP sem exame colhido para checar essa interação;

- o uso de drogas que aumentam sangramento digestivo alto, como os anti-inflamatórios hormonais e não hormonais.

Episódios recorrentes de pequenos sangramentos ou anemia ferropriva crônica em pacientes frágeis em uso dessas drogas indicam a reavaliação urgente da prescrição medicamentosa e dos riscos e benefícios da terapêutica iatrogênica.

Pacientes com média a grande perda sanguínea, sinais de taquicardia, hipotensão ou diminuição de diurese, alteração funcional, dificuldade de tamponamento do foco sangrante, dificuldade de reversão do efeito de drogas hemorrágicas, portadores de diáteses hemorrágicas (hepatopatias avançadas, doenças mieloproliferativas com plaquetopenia, entre outros) devem ser encaminhados ao setor de emergências para condutas específicas e estabilização do quadro de choque hipovolêmico ou anemia grave.

Aqueles em tratamento com critérios para cuidados paliativos final com alto risco de sangramento maciço no domicílio devem ser encaminhados para instituições com abordagem modelo *hospice*, pois esta é uma intercorrência que dificilmente cuidadores e familiares conseguem suportar.

7.5 O ÓBITO NO DOMICÍLIO

A morte faz parte dos ciclos da vida e em diversas culturas, desde os tempos mais remotos, vem permeada por simbolismos e rituais. Antes da criação das instituições de Saúde, pessoas adoecidas faleciam no seu ambiente de recolhimento – por isso, a morte era cercada por membros da família ou da comunidade. A Atenção Domiciliar vem resgatar essa tradição, modificada principalmente nos centros urbanos, onde os momentos finais, enfim a morte e os rituais, como velório, foram deslocados para espaços impessoais, distantes dos lares, das famílias e da comunidade. Atualmente, face às mudanças sociais e dos sistemas de Saúde, modificou-se a maneira como a morte é conduzida no domicílio, não tão simplista como se supõe, mas levando-se em consideração as dificuldades de cuidados das famílias e das equipes, diante do suporte necessário aos pacientes com falecimento iminente.

A manutenção em domicílio de um paciente com agravo agudo ou em fase final de doença demanda conhecimento e domínio das situações que envolvem os aspectos técnicos, éticos e legais. Envolvem também a segurança do paciente e a garantia ao acesso de medicamentos e outros recursos de suporte, inclusive o apoio efetivo para os cuidados básicos (YAMAGUCHI; OLIVEIRA, 2010).

No processo de trabalho da Atenção Domiciliar, é comum a vivência de situações do morrer no domicílio. Nestas condições de falecimento, o usuário cursa com condições clínicas que evidenciam sinais de agravamento, que possibilitam a equipe de Saúde prever o óbito no domicílio e se antecipar nas condutas e orientações. Desta forma, a equipe de Atenção Domiciliar deverá estar preparada para este tipo de abordagem à família, demonstrando tranquilidade e segurança no manejo dessa situação – o conhecimento e a vivência deste processo embasa a prática do profissional em cuidados paliativos domiciliares (BBC WORLDWIDE, 2001; FERRIS, 2004).

Existem contextos culturais extremamente diversos no País, com particularidades regionais e influência de culturas de outros países, que devem ser considerados diante do processo da doença e do falecimento. Há de

se respeitar as crenças e os valores de cada núcleo familiar, como os cultos e rituais preparatórios, adaptando as ações a serem realizadas no domicílio com o intuito de minimizar possíveis conflitos e constrangimentos.

7.5.1 Prevendo o Falecimento

A abordagem sobre a finalização da vida pode ser iniciada quando o paciente apresentar condições para tal e interesse em conhecer sua real situação. Para aqueles que puderem opinar sobre sua finitude, torna-se necessário criar um espaço de escuta e acolhimento, onde se possa manifestar quais as prioridades em relação aos cuidados, à preservação da qualidade de vida e/ou ao seu prolongamento, assim como de procedimentos invasivos, caso seja necessário. Ainda, ouvi-los quanto aos seus desejos e avaliar as possibilidades de realizá-los, inclusive quanto ao sepultamento ou à cremação.

Muitos não poderão opinar sobre aquilo que não conhecem, cabe, então, à equipe de Saúde ter sensibilidade e discernimento para decidir o que é adequado ou não para cada contexto clínico. Do mesmo modo, cuidadores e familiares devem participar dessa discussão, pois são parte do processo de cuidado e, muitas vezes, se veem diante de dificuldades decisórias, necessitando de ajuda para se manifestarem. Ajuda esta, baseada em argumentos claros e fundamentada na ética e na lei, que deve nortear a condução de tão difícil processo. Lembrar ainda que decisões sobre o final da vida podem ser modificadas após acordo inicial, pois os quadros clínicos, psíquicos e os movimentos da vida mudam o seu rumo.

Algumas discussões sobre o processo de falecimento nem sempre são expostas ao paciente, por uma questão de delicadeza e respeito, e não como uma forma de conspiração do silêncio. Assim, por vezes, o paciente não está preparado para ouvir ou não tem condições para manifestar a sua vontade. Sendo assim, a consulta deve ser dirigida aos familiares, principalmente obedecendo à ordem prevista pelo Código Civil, quanto à responsabilidade, “são parentes em linha reta as pessoas que estão umas para com as outras na relação de ascendentes ou descendentes”, ou seja, os pais quando o paciente for solteiro, o cônjuge quando for casado e na falta destes, os filhos.

Atentar-se em relação aos cuidadores, que nem sempre são os responsáveis legais. Para opinar sobre controles de sintomas e decisões no final da vida, é prudente um consenso entre paciente, quando possível, e familiares, a fim de que a equipe se sinta segura em estabelecer um plano e as estratégias que nortearão as condutas a serem adotadas. Para que o óbito do paciente ocorra no domicílio com relativa tranquilidade, é necessário reconhecer em sua situação os fatores facilitadores e/ou limitantes.

Fatores favoráveis em relação ao paciente:

- Condição clínica que permita um manejo seguro dos sintomas.
- Instrumental mínimo para que o paciente tenha seus sintomas bem controlados no final da vida.
- Dietas e medicamentos, inclusive os controlados, disponíveis na quantidade necessária.
- Equipamentos disponíveis como oxigênio, aspirador, sondas e cateteres, entre outros, dependendo das necessidades do paciente atendido.

Fatores favoráveis em relação aos familiares e aos cuidadores:

- Cuidadores preparados e em condições de prestar assistência na fase final.
- Colaboração de outros familiares nos cuidados finais, com revezamento e divisão das tarefas.
- Consenso entre os familiares e os cuidadores na realização das tarefas de acordo com a possibilidade de cada um.

Fatores favoráveis em relação à moradia e à localização:

- Moradia em local seguro e de fácil acesso.
- Localidade que possui serviço de saúde que mantém parceria com a AD, com condições de atestar e fornecer a declaração de óbito (DO).
- Bairro ou município equipado de serviços de remoção de urgência.

Fatores favoráveis em relação à equipe de Saúde (Atenção Básica e/ou Emad):

- Equipe articulada com os recursos sociais locais de apoio e de retaguarda.
- Equipe preparada tecnicamente para:
 - lidar com intercorrências clínicas;
 - dar os suportes finais de alívio e conforto ao paciente e apoio aos familiares;
 - oferecer orientação quanto às providências de funeral e sepultamento.

Comunicação:

Para atenuar as dificuldades e os conflitos das equipes de Saúde com o paciente e a família, assim como diminuir o desconforto nas tratativas de algumas questões delicadas que envolvem o processo de falecimento, principalmente o período que o antecede, é necessário:

- Comunicação adequada entre equipe, paciente e cuidadores e entre serviços de saúde.
- Prontuário domiciliar atualizado, que possa subsidiar adequadamente as condutas a serem adotadas, principalmente quando dos episódios agudos e inesperados.

- Articulação com os serviços de apoio, entre eles as equipes de Atenção Primária que possam compartilhar a responsabilidade sobre o tratamento do paciente e principalmente a emissão da declaração de óbito. Isto é: o cuidado em rede, ou seja, o matriciamento em relação também ao óbito domiciliar.

7.5.1.1 Quando a Morte Ocorrer no Domicílio

Para um planejamento do óbito no domicílio, a equipe precisa orientar a família antecipadamente sobre como proceder em caso do falecimento fora do horário de funcionamento da Emad ou equipe de Atenção Básica (AD1).

É de suma importância tranquilizar previamente os familiares, por exemplo, para a ocorrência de óbito noturno: neste caso, o Samu ou equivalente pode ser acionado para constatar o óbito. Há possibilidade de o corpo ser velado no próprio domicílio durante a noite, para aguardar a DO a ser realizada pela Emad ou sua retaguarda estabelecida, a partir do início das atividades do serviço (por volta das 7 horas da manhã).

As DOs são distribuídas pelas secretarias municipais e estaduais de Saúde, oriundas do Ministério da Saúde. Orienta-se não atravessar os limites de uma cidade, usando a DO da mesma para atestar na cidade vizinha – motivo de deturpação para as estatísticas de Saúde sobre mortalidade.

Uma das prerrogativas do SAD que mais é valorizada pelas famílias é a tranquilidade oferecida em caso de óbito durante o período de Atenção Domiciliar. A garantia do atestado DO é, em muitas ocasiões, um fator importante na decisão da família para concordar com a desospitalização do paciente e na pactuação desta modalidade de cuidados. Em caso do falecimento ocorrer fora do horário de funcionamento da Emad ou equipe de Atenção Básica (AD1), descreve-se algumas alternativas que podem ser levantadas nas experiências de vários serviços:

- Quando não há retaguarda garantida da emissão de DO nos horários de não cobertura do SAD e é esperado que a morte ocorra no domicílio, ou se deseja cuidar do paciente o máximo de tempo possível em casa: a família é orientada a reconhecer sinais de morte iminente e trazer o paciente ao pronto atendimento, apresentando o prontuário domiciliar com todas as informações clínicas que auxiliam na emissão na DO. Vários gerentes de PA têm sua lista de pacientes com risco de falecimento, apresentada pela equipe do SAD previamente, integrados na mesma região de atuação.
- Dependendo do acordo regional na área de cobertura do SAD, pode haver pactuação com o Samu para a constatação do óbito e/ou emissão de DO. Em alguns municípios, esta retaguarda funciona muito bem para óbitos esperados no domicílio quando há impossibilidade da Emad emití-lo. Para isto, é fundamental ter o prontuário domiciliar bem preenchido e haver comunicação prévia com a base do Samu.

7.5.1.2 A Morte Não Esperada, Mas Possível

Alguns pacientes com doenças graves, mas não com previsão de risco iminente de falecimento, podem subitamente vir a óbito. Para emitir a declaração de óbito, o médico-assistente da Atenção Domiciliar ou o médico substituto deverá:

- Com o prontuário domiciliar em mãos, examinar o paciente falecido e realizar entrevista com os cuidadores e os familiares para checar possíveis causas do óbito.
- Caso não se sinta seguro quanto às causas do óbito, o médico deverá fazer encaminhamento ao serviço de verificação do óbito (SVO).
- Para que o corpo seja encaminhado para o SVO, a família deverá fazer a notificação do óbito por morte natural à delegacia da cidade ou do bairro mais próximo do domicílio para providências quanto ao traslado do corpo para o referido serviço, que, após verificação, emitirá a declaração de óbito.

7.5.1.3 Impossibilidade de o Óbito Ocorrer em Domicílio

Quando o paciente e a família manifestam a vontade de que o falecimento ocorra no domicílio, mas há dificuldades intransponíveis. Nestes casos, é preciso ponderar os riscos que inviabilizam esta escolha.

Dificuldades do ponto de vista clínico:

- Paciente com sintomas de difícil controle como: hemorragias incontinentes, agitação mental, e alguns casos de obstrução maligna e dispneia grave.
- Indisponibilidade de equipamentos de apoio: aspirador, oxigênio, material de curativos e outros.
- Indisponibilidade de medicamentos de controle de sintomas como dor, náusea e vômitos, agitação mental, feridas tumorais, entre outros.
- Indisponibilidade de via de acesso para alimentação (quando indicado) e medicação.

Dificuldades quanto à emissão da declaração de óbito (DO):

- Inexistência de plantonista ou serviço que possa emitir a declaração de óbito em períodos não cobertos pela AD.
- Residência de difícil localização e/ou com restrições de acesso.

Mediante as dificuldades apontadas, recomenda-se a internação em instituição de Saúde, de preferência as de retaguarda/cuidados crônicos/enfermarias de cuidados paliativos, destinadas ao acolhimento de pacientes nesta fase final de cuidados. Recomenda-se também que a solicitação desta internação seja pautada em avaliação criteriosa do estado clínico do paciente, bem como mediante acordo com a família em questão, evitando-se internação muito prolongada e/ou estresse familiar.

7.5.1.4 Quando o Falecimento Ocorrer no Hospital

Se o falecimento ocorrer em hospital, onde o paciente já fora atendido, mesmo que a entrada tenha se dado pela emergência, há prontuários com informações que se complementam com as do prontuário domiciliar que poderão subsidiar o médico para a elaboração da declaração, salvo dúvidas quanto à causa do falecimento. No caso de permanência da dúvida, o corpo deve ser encaminhado para o SVO, ou ao Instituto Médico Legal (IML) para causas não naturais.

Para o correto preenchimento da declaração de óbito:

- É recomendável a consulta ao manual do CFM atualizado.
- É necessário atentar-se para os dados pessoais do paciente mediante consulta à documentação de identificação.
- É importante lembrar-se de que para o sepultamento ocorrer antes das 24 horas, esta autorização deverá ser anotada pelo médico na DO (alguns municípios no Brasil permitem que isso ocorra com anuência do médico atestante).

Sobre algumas situações especiais na emissão da DO:

Para pacientes acompanhados em domicílio, mesmo que por longo período, não se deve emitir declaração de óbito, quando do falecimento, se este teve episódios prévios como:

- Acidentes que ocasionaram fraturas, lesões ou outras sequelas.
- Ferimentos por arma de fogo ou por arma branca.
- Tentativa de suicídio.
- Outros episódios igualmente traumáticos como inundações, incêndios, contaminação que ocasionaram morte tardia.

Obs.: A família deverá fazer a notificação do óbito na delegacia da cidade ou do bairro mais próximo do domicílio, a qual tomará providência quanto ao traslado do corpo para o Instituto Médico Legal, onde procederá a autópsia.

Orientações de ordem prática sobre o sepultamento:

A pessoa responsável pelas providências do sepultamento deverá estar de posse de seu documento de identificação pessoal (RG) ou de um documento com foto da pessoa falecida. É imprescindível, tanto para o sepultamento/cremação quanto para lavrar a certidão de óbito no cartório de registro civil, a apresentação dos documentos originais, para que não haja dúvidas quanto à grafia de nomes, datas e outras informações. Uma vez

lavrada a certidão, esta só poderá ser retificada por decisão judicial. A documentação para as providências quanto ao funeral, em qualquer situação é:

- Declaração de óbito;
- Cédula de identidade do falecido;
- Certidão de nascimento, casamento ou declaração de união estável;
- Certidão de nascimento dos filhos.

É importante também, caso a família tenha jazigo próprio, levar a escritura, comunicando antecipadamente ao cemitério o sepultamento, para que haja tempo para a preparação do local que receberá a urna.

7.5.1.5 Sepultamentos em Outros Municípios – Traslados

Os sepultamentos a serem realizados em municípios distantes ou em outro estado exigem outras providências, como:

- Tratamento do corpo;
- Aquisição de uma urna adequada;
- Autorização de livre trânsito expedido por órgão competente;
- Contato prévio com a cidade onde o corpo será sepultado.

É importante que a família esteja ciente de que haverá um aumento das despesas, em função do custo com a formolização do corpo, transporte e aquisição de urna especial.

Traslado via aérea

Poderá ser feito o traslado no setor de cargas das empresas aéreas com pagamento no ato do embarque (DAC, 2002).

Verificar antecipadamente os horários dos voos, pois o esquife só poderá ficar no aeroporto por aproximadamente três horas.

O traslado só poderá ser feito com a **Autorização de Livre Trânsito**, fornecido mediante apresentação da documentação de contratação de funeral e **Certidão de Formolização** na delegacia mais próxima.

O corpo só poderá ser trasladado formalizado e este serviço é feito nos **serviços de verificação de óbito (SVO)** mediante pagamento.

Atenção: Para os óbitos ocorridos na residência, com atestado de óbito emitido por médico particular, a formalização também será feita no SVO, mediante requisição do Serviço Funerário Municipal, após a contratação do funeral.

Para pacientes que tenham sido encaminhados pelo SUS por tratamento fora de domicílio (TFD), conforme Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999, o traslado é feito pelo serviço funerário da região onde ocorreu o óbito, mas pago pelo município de origem do paciente.

7.5.2 Cremação

Além de todos os documentos acima citados, para a cremação é necessário:

- Declaração de óbito assinada por dois médicos.
- Manifestação do paciente em vida, por meio de documento público ou particular ou ainda em manifestação verbal na presença de três testemunhas.
- Caso a manifestação tenha sido verbal, a autorização será do marido ou da esposa, mediante certidão de casamento civil e na falta destes, de parentes de acordo com o que dispõe o Código Civil.
- Se a morte for violenta, serão necessários para a cremação: atestado médico assinado por um médico legista, autorização judicial, laudo do IML, boletim de ocorrência e uma declaração de um delegado, não se opondo à cremação.
- Só poderão ser cremadas, sem ordem judicial, as pessoas que tiveram morte natural.

Observações importantes:

- Quando o paciente apresentar lesões no corpo, tumores exóticos e/ou úlceras por pressão, ou ainda, quando o sepultamento se der após as 24 horas, é necessário optar por uma urna fechada com visor.
- A Lei Orgânica da Assistência Social (Loas) nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, dispõe sobre a gratuidade dos custos com o funeral para as famílias cuja renda mensal *per capita* seja inferior a um quarto do salário mínimo.
- Alguns municípios já garantem à família da pessoa que tiver **doado algum órgão para fim de transplante médico** o benefício da dispensa do pagamento de algumas taxas, emolumentos e tarifas do funeral. Para isso, na contratação do funeral, é importante informar-se a esse respeito e apresentar o comprovante de doação de órgãos do falecido, bem como da imediata comunicação do óbito à instituição médica habilitada em receber os órgãos.

7.5.3 Luto

Baseada nos princípios que norteiam as ações em cuidados paliativos, a preocupação com o luto dos cuidadores e dos familiares também deve nortear as ações em domicílio.

É necessário oferecer, por meio do trabalho em equipe, um sistema de apoio para ajudar a família a enfrentar a situação vivenciada durante a doença do paciente e em seu próprio luto. Dessa forma, espera-se dos profissionais envolvidos preparo técnico e emocional para o atendimento da demanda trazida pela família, reconhecendo os processos normais e complicados de luto e oferecendo atenção adequada aos familiares (OMS, 2002).

Há indiscutivelmente muitos estudos a respeito da morte e dos processos de luto em vários campos do saber. Alguns autores apontam para as dificuldades maiores a serem enfrentadas no período de luto pelos familiares que presenciam o falecimento de seus entes queridos, ou por aqueles que conviveram com momentos vividos de extremo sofrimento (PARKES, 1998; KOVÁCS, 1992; BROMBERG, 1996).

Outros trabalhos nos mostram que os mais difíceis processos de luto, que resultam em muito sofrimento, e/ou em luto complicado, são os decorrentes “das mortes sem aviso”, dos falecimentos repentinos para os quais as famílias não estavam preparadas.

Na perspectiva da Atenção Domiciliar, é necessário pontuar que o enfrentamento do processo de luto por parte do cuidador também deve ser motivo de atenção das equipes atuantes, conforme pontuado acima, visto que nem sempre estes, os cuidadores, serão acompanhados após o falecimento do familiar.

Nas intervenções referentes à Atenção Básica e à Atenção Domiciliar, o acompanhamento aos familiares pode facilitar a elaboração do processo. Todavia, nos serviços cujo foco de atenção é somente o paciente em questão, é importante perceber com antecedência os fatores que podem levar a um processo “inadequado” de luto.

A literatura a respeito pontua situações de risco que podem levar ao luto complicado: famílias muito reduzidas e isoladas socialmente (endógenas), cuidadores que apresentam problemas relacionados ao alcoolismo, uso de drogas ilícitas ou problemas psiquiátricos sem acompanhamento adequado e famílias cujo evento “morte” não é aceito de forma natural.

Assim, podemos perceber que o processo de luto das famílias é relacionado a vários fatores que vão desde traços de personalidade de seus membros, organização/desorganização familiar para o cuidado até o aceite/negação da morte como parte da vida.

Independente disso, parte da qualidade de luto das famílias em cuidados paliativos dependerá única e exclusivamente da atenção que obtiveram por parte da equipe. Assim, os profissionais devem estar atentos aos grandes eixos que compõem uma ação interdisciplinar e holística, abrangendo paciente e família: como conhecer esse núcleo familiar, percebendo os fatores socioculturais que influenciam no cuidado e no enfrentamento do processo de luto e como atuar nos diferentes desenhos de família e de cuidados propostos por ela.

No primeiro item, é importante considerar que o “tempo de reconhecimento” será dado pela família em questão. Atuações inadequadas e invasivas, invariavelmente, prejudicam o estabelecimento do vínculo tão necessário em cuidados paliativos. Ninguém conta sua história, principalmente se for marcada por dor e perdas, em uma primeira conversa. Investigar sem objetivo é tão ou mais destrutivo que a falta de interesse. Existe um limite tênue, em cuidados paliativos, entre o saber sobre o núcleo familiar como forma de auxiliá-lo ou controlá-lo. Assim,

importa conhecer: quem pode/deve cuidar do paciente (responsáveis legais x vínculos estabelecidos), condições socioeconômicas da família (renda, rede de suporte social, local de moradia), lugar do paciente nesse núcleo (é amado, odiado, desprezado), desejo do paciente e do cuidador sobre o lugar de óbito e os fatores que interferem, positiva ou negativamente, no cuidado (religião, perspectiva sobre dependência e morte, resistência ou aceitação do cuidado etc.).

Mediante essas informações, é possível planejar ação adequada, focando não somente na morte digna para o paciente, mas também no equilíbrio familiar durante o cuidado e após o falecimento do paciente. Divisão de responsabilidades e tarefas, respeito aos rituais familiares, consenso entre paciente/família/equipe sobre local de óbito, orientações sobre providências legais e burocráticas, conforme já exposto no capítulo em questão, podem ser pontos decisivos para o cuidado adequado e também para um processo de luto tranquilo.

Às equipes que não mais acompanharão aquela família, é recomendável a realização de uma visita após o falecimento do paciente, tendo como objetivo constituir-se em um espaço de escuta, de esclarecimento de dúvidas, de avaliação do atendimento e de finalização da assistência.

Nessa visita, a equipe compartilha com a família a finalização de uma etapa e o recomeço de outra, agora sem aquele familiar. É a finalização do período de cuidados – o ser cuidador – e o início da reconstrução de outra fase para este familiar, marcada agora pelo processo de deixar de ser cuidador de alguém gravemente enfermo. É nesse momento em que é possível, em uma abordagem mais próxima e atenta, perceber se este familiar sozinho superará seu período de luto ou se precisará de ajuda especializada para tal. É claro que ainda é muito cedo para que, no momento da realização desta visita, seja possível perceber com certeza se haverá ou não a necessidade de uma ajuda especializada, mas os indícios já estão presentes e merecem atenção.

Este último contato é também o momento para as **informações burocráticas e orientações** legais sobre documentação, direitos previdenciários (em alguns casos, conversão de aposentadoria em pensão, regularização de auxílio-doença etc.), direitos a serem garantidos aos filhos menores etc. Orientações estas de responsabilidade do assistente social.

A **avaliação do atendimento realizado** também é objetivo desta visita, sendo uma das alternativas para que a equipe se aprimore por meio da avaliação de seus “pontos fracos” e acatamento, como rotina, do apontado pela família como correto e de acordo com as necessidades apresentadas pelo paciente e pelos familiares.

É também o **momento de despedida**, de finalização do atendimento; é a última visita naquela residência e, na maioria das vezes, o último encontro com aquela família; daí a importância de que esta visita aconteça sempre que for desejo dos familiares.

A sensação de “dever cumprido” é esperada para todos os envolvidos: para os familiares e cuidadores que assumiram até o final os cuidados para com o paciente e para a equipe que, junto à família, vê mais uma vez um atendimento ser finalizado.

Por isso, a visita de encerramento do atendimento constitui-se verdadeiramente em um encontro das pessoas envolvidas no cuidado com aquele paciente; é a finalização de todo um processo e o reconhecimento sempre presente de que o cuidado paliativo domiciliar é possível e de que todos merecem e devem ser cuidados de forma responsável e digna até a sua morte.

REFERÊNCIAS

ABADE, V. S. E.; TIEPPO, C. O. Riscos de queda no ambiente doméstico: a segurança do idoso sob o olhar do terapeuta ocupacional. In: SÃO PAULO INTERNAÇÕES DOMICILIARES. **Prata da casa**: escritas do cotidiano de uma equipe que cuida. São Paulo Internações Domiciliares, Grupo MAIS. São Paulo: Oboré, 2010.

ANDRADE FILHO, A.; CAMPOLINAD; DIAS, M. B. **Toxicologia na prática clínica**. 1. ed. Belo Horizonte: Editora Folium, 2001.

APIC – HICPAC (Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology - Centers for Disease Prevention and Control's Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee). **Surveillance Definitions for Home Health Care and Home Hospice Infections**. Washington, 2008. Disponível em: <http://www.apic.org/Resource_/TinyMceFileManager/Practice_Guidance/HH-Surv-Def.pdf>. Acesso em: 19 out. 2012.

BAGSHAW, S. M.; BELLOMO, R. The need to reform our assessment of evidence from clinical trials: a commentary. **Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine**, [S.l.], v. 3, p. 23, 2008.

BARROS, A. F. et al. Análise das alterações ventilatórias e hemodinâmicas com utilização de ventilação mecânica não-invasiva com binível pressórico em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. **Arq. Bras. Cardiol.**, [S.l.], v. 88, n. 1, p. 96-103, 2007.

BBC WORLDWIDE. O Fim da Vida (filme 7). In: O CORPO Humano. [série em DVD vídeo]. São Paulo: Abril, 2001. 1 DVD.

BERSTEN, A. D. et al. Treatment of severe pulmonary edema with continuous positive airway pressure delivered by face mask. **N. Engl J Med.**, [S.l.], v. 325, p. 1825-30, 1991.

BIROLINI, D.; ATALLAH, A. N. (Ed). **Atualização terapêutica de Prado, Ramos e Valle**: urgências e emergências: 2012/2013. 24. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2012.

BRADLEY, S. F. Infections. In: DUTHIE JR E. H.; KATZ, P. R.; MALONE, M. L. **Duthie**: practice of geriatrics. 4th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Seção 1.

_____. Lei Federal nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 ago. 2006. Seção 1.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 192, 3 out. 2003. Seção 1.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 192, 3 out. 2003. Seção 1.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1.

_____. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 dez. 1993. Seção 1.

_____. Ministério da Defesa. Departamento de Aviação Civil. **Normas para o transporte de cadáveres em aeronaves civis**. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www2.anac.gov.br/biblioteca/iac/IAC1606.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília, 2001a.

_____. Portaria GM nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 dez. 2005. Seção 1.

_____. Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, com o objetivo de estabelecer diretrizes e responsabilidades institucionais onde se contemplem e valorizem medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção de agravos externos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 96, 18 maio 2001b. Seção 1e.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/imgs/publicacoes/cadernos_ab/abca16.jpg>. Acesso em: 13 out. 2012.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Doenças respiratórias crônicas**. Brasília, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 25).

_____. **Violência intrafamiliar**: orientações para a prática em serviço. Brasília, 2002. (Cadernos de Atenção Básica, n. 8).

BROMBERG, M. H. P. F. et. al. **Vida e morte**: laços da existência. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

BUKSMAN, S. et al. Quedas em idosos: prevenção. In: PROJETO Diretrizes. Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina. 2008. Disponível em: <www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf>. Acesso em: 13 out. 2012.

CARDOSO, O. B. Crises convulsivas. In: PIRES, M. T. B. **Manual de urgências em pronto-socorro**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

CARVALHO, C. R. R. **Ventilação mecânica**. São Paulo: Atheneu, 2000. v. 1-2.

CARVALHO, W. B.; JOHNSTON, C. Efeitos da ventilação não invasiva com pressão positiva no edema agudo de pulmão cardiogênico. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, [S.l.], v. 52, n. 4, p.187-201, 2006.

CAVALCANTI, E. A.; RÜEGG, D; MARTINS, H. S.(Ed.). **Pronto-socorro: condutas do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. Barueri, SP: Manole, 2007.

COUTINHO, A. P.; PEREIRA, C. R.; FEIJÓ, R. D. F. (Coord.). **Prevenção e controle de infecções associadas à assistência médica extra-hospitalar: ambulatórios, serviços, diagnósticos, assistência domiciliar e serviços de longa permanência**. São Paulo: – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar (APECIH), 2004.

CRANE, S. D. et al. Randomised controlled comparison of continuous positive airway pressure, bilevel, non-invasive ventilation and standart trietment in emergency department patients with acute cardiogenic pulmonary oedema. **Emerg. Med. J.**, [S.l.], v. 21, p. 155-161, 2004.

ESPÍNDOLA, C. R.; BLAY, S. L. Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 301-306, abr. 2007.

EVANS, J. G. Evidence-based and evidence-biased medicine. **Age Ageing**, [S.l.], v. 24, n. 6, p. 461-463, 1995.

FERRIS, F. D. Last hours of living. **Clin Geriatr Med**, [S.l.], v. 20, p. 641-667, 2004. Disponível em: <<http://geriatricsrotation.uchicago.edu/internal/documents/LastHours.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2012.

GALRIÇA NETO. Cuidados paliativos em Portugal. **Revista de Medicina Paliativa**, [S.l.], v. 13, n. 4, p. 171-172, 2006.

GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciênc. saúde coletiva**, [S.l.], v. 10, n. 2, p. 357-363, abr. 2005.

GORZONI, M. L. Abordagem do idoso na emergência. In: GOLIN, V; SPROVIERI, S. R. S. **Condutas em urgências e emergências para o clínico**. São Paulo: Atheneu, 2009.

_____ et al. Comorbidade, multimorbidade e apresentações atípicas das doenças nos idosos. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

GREENHALGH, T. Narrative based medicine in an evidence based world. **BMJ**, London, n. 318, p. 323-325, 1999.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (org..). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

HOLSTEIN, A. et al. Severe sulfonylurea-induced hypoglycemia: a problem of uncritical prescription and deficiencies of diabetes care in geriatric patients. **Expert Opin Drug Saf**, [S.l.], v. 9, n. 5, p. 675-681, Sep. 2010.

KLUBER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1969.

KÓVACS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

LEVIN, A. S. et al. **Guia de utilização de anti-infecciosos e recomendações para a prevenção de infecções hospitalares**. 5. ed. São Paulo: Hospital das Clínicas, 2011. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/adm/dc/gcih/manual_antiinfecciosos/manual_anti-infecciosos_2012_2014.pdf>. Acesso em: 6 out. 2012.

LLOYD-OWEN, S. J. et. al. Patterns of home mechanical ventilation use in Europe: results from the Eurovent Survey. **Eur. Respir. J.**, [S.l.], v. 25, p. 1025-1031, 2005.

MARTINS, H. S. et al. (Ed.). **Emergências clínicas: abordagem prática**. 7. ed. Barueri, SP: Manole, 2012.

_____; DAMASCENO, M. C. T.; AWADA, S. B. **Pronto-socorro: medicina de emergência**. 3. ed. Barueri, SP: Manole, 2013.

MCPHEE S. J.; PAPADAKIS M. A. **Current Medical diagnosis and Treatemnt 2010**. 49th ed. Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2009.

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1259-1267, 2006. (Suplemento).

_____. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 7-18, 1994. (Suplemento 1).

_____; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999.

_____; _____. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **Hist. Ciênc. Saúde**, Manguinhos, v. 4, n. 3 p. 513-531, 1997.

NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. (Org.). **Dimensões da dor no câncer: reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma de saúde**. São Paulo: Robe Editorial, 1997.

NERY, M. Hypoglycemia as a Limiting Factor in the Management of Type 1 Diabetes. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 52, n. 2, Mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302008000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OPAS). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Brasília: OMS/Opas, 2002.

PARKES, Colin M. **Luto: estudos sobre a perda na vida adulta**. São Paulo: Summus Editorial, 1998.

PERIL-LEVIN, Sílvia. **Discussing screening for elder abuse at primary health care level**. WHO, 2008.

PERRACINI, Monica Rodrigues; RAMOS, Luiz Roberto. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, Dec. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000700008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2012.

PRADO, L. K. P.; MACHADO, A. N.; CURIATTI, J. A. E.; SITTA, M. C. Delirium. **Rev Bras Med**, [S.l.], v. 65, n. 1/2, 2008. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3706. Acesso em: 16 jul. 2011.

PRATI, L. E.; COUTO, M. C. P. P.; KOLLER, S. H. Famílias em vulnerabilidade social: rastreamento de termos utilizados por terapeutas de família. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 25, n. 3, set. 2009.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes do Programa Pulmão Paulistano e de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada**. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/nupes/Diret_ODP_DPA_2010.pdf>. Acesso em: ago. 2012.

SEMFYC. Grupo de trabajo de Atención al Mayor de la sem FYC. **Atención a la personas mayores desde la atención primaria**. Espanã: Barcelona, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009. 3. ed. Itapevi (SP): A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes09_final.pdf>. Acesso em: 14 out. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Consenso brasileiro de oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). **J. Pneumol.**, [S.l.], v. 26, n. 6, p. 341-350, set. 2000.

_____. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. **J. Bras. Pneumol.**, [S.l.], v. 33, p. 92-105, 2007. (Suplemento 2).

_____. **Temas em revisão-oxigenoterapia domiciliar prolongada**, 2008. Disponível em: <www.sbpt.org.br>. Acesso em: ago. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA. Oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). **Jornal de Pneumologia e Tisiologia**, São Paulo, v. 26, n. 6, nov./dez. 2000.

SOUZA, E. R et. al. O tema violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5 nov./dez. 2009.

_____; LIMA, M. L. C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1211-1222, 2006. (Suplemento).

SUEMOTO, C. K. et al. Emergências no idoso. In: MARTINS, H. S.; DAMASCENO, M. C. T.; AWADA, S. B. **Pronto-socorro: medicina de emergência**. 3. ed. Barueri, SP: Manole, 2013.

THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY EXPERT PANEL ON THE CARE OF OLDER ADULTS WITH MULTIMORBIDITY. Guiding Principles for the Care of Older Adults with Multimorbidity: An Approach for Clinicians. **J. Am. Geriatr. Soc.**, [S.l.], v. 19, Sep. 2012. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04188.x.

TODD, C.; SKELTON, D. **What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?** Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report), 2004. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf>> . Acesso em: 5 abr. 2004.

ULHOA, T. H. Convulsões e estado de mal epilético. In: MELO, M. C. B.; NUNES, T. A.; ALMEIDA, C. T. **Urgência e emergência pré-hospitalar**. Belo Horizonte: Folium, 2009.

_____. Traumatismo crânio encefálico. In: MELO, M. C. B.; NUNES, T. A.; ALMEIDA, C. T. **Urgência e emergência pré-hospitalar**. Belo Horizonte: Folium, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer Palliative Care**, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/en/>>. Acesso em: 16 ago. 2012.

YAMAGUCHI, A. M. et al. (Ed.). **Assistência domiciliar**: uma proposta interdisciplinar. Barueri, SP: Manole, 2010.

_____; OLIVEIRA, I. B. Visita pré-óbito: preparo e atenção frente à iminência do falecimento. In: YAMAGUCHI, A. M. et al. **Assistência domiciliar**: uma proposta interdisciplinar. Barueri, SP: Manole, 2010.

ANEXOS

Anexo A – Sistema Avaliação de Sintomas de Edmonton (Esas)

1. Lista dez escalas numéricas que avaliam a intensidade dos sintomas.
2. Pontuação de 0 a 10: pede-se que o paciente selecione o número que melhor indique a intensidade de cada sintoma, sendo zero o mínimo sintoma e dez o máximo sintoma.
3. Aplicabilidade em período de tempo determinado de acordo com a rotina dos serviços ou segundo a condição do paciente (diária, dias intercalados, semanal).
4. Escala aplicada por profissional médico ou enfermeiro.

Mínimo sintoma	Intensidade	Máximo sintoma
Sem dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dor
Sem cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo cansaço
Sem náuseas	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima náusea
Sem depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima depressão
Sem ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima ansiedade
Sem sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima sonolência
Bom apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sem apetite
Máximo bem-estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo mal-estar
Sem dispneia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dispneia
Sem insônia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dificuldade para dormir

Escala de Ansiedade e Depressão (HAD)

1. Questionário que pode ser autoaplicado com 14 itens, integrado por subescalas de sete itens para depressão e sete itens para ansiedade.
2. O paciente deverá selecionar para cada item a alternativa que melhor reflete a sua situação na última semana.
3. A HAD é uma escala simples de fácil aplicação.
4. Pode ser utilizada para detectar mudanças emocionais durante o curso da enfermidade.
5. Sua validade para detectar enfermidade psiquiátrica definida é limitada.
6. Pode ser aplicada pelo (a) psicólogo (a) da equipe.

1) Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada

3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso

4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais

5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo

2 () Boa parte do tempo

1 () De vez em quando

0 () Raramente

6) Eu me sinto alegre:

3 () Nunca

2 () Poucas vezes

1 () Muitas vezes

0 () A maior parte do tempo

7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

0 () Sim, quase sempre

1 () Muitas vezes

2 () Poucas vezes

3 () Nunca

8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

3 () Quase sempre

2 () Muitas vezes

1 () De vez em quando

0 () Nunca

9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

0 () Nunca

1 () De vez em quando

2 () Muitas vezes

3 () Quase sempre

10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
- 2 () Não estou mais me cuidando como deveria
- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () Cuido-me do mesmo jeito que antes

11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante
- 1 () Um pouco
- 0 () Não me sinto assim

12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Um pouco menos do que antes
- 2 () Bem menos do que antes
- 3 () Quase nunca

13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
- 2 () Várias vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não sinto isso

14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

0 () Quase sempre

1 () Várias vezes

2 () Poucas vezes

3 () Quase nunca

Resultado: Presença de ansiedade ou depressão, pontuação maior ou igual a 8.

Escala de Zarit Reduzida

Para facilitar a quantificação de forma objetiva, podem ser utilizados instrumentos que avaliem o grau de sobrecarga apresentada pelo cuidador. Abaixo, segue o modelo da escala de Zarit reduzida que possui grande utilidade na abordagem dos cuidadores:

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?				
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

2. Sente-se estressado/angustiado por ter que cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex.: cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).				
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

3. Acha que a situação atual afeta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?				
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/doente?				
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

5. Sente que sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar do seu familiar/doente?				
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

6. Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença o seu familiar/ doente se manifestou?				
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/ doente?				
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

Sobrecarga leve: até 14 pontos

Sobrecarga moderada: 15 – 21 pontos

Sobrecarga grave: acima de 22 pontos

Anexo B – Mapa de Visitas e Procedimentos

Procedimentos

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Visitas												
Aferição de PA												
Curativo												
Debridamento												
Retirada de Pontos												
Sondagem NG												
Sondagem Vesical												
Medicação EV												
Medicação IM												
Troca de bolsa coletora												
HTG												

Óbitos

JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ

Pacientes com Alta

JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ

Anexo C – Ficha de Acompanhamento da Enfermagem

SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Paciente: _____ **Prontuário:** _____

Cuidador: _____

Endereço: _____ **Tel.:** _____

Profissional: _____ **Registro:** _____

DATA DAS VISITAS	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
PELE							
Coloração							
Edema(s)							
Hidratação							
Higiene							
Presença de Área Vermelha/ Pontos de Pressão							
Presença de Úlcera							
SINAIS VITAIS							
Pressão Arterial							
Temperatura							
Pulso							
Respiração							
ALIMENTAÇÃO							
Aceita VO							
Gastrostomia							
Ingestão Líquida							
Dieta por Sonda							
ELIMINAÇÃO							
Evacuações por Semana							
Diarreia							
Constipação							
Urina Frequência							

Urina Volume							
Urina Cor							
HIGIENE							
Cama							
Corporal							
Oral							
MOBILIZAÇÃO							
Leito							
Fora do Leito							
Ativa							
Passiva							
SONDAS							
Funcionamento Adequado							
Realizado Troca							
SONO							
Prejudicado							
Sem Alteração							
Impressão geral e observação							

Anexo D – Formulário de Referência e Contrarreferência

SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Unidade Solicitante _____

CNES: _____ Profissional: _____ Registro: _____

Nome do paciente: _____

CNS: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Solicitação do Encaminhamento

Motivo – História Clínica – Exames – Dados Importantes

Data: ___/___/___

Assinatura e carimbo do profissional

Unidade referenciada _____

CNES: _____ Profissional: _____ Registro: _____

Parecer da Unidade Referenciada

Diagnóstico – Sugestões de Manejo – Exames – Dados Importantes

Data: ___/___/___

Assinatura e carimbo do profissional

Anexo E – Avaliação do Cuidador

Avaliação do Cuidador

Nome:	Solicitação SAD: ___/___/___
Idade:	Cuidador: Parentesco:

Histórico:

Enfermagem								
Cuidados	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
	Avaliação							
Banho no leito/Higiene								
Aspiração de Via Aérea Superior								
Curativo								
Cuidado com Dieta Enteral								
Mudança de Decúbito								
Admin. De Medicação por SNE								
Cuidados com Sondagem								
Cuidados com Colostomia								

Observações:

Legenda:	1	Insatisfatório
	2	Satisfatório
	3	Muito Satisfatório

Enfermeiro SAD:

Enfermeiro Unidade Clínica:

Fonte: Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM/SP).

Anexo F – Portaria Interministerial nº 630, de 8 de novembro de 2011

Portaria Interministerial que Beneficia Famílias do CadÚnico com a Tarifa Social de Energia Elétrica

DOU, de 9 de novembro de 2011, MME, pág. 36.

GABINETE DO MINISTRO PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 630, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2011

OS MINISTROS DE ESTADO DE MINAS E ENERGIA E DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhes confere o art. 87, parágrafo único, inciso II, da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 2º, § 1º, da Lei no 12.212, de 20 de janeiro de 2010, resolvem:

Art. 1º Será beneficiada com a Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE a unidade consumidora habitada por família inscrita no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal - CadÚnico, com renda mensal de até três salários mínimos, que tenha entre seus membros portador de doença ou com deficiência (física, motora, auditiva, visual, intelectual e múltipla) cujo tratamento, procedimento médico ou terapêutico requeira o uso continuado de aparelhos, equipamentos ou instrumentos que, para o seu funcionamento, demandem consumo de energia elétrica.

Art. 2º Para fazer jus à Tarifa Social de Energia Elétrica, o responsável pela unidade consumidora ou o próprio portador da doença ou com deficiência poderá, a qualquer tempo, requerer o benefício às concessionárias, permissionárias ou autorizadas de distribuição de energia elétrica, mediante apresentação de:

I - relatório e atestado subscrito por profissional médico; e

II - comprovante de inscrição da família no CadÚnico com renda mensal de até três salários mínimos.

Parágrafo único. Para fins do disposto no inciso I, no caso em que o profissional médico não atue no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS ou em estabelecimento particular conveniado, o relatório e o atestado deverão ser homologados pela Secretaria Municipal ou Distrital de Saúde.

Art. 3º O relatório e o atestado médico de que trata o art. 2º deverá certificar a situação clínica e de saúde do morador portador da doença ou com deficiência, bem como a previsão do período de uso continuado de aparelhos, equipamentos ou instrumentos que, para o seu funcionamento, demandem consumo de energia elétrica e, ainda, as seguintes informações:

I - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID;

II - número de inscrição do profissional médico responsável no Conselho Regional de Medicina - CRM;

III - descrição dos aparelhos, equipamentos ou instrumentos utilizados na residência que, para o seu funcionamento, demandem consumo de energia elétrica;

IV - número de horas mensais de utilização de cada aparelho, equipamento ou instrumento;

V - endereço da unidade consumidora; e

VI - Número de Inscrição Social - NIS.

Parágrafo único. Nos casos em que houver necessidade de prorrogação do período previsto no relatório médico ou atestado, o responsável pela unidade consumidora ou o portador da doença ou com deficiência deverá solicitar novos relatório e atestado médico para manter o benefício.

Art. 4º O responsável pela unidade consumidora ou o portador da doença ou com deficiência deverá permitir o acesso de profissional de saúde designado pela Secretaria Municipal ou Distrital de Saúde ao local de instalação dos aparelhos, equipamentos ou instrumentos, durante o horário comercial, sob pena da extinção do benefício, após devido processo administrativo.

Art. 5º O Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Energia Elétrica – ANEEL poderão expedir atos complementares para execução do disposto nesta Portaria.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

EDISON LOBÃO

Ministro de Estado de Minas e Energia

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

Ministro de Estado da Saúde

Anexo G – CITs e Ciats do Brasil

CITs e CIATs do Brasil	Telefone
Centro de Assistência Toxicológica (Ceatox) – São José do Rio Preto	(17) 3201-5000 ramal 1380
Centro de Assistência Toxicológica (Ceatox) – HCFMUSP	(11) 3069-8800 / 3069-8571
Centro de Assistência Toxicológica (Ceatox) – Botucatu	(14) 3815-3048 / 3811-6017 / 3811-6034
Centro de Assistência Toxicológica da Paraíba	(83) 3224-6688 / 3216-7007
Centro de Assistência Toxicológica de Campina Grande (Ceatox) – CG	(83) 3321-1855 / 3321-5853
Centro de Assistência Toxicológica de Cascavel	(45) 3321-5261 / 0800-6451148
Centro de Assistência Toxicológica de Fortaleza	(85) 3255-5050 / 3255-5012
Centro de Assistência Toxicológica de Pernambuco	(81) 3181-5595
Centro de Assistência Toxicológica de Presidente Prudente	(18) 3908-3379 / 39084422 / 0800-7226001
Centro de Atendimento Toxicológico de Marília	(14) 3433-8795 / 3402-1744 ramal 1008
Centro de Atendimento Toxicológico (Toxcen) – Vitória	(27) 3137-2400 / 3137-2406 / 0800-2839904
Centro de Controle de Envenenamentos de Curitiba	(41) 3330-4470
Centro de Controle de Intoxicação – Santos	(13) 3222-2878
Centro de Controle de Intoxicações de Londrina	(43) 3371-2244 / 3371-2668 / 3371-2669
Centro de Controle de Intoxicações de Maringá	(44) 2101-9127
Centro de Controle de Intoxicações de Niterói	(21) 2629-9021 / 2717-0148 / 2717-0521
Centro de Controle de Intoxicações de Ribeirão Preto	(16) 3602-1190
Centro de Controle de Intoxicações de São Paulo	(11) 5012-2399
Centro de Controle de Intoxicações de Taubaté	(12) 3632-6565
Centro de Controle de Intoxicações do Rio de Janeiro	(21) 2573-3244 / 0800-7226001
Centro de Controle de Intoxicações – FCM/Unicamp	(19) 3521-7573
Centro de Informação e Assistência Toxicológica do DF	(61) 3325-6512 / 0800-6446774
Centro de Informação Toxicológica – Aracaju	(79) 3259-3645 / 3216-2677 / 0800-722001
Centro de Informação Toxicológica de Natal	(84) 3232-7969
Centro de Informações Antiveneno (Ciave) – Salvador	(71) 3387-4343 / 3387-3414 / 0800-2844343
Centro de Informações Antiveneno (Ciave) – Cuiabá/MT	(65) 3617-7800
Centro de Informações e Assistência Toxicológica – HGF (Fortaleza)	(85) 3101-7077

Centro de Informações Tóxico-Farmacológicas de Goiás	(62) 3291-4350 / 3201-4110
Centro de Informações Toxicológicas (Citox) – Teresina	(86) 3221-9608
Centro de Informações Toxicológicas de Belém	(91) 3249-6370 / 3259-3748 / 3201-6622
Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina	(48) 3721-8085 / 0800-6435252
Centro de Informações Toxicológicas do Amazonas	(92) 3622-1972/ 3621-6502
Centro de Informações Toxicológicas do Rio Grande do Sul	(51) 2139-9200
Centro de Intoxicação do Hospital Municipal de São José dos Campos	(12) 3901-3400 ramal 3512
Centro Integrado de Vigilância Toxicológica (Civitox) – Campo Grande/MS	(67) 3386-8655
Instituto Butantan	(11) 3726-7222 / 3726-79626
Sinitox/CICT/Fiocruz	(21) 3865-3247 / 3865-3246
Unidade de Toxicologia de Minas Gerais – Ciat/BH	(31) 3239-9308 / 3224-4000

Anexo H – Escalas de Apoio

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (VERSÃO CURTA)

1. Você se considera globalmente satisfeito com sua vida? ()SIM ()NÃO
2. Você tem abandonado muitas de suas atividades e interesses? ()NÃO ()SIM
3. Você tem a sensação de que sua vida está vazia? ()NÃO ()SIM
4. Você se aborrece com frequência? ()NÃO ()SIM
5. Você habitualmente está de bom humor? ()SIM ()NÃO
6. Você tem medo de que algo ruim possa lhe acontecer? ()NÃO ()SIM
7. Você se sente feliz na maior parte do tempo? ()SIM ()NÃO
8. Você se sente frequentemente sem ajuda, desamparado? ()NÃO ()SIM
9. Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas? ()NÃO ()SIM
10. Você acha que sua memória é pior do que a das outras pessoas? ()NÃO ()SIM
11. Você acha maravilhoso viver nos dias de hoje? ()SIM ()NÃO
12. Você atualmente se sente sem valor? ()NÃO ()SIM
13. Você se sente cheio de energia? ()SIM ()NÃO
14. Você se julga sem esperança em relação à sua situação atual? ()NÃO ()SIM
15. Você acha que a maioria das pessoas vive melhor do que você? ()NÃO ()SIM

Contar 1 ponto para cada resposta com conotação depressiva (coluna da direita), 0 para as outras

Pontuação total: ____ / 15

Interpretação:

De 0 a 5 pontos: exame normal

De 5 a 10 pontos: indícios de quadro depressivo leve

Acima de 11 pontos: provável depressão severa

Fonte: YESAVAGE, J. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale. **J. Psychiatr. Res.** v. 17, p. 37, 1983.

Anexo I – Miniexame do Estado Mental

Teste utilizado para avaliar a função cognitiva por ser rápido (em torno de 10 minutos), de fácil aplicação, não requerendo material específico. Deve ser utilizado como instrumento de rastreamento, não substituindo uma avaliação mais detalhada, desta forma, apoiando na identificação das funções que precisam ser investigadas. É um dos poucos testes validados e adaptados para a população brasileira.

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL
(Folstein, Folstein & McHugh, 1.975)

Paciente: _____
 Data da Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto) ()
- Dia do mês (1 ponto) ()
- Mês (1 ponto) ()
- Ano (1 ponto) ()
- Hora aproximada (1 ponto) ()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto) ()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto) ()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto) ()
- Cidade (1 ponto) ()
- Estado (1 ponto) ()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta ()

Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivas, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto) ()

(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra) ()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos) ()
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto) ()
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão" (3 pts) ()
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto) ()
- Escrever uma frase (1 ponto) ()
- Copiar um desenho (1 ponto) ()

ESCORE: (____ / 30)



Avaliação dos resultados

Normal: acima de 27 pontos

Demência: menor ou igual a 24 pontos; em caso de menos de quatro anos de escolaridade, o ponto de corte passa para 17, em vez de 24

Escore médio para depressão

Depressão não complicada: 25,1 pontos

Prejuízo cognitivo por depressão: 19 pontos

Fonte: <http://www.telessaudebrasil.org.br/apps/calculadoras/?page=11>. Acesso em: 17/01/2013.
 Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician". *Journal of Psychiatric Research*. 12 (3): 189-98

Anexo J – Avaliação da Complexidade do Paciente em AD1

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

*AVDBs – Atividades de vida diária básicas.

**AVDIs– Atividades de vida diária instrumentais.

Organização do processo de trabalho a partir da definição do nível de apoio

Nível de Cuidados	Suporte Oferecido pela Equipe
Pontuação de 0 a 3	Paciente com sua capacidade funcional preservada e baixo risco de agravos à saúde, sem indicação para assistência domiciliar. Acompanhamento habitual da ESF.
Pontuação de 4 a 6 (nível 1)	Visita mensal de ACS. Visita da enfermagem trimestral. Atendimento médico semestral (ou pelo tempo máximo pertinente à prescrição médica) e em casos de intercorrências.
Pontuação de 7 a 18 (nível 2)	Visita mensal de ACS. Visita da enfermagem bimestral e atendimento em casos de intercorrências. Atendimento médico quadrimestral e atendimento em casos de intercorrências. Atendimento do técnico de enfermagem ou enfermeiro quando indicado e prescrito pela equipe (exemplo: cobertura para úlceras de membros). Acionar a Emad-1 em casos extremos, quando a necessidade de atenção superar a capacidade de oferta da ESF.
Pontuação maior que 19 (nível 3)	Visita mensal de ACS. Visita da enfermagem mensal e atendimento em casos de intercorrências. Atendimento médico bimestral e atendimento em casos de intercorrências. Atendimento do técnico de enfermagem ou enfermeiro quando indicado e prescrito pela equipe. Atendimento do Serviço Social de suporte se necessário. Acionar a Emad-1 em caso da necessidade de atenção, superar a capacidade de oferta da ESF.

Fonte: SAVASSI, L. C. M. et al. Proposta de protocolo de classificação de risco para atendimento domiciliar individual na atenção primária. *J. Manag. Prim. Health Care.*, [S.l.], v. 3, n. 2, p.151-7, 2012. Disponível em <<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/56/50>>.

ISBN 978-85-334-2023-6



9 788533 42023 6



DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

