

# TRANSFORMANDO A ATENÇÃO DOMICILIAR COM INOVAÇÕES NO PROGRAMA MELHOR EM CASA

Publicação dos Trabalhos do Evento em 25 de abril de 2024



**Melhor em  
CASA**  
A segurança do hospital  
no conforto de sua casa



**CIDADE DE  
SÃO PAULO**  
SAÚDE

**PREFEITO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Ricardo Nunes

**SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE**

Luiz Carlos Zamarco

**SECRETÁRIO ADJUNTO**

Maurício Serpa

**CHEFE DE GABINETE**

Armando Luis Palmieri

**SECRETÁRIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA, ESPECIALIDADES E VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Sandra Maria Sabino Fonseca

**COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA**

Giselle Cacherik

**DIRETORA DIVISÃO DE CUIDADO ÀS DOENÇAS CRÔNICAS**

Karina Mauro Dib

**ORGANIZAÇÃO E ELABORAÇÃO**

Karina Mauro Dib

Heloísa Brunow Ventura Di Nubila

Guilherme Magalhães Costa

Kaiana Hungria de Sousa

**COLABORAÇÃO**

Equipes Multiprofissionais da Atenção Domiciliar - EMAD

Equipes Multiprofissionais de Apoio - EMAP

Coordenadores dos Serviços de Atenção Domiciliar (EMAD e EMAP)

Assessores/Interlocutores das Coordenadorias Regionais de Saúde

Assessores/Interlocutores das Supervisões Técnica de Saúde

Assessores das Organizações Sociais

## SUMÁRIO

Apresentação .....	03
Mesa de Abertura Secretaria Municipal de Saúde (SMS) .....	04
Objetivos do Encontro .....	05
Número de trabalhos inscritos por temas .....	05
Trabalhos selecionados e apresentados no evento .....	06
Trabalhos inscritos por Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) .....	14
- CRS Leste .....	14
- CRS Sul .....	36
- CRS Oeste .....	63
- CRS Norte .....	80
- CRS Sudeste .....	91

## APRESENTAÇÃO

Esta publicação reúne 40 trabalhos inscritos no evento “Transformando a Atenção Domiciliar com Inovações no Programa Melhor em Casa”, na forma de experiências inovadoras nas equipes dos serviços de atenção domiciliar (SAD) da Secretaria Municipal da Saúde, em seus territórios, representados pelas Coordenadorias Regionais da Saúde (CRS) com foco nas temáticas “Desospitalização/Desupalização”, “Cuidados Paliativos” e “Ventilação Mecânica” na assistência domiciliar. Liderado pela Coordenadoria de Atenção Básica - Programa Melhor em Casa, com a importante colaboração da Escola Municipal de Saúde e o evento buscou estimular as equipes a colocar em tela todas as suas melhores experiências dentro da ideia de inovação e complexidade, que são características muito valiosas na atenção domiciliar. Os registros apresentados neste documento destacam inovações nos 3 temas mais caros aos processos de trabalho para as equipes dos SAD.

O nome do “Programa Melhor em Casa” nos remete à noção de “casa”, que é o lugar onde as pessoas são cuidadas. A casa de cada um é o espaço privado onde podemos ser nós mesmos, representa o espaço doméstico. Este espaço traz a noção de um refúgio no qual nos permitimos nos expressar integralmente. Pode ser tão primitivo como uma caverna, como a primeira casa dos seres humanos, o espaço onde se está protegido das ameaças externas, onde se pode relaxar e cuidar uns dos outros sem temer o ataque de um predador ou a fúria da natureza. É um refúgio físico, mas também um refúgio psicológico, onde é guardada a identidade de quem a habita. A casa representa o ser humano em seus elementos mais fundamentais, em sua essência. Essa representação se manifesta por inúmeras lembranças e que universalmente acabam por povoar os sonhos de cada pessoa ao longo da vida. A casa é o ambiente real das pessoas, contexto em que levam suas vidas. Isto nos remete à noção de desempenho em participação, no envolvimento em situações reais de vida.

A atuação dessas equipes deve inspirar outras experiências em razão do comprometimento com os objetivos do programa e do cuidado com os usuários da Atenção Básica.

Nesse contexto, o evento que deu origem a esta publicação também contou com a participação de convidados que trouxeram reflexões fundamentais para qualificar o debate sobre a atenção domiciliar e ampliar o olhar sobre o cuidado prestado no território. As falas abordaram dimensões complementares e essenciais para o cuidado no domicílio: a espiritualidade no processo de cuidar, os desafios e avanços no manejo da ventilação mecânica domiciliar e a abordagem dos cuidados paliativos.

A reflexão sobre espiritualidade no cuidado destacou a importância de reconhecer a pessoa para além de sua condição clínica, considerando valores, crenças, sentido de vida e as formas pelas quais cada indivíduo e sua família enfrentam o sofrimento, a doença e as limitações impostas pela condição de saúde. No ambiente domiciliar, essa dimensão se torna ainda mais evidente, pois o cuidado ocorre no espaço onde a história de vida das pessoas se manifesta de forma mais autêntica. Reconhecer e respeitar essa dimensão fortalece o vínculo entre equipe, paciente e família, contribuindo para um cuidado mais humano e integral.

No campo da ventilação mecânica domiciliar, foram discutidos os avanços tecnológicos, os desafios assistenciais e a necessidade de organização das equipes para garantir segurança,

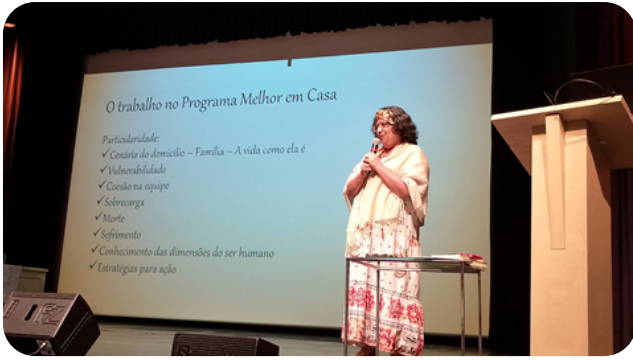
continuidade do cuidado e apoio permanente às famílias e cuidadores. A ventilação mecânica no domicílio representa um importante recurso para a desospitalização segura, permitindo que pessoas com necessidades complexas de cuidado possam permanecer em casa, com qualidade de vida e acompanhamento adequado pelas equipes do Serviço de Atenção Domiciliar.

Já a abordagem dos cuidados paliativos trouxe a reflexão sobre a necessidade de ampliar o olhar para o sofrimento humano em suas múltiplas dimensões – física, psicológica, social e espiritual – reafirmando o compromisso das equipes em promover cuidado centrado na pessoa, respeitando sua dignidade, valores e preferências ao longo do curso da doença. No contexto da atenção domiciliar, os cuidados paliativos se mostram especialmente potentes, pois permitem que o cuidado aconteça no ambiente familiar, com maior proximidade, escuta e acolhimento.

Assim, as contribuições dos convidados enriqueceram o debate e dialogam diretamente com as experiências apresentadas neste documento, reforçando que a inovação na atenção domiciliar não se limita à incorporação de tecnologias ou à reorganização de processos, mas envolve também a ampliação da sensibilidade das equipes para compreender o cuidado em sua complexidade, integrando ciência, técnica, humanização e respeito à singularidade de cada pessoa e de cada família.

Essa publicação, portanto, não apenas registra experiências exitosas, mas também convida os profissionais da rede a refletirem sobre novas possibilidades de cuidado, fortalecendo a atenção domiciliar como um espaço de inovação, aprendizado contínuo e compromisso com a vida.





## MESA DE ABERTURA



## OBJETIVOS DO EVENTO

Discutir o panorama e perspectivas de Inovação da Assistência Domiciliar no SUS, tendo como eixo central o município de São Paulo, e possibilitar o compartilhamento de práticas e experiências inovadoras nas áreas de Cuidados Paliativos, Ventilação Mecânica Domiciliar e Desospitalização (pré e pós-hospitalar) entre os profissionais da rede municipal.

## NÚMERO DE TRABALHOS INSCRITOS POR TEMA

Embora a orientação para inscrições de trabalhos tenha sido que se ativessem aos temas do evento, com experiências inovadoras, dentro de Cuidados Paliativos, Desospitalização e Ventilação Mecânica no domicílio, houve trabalhos inscritos fora destes temas. Como a intenção era ter o máximo de participação das equipes, optamos por manter os trabalhos inscritos, mesmo quando não abordando os temas chave.

Assim, tivemos a seguinte distribuição, por temas: 44% em Cuidados Paliativos, 25% em Desospitalização, 8% em Ventilação Mecânica e 23% em outros temas. Todos os resumos dos trabalhos foram anonimizados e distribuídos de modo aleatório para as CRS e seus representantes da Escola Municipal de Saúde para avaliação com pontuação por 14 critérios, sendo utilizados critérios selecionados para desempate.



## DISTRIBUIÇÃO DOS TRABALHOS POR COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE (CRS)

Ao todo, foram inscritos 40 trabalhos dos SAD, com a seguinte distribuição: 13 trabalhos da CRS Leste, 11 trabalhos da CRS Sul, 6 trabalhos da CRS Oeste, 5 trabalhos da CRS Norte e 5 trabalhos da CRS Sudeste

Quadro1. Distribuição dos trabalhos por regiões

Leste	13
Sul	11
Oeste	6
Norte	5
Sudeste	5

## TRABALHOS SELECIONADOS E APRESENTADOS NO EVENTO

Seção 3- Trabalhos selecionados nos 3 temas e trabalhos premiados

### IMPORTÂNCIA DA EMAD NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO E DESMAME DE VENTILAÇÃO MECÂNICA NO DOMICÍLIO (CRS Oeste)

- Autores: Rafael Giorgeti Graciolli; Karina Fukunari Suguino; Mabel da Silva Moura
- EMAD Jardim Edite e EMAP Piauí



## ESTRATÉGIAS PARA REQUALIFICAÇÃO DO PROCESSO DE CAPTAÇÃO EM DESOSPITALIZAÇÃO DA EMAD CAPELA DO SOCORRO NA REFERÊNCIA TERCIÁRIA DO TERRITÓRIO (CRS Sul)

- Autores: Flávio Ribeiro de Souza; Adriana Chap Brossi; Fernanda Modesto de Abreu; Lirian Leiko Takahashi

- EMAD Capela do Socorro



## ÓBITO TUTELADO NO DOMICÍLIO: RESPEITO À DIGNIDADE (CRS Leste)

- Autores: Izaura Eusebio Coelho; Deborah Lollo; Adriana Lopes D'Aquino Santos; Renata Mendonça Gomes; Cícera Bernardo Martins Luiz; Fernando Pereira dos Santos.

- EMAD Prestes Maia



## **TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE PACIENTES EM VENTILAÇÃO MECÂNICA DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR PARA A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA (CRS Sul)**

- Autores: Vivian Celestino; Lucas Souza Vilela; Mônica Yukie Kagohara; Caroline Almeida; Francisca Leilane; Juliana Tristão de Oliveira.

- EMAD M'Boi Mirim



## **DESOSPITALIZAÇÃO: UM RELATO EXITOSO DE PNEUMOPATIA DESCOMPENSADA E SEU DESMAME DO OXIGÊNIO (CRS Sudeste)**

- Autores: Isabel Cristina de Oliveira; Luciana Alves Reis; Juliana Moraes Branco; Edlaine Duarte; Sandra Aparecida; Wellysse Brás

- EMAD Maringá



## TERAPIA FOTODINÂMICA EM LESÕES POR PRESSÃO EM PACIENTES PALIATIVOS NÃO ONCOLÓGICOS: REALIDADE POSSÍVEL NO SUS (CRS Sul)

- Autores: Thais Cristina da Silva, Sheila Regina Elias Silva, Nivio Bertolazzi Souza
- EMAD Cidade Ademar



## CUIDADOS PALIATIVOS E FINAL DE VIDA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ELABORAÇÃO DA CARTA DE PLANEJAMENTO DE CUIDADOS (CRS Sul)

- Autores: Raquel Campos Pereira; Maximiliano Silva da Costa; Silvana Lúcia Magalhães do Nascimento; Elisabete Cristina Silva Pereira; Cilene de Fátima Rosa; Jusilene Divina Gonçalves Neto; Gisely Barros de Lau; Emily Pereira de Oliveira; Jhenifer Carolyne de Jesus Sabino; Mariana Loiola da Silva; Núbia Campos de Oliveira
- EMAD Capão Redondo



## DESUPALIZAÇÃO: UM PROCESSO POSSÍVEL E FUNDAMENTAL COM O USO DE FERRAMENTAS ADEQUADAS (CRS Sudeste)

Autores: Thaís Brandão Carvalhaes; Vanessa Cristina dos Santos Pollo; Vitor Della Rovere Binhardi; Carlos Eduardo Santa Cruz Vieira

- EMAD Santa Catarina



## O LEAN NAS EMERGÊNCIAS E O MELHOR EM CASA: DESOSPITALIZAÇÃO COM FOCO NOS NÍVEIS DE CAPACIDADE PLENA HOSPITALARES

Autores: Paula R. Gan Rossi, Erika Simões Viana

- EMAD José Storopoli



## CRS LESTE

### **“TRANSFORMANDO A ATENÇÃO DOMICILIAR COM INOVAÇÕES NO PROGRAMA MELHOR EM CASA”**

**PMeC**

**São Paulo  
2025**

## LESTE 01

### O APOIO À DESOSPITALIZAÇÃO E CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE OS MODELOS DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR.

(trabalho inscrito nº 9)

Autor: Daniela Aparecida Santos

#### 1. Introdução:

O Brasil passa por rápidas mudanças no perfil populacional, e essas transições demográficas, epidemiológicas e sociais trazem impactos nos modelos atuais de assistência. Nesse contexto, a atenção domiciliar no SUS encontra-se em pleno processo de expansão como uma alternativa à assistência hospitalar e ao modelo hospitalocêntrico, oferecendo ações de prevenção, tratamento e cuidados paliativos, realizadas em domicílio como continuidade às ações oferecidas no hospital.

#### 2. Objetivo:

Relatar experiência exitosa oferecida aos profissionais de saúde de um hospital terciário, visando à maior compreensão do processo de desospitalização por intermédio do Programa Melhor em Casa e adequação ao processo de trabalho nessa modalidade de assistência.

#### 3. Metodologia:

As ações desenvolvidas foram: aplicação de questionários entre os profissionais de saúde do hospital para analisar o nível de compreensão deles em relação ao funcionamento do Programa Melhor em Casa; apresentação de palestras e treinamentos para os profissionais de saúde, usuários e especialmente os médicos do hospital, uma vez que são os demandantes das altas, utilizando como referencial os Cadernos de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde, voltados para os pressupostos da atenção domiciliar, perfil de elegibilidade e papel dos cuidadores; pactuações intersetoriais e criação de grupidades com os equipamentos do território, a fim de evitar internações prolongadas de pacientes atendidos hospital e contribuir para o atendimento humanizado.

#### 4. Resultados e discussão:

As ações mostraram-se relevantes, pois notou-se que muitos profissionais da equipe de saúde hospitalar não possuíam familiaridade em relação aos modelos de atendimento domiciliar e suas especificidades. Demonstrou-se a importância de educação permanente, a fim de aumentar as desospitalizações seguras.

#### 5. Considerações finais:

Maior interação entre a equipe de saúde do hospital, EMAD hospitalar e território, aumento significativo dos encaminhamentos devido maior compreensão do funcionamento do PMC e melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde, especialmente médicos, com a EMAD hospitalar.

#### Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Modalidades de Atenção Domiciliar. 2019.  
Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Volume 1. Brasília, DF, 2012.

## LESTE 02

### GRUPO DE LUTO: UMA INICIATIVA HUMANIZADA DE CONTINUIDADE DOS CUIDADOS.

(trabalho inscrito nº 9)

Autores: Ana Keyla Werder, Brenno Henrique Matiussi Roque, Monique Soelen Cortes de Assis Reis, Natália da Silva Jorge, Vanessa Franquini Nogueira, Vanuzia Calipo Leandro

#### 1. Introdução:

O serviço de atenção domiciliar (SAD) é a referência para a rede na assistência em cuidados paliativo, o que inclui a assistência à família, inclusive após a morte do paciente, no período do luto. Dentro da rotina dos pacientes do SAD São Mateus é realizada uma visita domiciliar de acolhimento ao luto alguns dias após o óbito, porém, notamos que apenas essas visitas não abarcavam as necessidades dessas famílias que se encontravam fragilizadas, tanto pelo luto do paciente, quanto pela quebra abrupta do vínculo com a equipe que estava frequentemente dentro do seu lar.

#### 2. Objetivo:

Instituir um seguimento mensal do acompanhamento das famílias através do “grupo de luto”, com objetivo de fornecer cuidado integral e acolhimento às famílias fragilizadas, possibilitando a promoção da saúde e prevenção de agravos, visto que os enlutados podem ficar temporariamente mais vulneráveis e suscetíveis ao adoecimento físico e psíquico.

#### 3. Metodologia:

O grupo estrutura-se como um grupo terapêutico homogêneo, conduzido a partir da abordagem fenomenológica pela psicóloga e sendo apoiado por um profissional da equipe. Todos os participantes compartilham a perda recente de um ente querido acompanhado previamente pelo SAD e os convidamos tanto durante a visita pós-óbito quanto via contato telefônico para as famílias em que a perda já aconteceu há algum tempo. O coordenador tem a função de acompanhar os fenômenos do grupo; delimitando o contexto, fornecendo enquadre, estimulando e cuidando para que cada participante atente para e compartilhe sua experiência, facilitando a expressão de sentimentos e informando, dependendo de cada momento.

#### 4. Resultados e discussão:

O grupo é iniciado com uma rodada de apresentação dos participantes que são incentivados a falar seu nome e sobre perda que estão experienciando. A partir disso, observamos que já se inicia o processo de reconhecimento entre os participantes e troca de experiências. Com relação aos achados recebemos tanto familiares que recém enlutados quanto os que já convivem com a perda há algum tempo e trabalhamos com participantes em diferentes momentos da readaptação e reorganização frente ao processo de luto. Ao compartilhar sua história no grupo o enlutado passa a ser protagonista do seu processo e também empodera-se ao acolher o sofrimento dos outros. Essa troca é a grande potência de pensarmos no atendimento grupal. Uma devolutiva recebida pela equipe de uma das participantes: “Estar lá (no grupo) me permitiu entender que tem outras pessoas também passando por situações

parecidas e que de alguma forma as histórias se encontram em determinados momentos, sabemos que a partida de alguém ocorre todos os dias, mas ouvir diretamente é muito diferente! Achei tão agradável quando aquele senhor que estava bem emocionado por ter perdido a esposa percebeu que eu havia sorri(do)". No grupo foi possível aproximar essas pessoas que vivem em uma mesma região e estão passando por dores compartilhadas. Também observamos que alguns participantes não comparecem aos primeiros grupos após a perda, mas recorrem ao grupo após algum tempo com a queixa de que "agora está caindo à ficha".

## **5. Considerações finais:**

É comum que, ao longo do tempo, as pessoas se tornem menos receptivas ao sofrimento dos enlutados, o que torna mais difícil para estes compartilharem suas emoções e angústias. Assim, o grupo serve como uma medida preventiva para aqueles que, com o tempo, podem se sentir menos apoiados em lidar com o luto.

Essa abordagem visa identificar e mitigar fatores de risco, promovendo o autocuidado e facilitando o acesso a rede de atenção à saúde. A replicação desse modelo em outros SADs é possível e requer profissionais qualificados para manejar o luto e infraestrutura adequada.

## **Referências:**

1. Matsumoto DY. Cuidados Paliativos: Conceito, fundamentos e princípios. In Carvalho RT, Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro. Editora Academia Nacional de Cuidados Paliativos - Diagraphic, 2009.
2. Santos GCBF. Intervenção do profissional de saúde mental em situações de perda e luto no Brasil. In Revista M. estudos sobre a morte, os mortos e o morrer, São Paulo, 2017, 2(3),116-137.
3. Evangelista APER. O método fenomenológico na condução de grupos terapêuticos. Rev. SBPH [Internet]. 2013 Jun [citado 2024 Mar 20]; 16(1):150-165.

## LESTE 03

### RELATO DE EXPERIÊNCIA EXITOSA NOS CUIDADOS DE UM IDOSO VULNERÁVEL. (trabalho inscrito nº 21)

Autores: Janete Mineiro, Ronaldo Pereira, Bruna Morales dos Santos

#### 1. Introdução:

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), foi criado pelo Governo Federal com o objetivo de ampliar o atendimento domiciliar e está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS).

A Atenção Domiciliar pode ser entendida como o conjunto de ações em saúde realizadas no domicílio, com a intenção de diminuir o risco de infecções, evitando hospitalizações desnecessárias, além de melhorar a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos.

O objetivo principal do programa é promover desospitalização segura, tanto na fase pré-hospitalar como pós-hospitalar. O mais precocemente possível, prestar atendimento multiprofissional no domicílio das pessoas que não podem locomover-se até a Unidade Básica de Saúde.

É indicado para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.

Somos referência da atenção domiciliar no território de Ermelino Matarazzo, no distrito administrativo de Ponte Rasa, e referência para seis unidades de saúde. (UBS Carlos Olivaldo Muniz, UBS Dr. Matheus Santa Maria (Jardim Popular), UBS Jardim Penha, UBS Costa Melo, UBS Burgo Paulista.

São subsídios para a construção de um plano terapêutico singular: trabalho em equipe, trabalho em rede, escuta, vínculo, educar e reforçar o entendimento das orientações, individualizar o cuidado.

#### 2. Objetivo:

O presente relato de experiência tem o objetivo de promover cuidados paliativos não oncológicos para um usuário acompanhado por uma equipe de Atenção Domiciliar-Programa Melhor em Casa.

#### 3. Metodologia:

Para a descrição do relato de experiência foram levantados os dados do prontuário do paciente cadastrado na unidade, recebemos relatório de avaliação de elegibilidade e admissão do Programa Melhor em Casa.

A seguir um breve contexto histórico do nosso paciente denominado Paciente 1 para manutenção do seu sigilo.

Com a chegada do usuário a unidade em junho de 2021, através do contato de um familiar, foram identificadas inicialmente demandas, para enfermagem e serviço social para a inclusão no Programa Insumos para Pessoa com Deficiência (IPD), sendo verificado a necessidade de aquisição de fraldas.

Ao primeiro contato com a equipe de saúde o paciente apresentava úlcera por pressão

cóccix e calcâneo em lado esquerdo, sinais de desidratação, má nutrição e condição social vulnerável observada através da ausência de energia elétrica, água potável, geladeira, fogão, também não foi identificada a presença de alimentos na residência.

Frente à vulnerabilidade, foi realizada a articulação com o equipamento da SMADS Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social para apoio e averiguação das possibilidades para melhoria das condições sociais do paciente.

Após dois meses de acompanhamento e ausência de evolução das condições clínicas paciente mesmo diante das intervenções realizadas pela equipe da UBS Unidade Básica de Saúde, tornou-se necessária a inclusão do usuário no programa da EMAD – Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar, para intensificação dos cuidados, acompanhamento e melhoria das condições clínicas.

Mesmo diante das intervenções da EMAD e monitoramento da UBS foi observado que o paciente não apresentava evolução em relação à melhora das úlceras por pressão e de seu estado geral. A equipe da EMAD em conjunto com a UBS se debruçara sobre o caso e identificaram que frente à limitação cognitiva dos cuidadores do paciente, conflitos familiares persistentes e ausência de saneamento adequado o seu estado de saúde não evoluiria de maneira expressiva.

A partir desse novo diagnóstico os cuidados de saúde foram intensificados de forma a reestruturar todo o plano de cuidado previamente elaborado, logo, o paciente passou a receber três visitas semanais das equipes EMAD e UBS para a realização dos curativos que antes eram realizados pelos cuidadores sob orientação da equipe de saúde.

Em relação ao domicílio, além das questões sanitárias que eram precárias foi identificada a presença de vazamentos de esgoto que traziam um odor fétido para o ambiente, o caso foi avaliado pelo APA – Agente de promoção ambiental UBS de referência do paciente, para orientações de como proceder com a situação, além dos cuidados para controle de vetores e pragas.

Foi possível identificar a necessidade de apoio da equipe de saúde mental da unidade, bem como acionamento do serviço do CAPS Adulto, para oferta de cuidado ao usuário e dos cuidadores, no qual ambos foram avaliados e monitorados pelo serviço de psicologia da equipe EMAD juntamente com a unidade que ofertou acolhimento e direcionamento para melhor estruturação emocional da família.

Ao longo dos meses de acompanhamento um dos filhos do idoso renunciou aos cuidados com o pai, mudou de cidade e se negou a participar de todos os acionamentos que a unidade de saúde realizava para orientação e discussão do caso.

O outro filho que ainda reside com o paciente apresenta delimitações cognitivas expressivas e emocionais, além, de anular toda sua progressão de vida frente à responsabilidade com os cuidados do pai, logo, a equipe identificou a necessidade de fortalecer minimamente a autonomia deste cuidador e a partir daí foram realizadas articulações para a regularização de documentos como CPF e RG para entrada na solicitação de benefícios através no INSS – Instituto Nacional do Seguro Social.

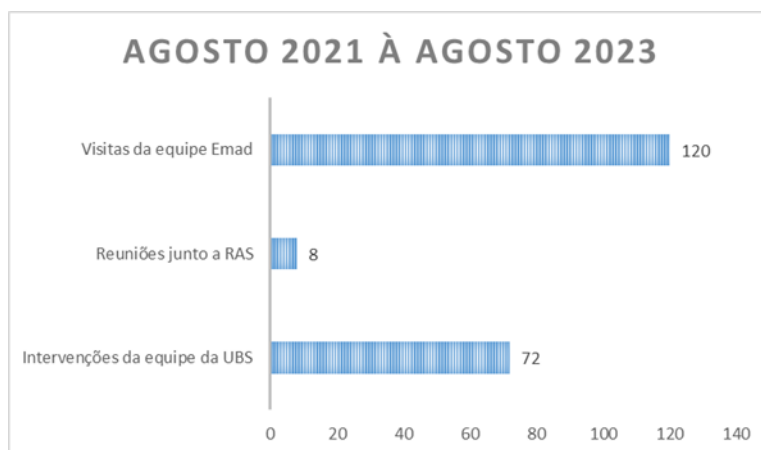
É possível identificar que o caso desse usuário exigiu movimentação intensa das equipes de saúde, reavaliação periódica do plano de cuidado do usuário, inserção dos familiares na rota de monitoramento, intervenção da equipe da EMAD, flexibilização dos protocolos das equipes de saúde e articulação/mobilização/acionamento da rede intersetorial.

#### **4. Resultado e discussão:**

Melhora nos cuidados com o paciente, melhora clínica das LPP (lesões por pressão), evitando encurtamento e deformidades, prevenção de agravos circulatórios e respiratórios.

Concessão do benefício de prestação continuada BPC-loas; para o paciente. Recuperação/

resgate do benefício social da bolsa família para seu filho, principal cuidador. A equipe EMAD/EMAP concedeu cama hospitalar alugada por um determinado período, até que após as articulações em rede e serviços da comunidade, conseguimos uma cama hospitalar de doação e essa foi ofertada para o munícipe. Em agosto de 2023 foi articulado a institucionalização do paciente em uma instituição privada na mesma região de sua residência facilitando o acesso de familiares a visitação. Totalizando 24 meses de acompanhamento do usuário na unidade foram encontradas as seguintes intervenções:



## 5. Considerações finais:

Através da construção de PTS (plano terapêutico singular) em conjunto com a rede, foi possível articular visitas mais sistemáticas no intuito de apropriar os cuidados ofertados pela família possibilitando a construção dos percursos realizados na busca de atendimento para a pessoa acamada e domiciliada na rede pública de saúde. As condições de adoecimento que levam à dependência de cuidados intensivos no domicílio, requer maior atenção por parte dos profissionais e gestores de saúde. A chegada do programa melhor em casa revolucionou a possibilidade de desospitalização, continuidade dos cuidados em domicílio, integridade dos pacientes e cuidados paliativos. Finalmente, ressaltamos que a AD (atenção domiciliar) representa um valioso espaço na atenção à saúde, permanecendo o desafio de se fortalecer os fluxos, sendo ainda incipiente o seu verdadeiro papel como um serviço resolutivo de saúde, substitutivo e complementar da internação hospitalar.

## LESTE 04

### IMPORTÂNCIA DAS DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NA ATENÇÃO DOMICILIAR.

(trabalho inscrito nº 22)

Autor: Cintya Ximena Arancibia Belaúnde

#### 1. Introdução:

A Resolução CFM 1.995/12 estabelece critérios para que qualquer pessoa desde que maior de idade e consciente, possa definir junto ao seu médico, os limites terapêuticos na fase de final de vida. Especifica quais tratamentos o paciente ou os familiares serão realizados ou evitados em fase dos cuidados paliativos. Esta Resolução reconhece o direito do paciente de recusar tratamentos fúteis, que visam prolongar a vida sem garantir qualidade. A resolução aponta que o médico pode desconsiderar as diretivas antecipadas de vontade (DVA) do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica. Fatores socioeconômicos, culturais, religiosos e de educação, interferem na receptividade as propostas da equipe tanto em pacientes, quanto nos familiares. Importante vencer barreiras e resolver conflitos emocionais a objeto de preservar o bem-estar do paciente e família, por meio de estratégias de intervenção, maiormente relacionadas ao processo de comunicação da equipe multidisciplinar.

#### 2. Objetivo:

Construir o Projeto terapêutico dos pacientes em cuidado paliativo, base aos problemas apresentados, tanto no que diz respeito à saúde do paciente, quanto ao contexto familiar, por meio de intervenções oportunas no controle de sintomas. As DAV's serão registradas tanto no prontuário domiciliar como no prontuário da Unidade. Os familiares poderão representar o paciente segundo a linha sucessória, caso este não consiga se manifestar por impedimentos clínicos, como por exemplo, estado prejudicado de sua consciência. O cumprimento da manifestação registrada que é assinada por membros da equipe juntamente com pacientes ou familiares irá garantir que eles terão respeitada a sua vontade. O documento é facultativo e pode ser elaborado em qualquer momento durante o acompanhamento do paciente AD e ainda poderá ser modificado ou revogado a qualquer tempo.

#### 3. Justificativa:

O avanço tecnológico e tratamento médico agressivo e/ou invasivo inúmeras vezes, impede o exercício da autonomia do paciente. Uma conversa franca e esclarecedora sobre o prognóstico da doença, as possibilidades de tratamento curativo e as dificuldades que poderão se tornar desafios a serem vencidos pelos responsáveis pelos cuidados em final de vida, auxiliara para realizar intervenções adequadas aliando as ações dos membros da equipe a um processo educativo contínuo sobre o processo de fim de vida. Por último, a DAV não pode ser uma lista engessada de aprovação ou recusa de determinados tratamentos que não correspondem ao quadro do paciente, nem se ajustam a capacidade das famílias de enfrentar o momento da fase ativa de morte.

#### 4. Metodologia:

Apresentar para o paciente e família um projeto de cuidado com critérios flexíveis sobre os procedimentos a serem adotados seguindo os seguintes passos:

- 1- Conversar sobre possível desfecho da doença;
- 2- Oferecer suporte emocional, psicossocial e espiritual em todos os estágios
- 3- Transmitir segurança no controle de sintomas
- 4- Ofertar a possibilidade de elaboração de Declaração de óbito;
- 5- Validar o sofrimento dos familiares, tutelando o luto pós-óbito.

Nesse contexto, foram avaliados os óbitos de pacientes em cuidados paliativos inseridos no MeC-HCT, ocorridos no período de janeiro a dezembro de 2023.

#### 5. Resultados e discussão:

Analisando dados de 2023, observamos que existe um número considerável de pacientes e/ou familiares que não compreendem a importância das D.A.V. e nem sempre aceitam propostas que podem parecer redução da oferta de suporte para o paciente.

Em 2023 tivemos 30,23% dos óbitos em cuidados paliativos com D.A.V registrada em prontuário e 44,18% evoluíram à óbito em domicílio, número este que se aproxima das estatísticas a nível mundial, pois ainda no mundo todo, mais da metade morre em ambiente hospitalar.

#### 6. Considerações finais:

A equipe do MeC se dispõe a respeitar princípios pré-estabelecidos dos cuidados paliativos e refletir sobre cada etapa da doença. Lembrando que cuidado paliativo não significa morte certa, nem retirar tratamentos médicos ou negar às pessoas o melhor que as ciências da saúde podem lhe oferecer, sempre de forma multidimensional. Aplicar um modelo de D.A.V. base à literatura e legislação brasileira, apresentando a possibilidade de tomada de decisões sobre os procedimentos a serem realizados e/ou evitados no processo de fim de vida, tanto aos pacientes como aos familiares.

#### Referencias:

1. Dadalto L, Tupinambás U, Greco DB. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. Rev Bioét [Internet]. 2013Sep;21(3):463-76. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/SzZm7jf3WDTczJXfVFpF7GL/>
2. DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE [Internet]. Brasília: [publisher unknown]. 2016-2016 [cited 2024 Mar 22]. Disponível em: [https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2017/01/diretivas\\_antecipadas\\_de\\_vontade\\_-\\_rui\\_nunes.pdf](https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2017/01/diretivas_antecipadas_de_vontade_-_rui_nunes.pdf)  
ISBN: 978-85-87077-44-8. Português.
3. D'AVILA RL, SILVA HBE. RESOLUÇÃO CFM no 1.995/2012 [Internet]. Aug 9, 2012. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>

## LESTE 05

### ESTRATÉGIA DE GESTÃO PARA DESUPALIZAÇÃO DE PACIENTES AO PROGRAMA MELHOR EM CASA – EMAD (EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE ATENDIMENTO DOMICILIAR) SANTA MARCELINA.

(trabalho inscrito nº 23)

Autores: Thais Lima de Carvalho Vieira, Priscila Mitie Ivahara

#### 1. Introdução:

A motivação central para a elaboração deste estudo, advém da importância de qualificar mais casos de pacientes internados na UPA 26 de Agosto – Itaquera/São Paulo para as equipes EMADs de todo o território (Itaquera, São Miguel, Itaim Paulista, Guaianases e Cid. Tiradentes) atendido pela OSS Santa Marcelina, para a melhoria da transição de cuidado do pronto atendimento ao atendimento domiciliar. Desta maneira, foi desenvolvido por via de reuniões de discussões entre os serviços como poderiam aumentar as indicações de casos com maior perfil ao Programa Melhor em Casa. Identificado que ao compartilhar o perfil de pacientes em observação/internados na emergência, como também o tempo de permanência no serviço, com maiores informações dos sítios assistenciais, associado ao monitoramento pelo coordenador/enfermeiro da EMAD que com acesso ao sistema Kanban, que é um método de controle que inicialmente foi aplicado aos processos de produção na indústria e que pode ser mais uma estratégia de gestão de desupalização e naturalmente de giro de leitos<sup>1</sup>. Esta rotina permitiu a realocação de pacientes por gravidade e por especialidade nos sítios assistenciais (salas vermelha, laranja e amarela/verde) da Emergência, facilitando a realização de consultorias, a gestão e programação de transferências/altas seguras para o domicílio e adequação das necessidades de intensidade de cuidado. Kanban é uma palavra japonesa que significa literalmente registro, sinal visível ou placa visível. Foi a partir de análises de dados de desupalização do primeiro semestre de 2022, comparado ao uso posteriormente do uso do método Kanban no ano de 2023 do primeiro semestre que identificamos o aumento do quantitativo de Desupalização deste serviço. A desupalização está associada à humanização e oferece aos usuários uma recuperação no domicílio buscando racionalizar a utilização dos leitos hospitalares<sup>1</sup>. Nota-se uma tendência mundial para assistência domiciliar sendo uma estratégia que vem sendo implementada nos hospitais por meio do processo de desupalização<sup>2</sup>. Os custos com assistência em saúde são muito altos, o que torna uma realidade entre os países a dar prioridade aos leitos hospitalares para patologias agudas ou descompensada<sup>3</sup>. Um dos eixos centrais da Atenção Domiciliar (AD) é a desupalização, que proporciona celeridade no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio por meio das equipes de AD<sup>4</sup>. A AD é definida na Portaria do Ministério da Saúde nº 825, de 25 de abril de 2016, “como modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados”<sup>2-3</sup>. Esse instrumento normativo define um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação da saúde prestada no domicílio, com garantia de continuidade de cuidados integrada às RAS (Rede de Atenção à Saúde).

## 2. Objetivo:

Qualificar e aumentar casos de pacientes com perfil para admissão no Programa Melhor em Casa, por meio do sistema de gestão de leitos na UPA (Unidade de Pronto Atendimento) 26 de agosto no território de Itaquera, que recebem pacientes do próprio território, como também, advindos de outros como: Cidade Tiradentes, Guaianazes, Itaim Paulista, São Miguel, bem como, de outros municípios.

## 3. Metodologia:

Utilizou-se a metodologia Kanban como estratégia de trabalho e gestão do cuidado, a fim de monitorar o tempo de permanência do paciente no serviço e seus principais diagnósticos, para que pudesse ser direcionado as equipes EMAD (Equipe Multidisciplinar na Atenção Domiciliar) e UPA para melhor avaliação do perfil e critérios de elegibilidade para admissão no Programa Melhor em Casa. Um dos eixos centrais da Atenção Domiciliar (AD) é a desupalização, que proporciona celeridade no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio por meio das equipes de AD. Como resultado, a implementação desse método em conjunto com o sistema, qualificou o gerenciamento do cuidado, monitoramento dos pacientes internados nas unidades assistenciais, permitindo e descrevendo as características da complexidade quanto ao tempo de permanência, para auxiliar na gestão dos leitos e na produção de indicadores de cada unidade. A superlotação nas unidades de pronto atendimento minimiza a qualidade da assistência, elevando os custos, a insatisfação dos usuários e profissionais, formando assim um ciclo vicioso. Esse é um problema mundial, que serve como desafio para os usuários do SUS e seus gestores. Nas organizações hospitalares, a metodologia Kanban está sendo adaptada como um instrumento para avaliação da qualidade assistencial, melhorias de fluxos e indicadores, sendo uma excelente ferramenta de apoio à gestão de leitos, permitindo otimização da oferta, redução de índice de permanência hospitalar, aumento da rotatividade dos leitos e de resolutividades no processo assistencial.

## 4. Resultado e discussão:

Nos meses Janeiro a Julho de 2022 sem a utilização da metodologia Kanban foram realizados 42 desupalizações sendo no território de Guaianazes 11,9%, Itaquera 78,5%, Itaim 7,1% e São Miguel 2,41%. No período de janeiro a julho de 2023 com a metodologia Kanban foram realizados 248 desupalizações sendo no território Guaianazes 30,6%, Cidade Tiradentes 14,9%, Itaquera 29,1%, Itaim 7,3% e São Miguel 17,7%, demais municípios por não ser da gestão de contrato da OSS Santa Marcelina, não foi possível analisar os dados.

## 5. Considerações finais:

Como conclusão, identificou-se a importância do trabalho em rede, melhor transição do cuidado, redução no tempo de uso dos leitos, melhoria da qualidade da assistência, o que favorece os indicadores administrativos e de qualidade, proporcionando com isso a desupalização e gestão do cuidado em domicílio de forma segura para o paciente.

## Referências:

<sup>1</sup> Paulo Alexandre Heisler, Aplicação da metodologia Kanban como ferramenta adaptada para Gestão de "Leitos" na emergência. Ministério da Saúde – Fio Cruz. Porto Alegre 2012.

<sup>2</sup> Vasconcelos JF, Ferreira CN, Santana CES, Souza CR, Valente MLF. Desospitalização para cuidado domiciliar: impactos clínico e econômico da linezolida. J Bras Econ Saúde. 2015;7(2):110-5.

<sup>3</sup> Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2016 abr 26;153(78 Seção 1):33-8.

## LESTE 06

### ESTRATÉGIA DE GESTÃO PARA ATENDIMENTOS AO PACIENTES DOMICILIADOS EM CUIDADOS PALIATIVOS NO PROGRAMA MELHOR EM CASA – EMAD (EQUIPE MULTIDISCIPLINAR AD) APS SANTA MARCELINA.

(trabalho inscrito nº 26)

Autores: Leandro Aparecido Ramalho de Souza, Priscila Mitie, José Wilson Curi Prascarelli Filho, Maira Feliciano da Silva

#### 1. Introdução:

A motivação central para a elaboração deste estudo, advém da importância de qualificar mais casos de pacientes internados na UPAs Julio Tupy de Guaianases, Cidade Tiradentes e 26 de agosto de Itaquera. Com proposta de equipes EMADs de todo o território (Itaquera, São Miguel, Itaim Paulista, Guaianases e Cid. Tiradentes) atendido pela OSS Santa Marcelina, para a melhoria da transição de cuidado do pronto atendimento ao atendimento domiciliar. A intersectorialidade pode ser compreendida como “a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas”. Deve estar articulada à possibilidade de criação de novas estratégias políticas de ação, e não somente a soma de recursos ou pessoas, levando em consideração as especificidades territoriais e populacionais. A base da intersectorialidade é constituída pela perspectiva da integralidade das ações públicas. Pontua que a especialização se faz necessária, visto que é preciso atender a mais variada sorte de demandas, mas em contraponto a integralidade possibilitando a visão global sobre os sujeitos e suas necessidades, com maior efetividade das políticas para com a população. Nota-se uma tendência mundial para assistência domiciliar sendo uma estratégia que vem sendo implementada nos hospitais por meio do processo de desupalização. Os custos com assistência em saúde são muito altos, o que torna uma realidade entre os países a dar prioridade aos leitos hospitalares para patologias agudas ou descompensada). Um dos eixos centrais da Atenção Domiciliar (AD) é a desupalização, que proporciona celeridade no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio por meio das equipes de AD. Com a criação de programas de atenção domiciliar como o Programa Melhor em Casa, que disponibiliza assistência em cuidados paliativos, foi possível ofertar, por meio de uma equipe multiprofissional, acompanhamento domiciliar para os pacientes e seus familiares. Pontua-se que um dos critérios exigidos para o ingresso no serviço é a disponibilidade e o comprometimento de um cuidador formal ou informal, que deverá prestar assistência no domicílio do indivíduo funcionalmente dependente. Destaca-se também a necessidade de legitimar a atenção domiciliar como um importante via assistencial para a implementação dos cuidados paliativos, especialmente em países como o Brasil, onde os recursos destinados para a área da saúde são limitados.

#### 2. Objetivo:

Qualificar e aumentar casos de pacientes com perfil para admissão no Programa Melhor em Casa, que recebem pacientes do próprio território, como também, advindos vários equipamentos de saúde, como: Hospital Municipal Cidade Tiradentes, Hospital Geral Guaianases, Hospital Santa Marcelina Itaim Paulista, além das UPAs do Serviços da APS, entre outros locais e municípios.

### **3. Metodologia:**

A articulação entre os serviços é um método de controle que inicialmente foi aplicado aos processos estratégia de gestão de desupalização e naturalmente de giro de leitos. Foram realizadas discussões entre os serviços através de reunião para aumentar as indicações de casos com maior perfil ao Programa Melhor em Casa. Através do compartilhamento do perfil de pacientes em observação/internados na condição de doença ameaçadora de vida, em leitos da UPA e serviços hospitalares, para cuidados proporcionais, realizamos a transição do cuidado, atenuamos o tempo de permanência no serviço, com maiores informações dos sítios assistenciais, associado ao monitoramento pelo coordenador, com a Equipe Multidisciplinar, em especial com articulação do Serviço Social para comunicação intersetorial Hospital & EMAD.

### **4. Resultado e discussão:**

Como resultado, a implementação desse método em conjunto com o sistema, qualificou o gerenciamento do cuidado, monitoramento dos pacientes internados nas unidades assistenciais, permitindo e descrevendo as características da complexidade quanto ao tempo de permanência. Nas organizações dos processos de altas hospitalares para atendimento domiciliar, a metodologia de comunicação intersetorial está sendo adaptada como um instrumento para avaliação da qualidade assistencial, melhorias de fluxos e indicadores, sendo uma excelente ferramenta de apoio à gestão de leitos, permitindo otimização da oferta, redução de índice de permanência hospitalar, aumento da rotatividade dos leitos e de resolutividades no processo assistencial. Com assistência humanizada, além da participação direta dos familiares na cena do cuidado.

O campo da saúde envolve conhecimentos variados e pode se configurar de diferentes formas. Na perspectiva da multidisciplinaridade, o trabalho é isolado e os profissionais de diferentes áreas geralmente atuam sem cooperação e troca de informações, de modo que predomina o sistema de referência e contrarreferência. Já a interdisciplinaridade busca construir relações mais horizontais entre as diferentes profissões, maior reciprocidade e mais trocas de conhecimento e enriquecimento mútuo, como constatou-se na equipe investigada. Nesse sentido, cabe o adendo de que ambos os termos “trabalho multiprofissional” e “trabalho interdisciplinar” correspondem à formação de uma equipe com múltiplos profissionais, mas se diferenciam em seus modos de atuação. O primeiro contempla avaliação e intervenção independentes, em que os profissionais envolvidos não necessariamente estabelecem trocas entre si; já o segundo refere-se ao cuidado integrado, que pressupõe diálogo e planos de ação convergentes.

### **5. Considerações finais:**

Como conclusão, identificou-se a importância do trabalho em rede, melhor transição do cuidado, redução no tempo de uso dos leitos, melhoria da qualidade da assistência, o que favorece os indicadores administrativos e de qualidade, proporcionando com isso a desupalização e gestão do cuidado em domicílio de forma segura para o paciente. O ambiente domiciliar é um dos cenários em que pode ocorrer o atendimento em cuidados paliativos. O domicílio é um local que pode proporcionar inúmeras vantagens, como o conforto, a proteção, a proximidade dos familiares e amigos e a maior identificação para os pacientes, o que o configura, portanto, como um facilitador do tratamento.

Os cuidados paliativos são marcados pelo empenho dos profissionais em prestarem assistência com dignidade ao paciente até seus últimos minutos de vida e mostram que ainda há muito a ser feito quando a cura não é mais possível. Assim, esses cuidados se centram em ações que visam propiciar qualidade de vida aos pacientes e seus familiares diante do enfrentamento de doenças potencialmente ameaçadoras à vida. Desse modo, não se trata de curar, mas de potencializar a oferta de cuidados humanizados e centrados na minimização dos sofrimentos de ordem física, social, emocional e espiritual, o que só é possível e se concretiza quando os profissionais conhecem e aplicam os princípios dos cuidados paliativos.

Evidenciou-se que o trabalho em equipe com atuação interdisciplinar agrega elementos

positivos para os profissionais, uma vez que a cooperação e o diálogo entre os diferentes saberes viabilizam trocas de conhecimentos e melhores resultados, assim como maior segurança diante de ações que passam a ser compartilhadas e articuladas. Do mesmo modo, os profissionais reconheceram benefícios para os pacientes que têm suas demandas acolhidas por diferentes olhares e podem ser cuidados de forma integral. Dessa forma, percebe-se que, no contexto dos cuidados paliativos, torna-se essencial saber trabalhar em equipe e reconhecer os limites e a importância da atuação dos demais profissionais, uma vez que nenhuma área isolada consegue abarcar todas as necessidades complexas e multifacetadas dos pacientes.

#### **Referências:**

Academia Nacional de Cuidados Paliativos. (2012). Manual de Cuidados Paliativos. Diagraphic. J Bras Econ Saúde. 2015;7(2):110-5.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2016 abr 26;153(78 Seção 1):33-8. Conselho Nacional de Saúde. (2016).

Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

## LESTE 07



### ÓBITO TUTELADO-RESPEITO À DIGNIDADE. UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

(trabalho inscrito nº 28)

Autores: Izaura Eusebio Coelho, Deborah Lollo, Adriana Lopes D'Aquino Santos, Renata Mendonça Gomes, Cícera Bernardo Martins Luiz, Fernando Pereira dos Santos

#### 1. Introdução:

Em países em que é grande a utilização de recursos de terapia intensiva, existem na UTI mais pacientes, mais leitos, maiores custos, uma maior proporção de tempo na fase final de vida e um maior número de óbitos ocorrendo neste ambiente. Tal uso elevado não leva a desfechos melhores e mais alinhados com os desejos dos pacientes, pois estes, quando questionados sobre onde gostariam de ser cuidados, expressam preferência por estar fora do hospital nos seus últimos dias de vida. Uma avaliação de proporcionalidade de medidas associada a um compartilhamento de decisões com paciente e família podem favorecer um tratamento mais alinhado às preferências do paciente e permitir os cuidados de fim de vida no domicílio, respeitando a dignidade do paciente.

#### 2. Objetivo:

Apresentar uma experiência de óbito tutelado no domicílio.

#### 3. Metodologia:

Relato de caso, PNN, sexo feminino, 36 anos, do lar, 3 filhos, ensino médio completo. Histórico Clínico: A paciente era portadora de Câncer de mama metastático (ósseo, pulmonar e cerebral), incluída em nossa EMAD/EMAP com objetivo de manejar os Cuidados Paliativos. No nosso plano de cuidado, propusemos o óbito domiciliar tutelado levando ao desfecho esperado, de acordo com o desejo da paciente de falecer no domicílio.

#### 4. Resultado e discussão:

Foi alinhado com a paciente e a família o Plano de Cuidado, constando uma Diretiva Antecipada de Vida (DAV), com o controle da dor e outros sintomas, assistência no gerenciamento de medicamentos, além de apoio emocional e assistência prática em tarefas diárias, como banho e alimentação. A escolha da paciente foi morrer em seu domicílio, com conforto e cercada por seus entes queridos. A equipe acompanhou diariamente a paciente e seus familiares, de forma a que recebesse a melhor assistência. Realizamos controle de dor com o uso de morfina 20mg/24 horas por Hipodermóclise, bem como conforto respiratório com o uso de cateter nasal com 3l/minuto de oxigênio.

#### 5. Conclusão:

A paciente e seus familiares receberam assistência com qualidade, permitindo e garantindo suas escolhas, como óbito no domicílio, destacando a questão do respeito à dignidade.

#### Referências:

Manual de Cuidados Paliativos/Coord. Maria Perez Soares Alessandro, Carina Tischler Pires,

Daniel Neves Forte - [et al]. -São Paulo: Hospital Sírio Libanês Ministério da Saude;2020Manual de Cuidados Paliativos-ANCP

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a 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,2013.2v.:il.

Tratado de atenção domiciliar/editores Leonardo Cançado Monteiro Savassi. [et al].1. ed.- Santana de Parnaíba [SP]:Manole,2022

## LESTE 08

### A SEGURANÇA DO ÓBITO NO DOMICÍLIO DE FIM DE SEMANA UTILIZANDO HIPODERMÓCLISE.

Autores: Luiz Calvo, Paloma de Faria Benvindo

#### 1. Introdução:

O relato de experiência elucida o cotidiano do Serviço de Atenção Domiciliar (em dias semanais e aos fins de semana) da Supervisão Técnica de Saúde de Itaquera, pertencente à Coordenadoria Regional de Saúde Leste do município de São Paulo e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em uma área urbana de grande vulnerabilidade. Neste contexto, pacientes acamados apresentam múltiplos desafios, sejam eles: transportar o usuário crítico que mora em local de difícil acesso; conseguir recurso público (SAMU) em tempo hábil; levar este sujeito até um centro hospitalar para avaliação; diagnóstico dada às associações de múltiplas comorbidades e principalmente, o desafio de no momento tão delicado da vida, que é o momento de a morte fazê-lo da forma gentil e técnica, em domicílio.

#### 2. Objetivo:

Ilustrar um caso específico, evidenciando desde a reabilitação até a terminalidade, concretizando o desejo do paciente de falecer em casa, na presença de seus parentes em um fim de semana.

#### 3. Metodologia:

Paciente ISM, 86 anos admitida em DESUPA após três dias de medicação ceftriaxona, por rebaixamento do nível de consciência, atribuído a infecção de trato urinário, possui síndrome demencial mista, é acamada há três anos e faz uso de sonda nasoenteral. Em idas para infusão de medicamentos, foram detectadas outras possíveis ações considerando o olhar integral da equipe ao sujeito, sendo: cuidado paliativo não oncológico, redução da polifarmácia, desmame do cateter nasoenteral, mantendo via oral de conforto e matriciamento aos cuidadores, mantendo paciente estável em casa.

#### 4. Resultados e discussão:

Ações detectadas anteriormente foram concluídas em três meses até que ocorresse novo período de rebaixamento de nível de consciência, associado a nova recrudescência do quadro urinário. Iniciado novo tratamento com antibioticoterapia injetável via hipodermóclise, Ludwig (2019) disserta sobre o assunto enfatizando seu fácil manejo e risco mínimo de complicações, técnica frequentemente produzida a usuários em cuidados paliativos que enfrentam a terminalidade. Após três dias do tratamento a paciente necessitou de reavaliação no final de semana por equipe médica e identificado insuficiência terapêutica do antibiótico, com evolução para septicemia. Explicado em reunião familiar do médico com todos os familiares em um sábado, opções quanto ao cuidado paliativo domiciliar versus nova hospitalização, sendo optado por manutenção em sua casa junto com acompanhamento diário da equipe, utilizando solução de conforto, sendo este seu único dispositivo. Foram realizadas associações de sintomáticos não-opiáceos e opiáceos, por cerca de sete dias, quando paciente veio a óbito de forma serena e gentil, ao lado de seus entes. Paralelo aos aspectos clínicos, familiares foram acolhidos com escuta ativa e qualificada quanto ao processo de finitude e desejo da paciente corroborando com achados de Fratezi & Gutierrez (2009).

## 5. Considerações finais:

O impacto desta iniciativa é a inovação apresentada por Barbosa (2024), sobre a continuidade e regularidade no plano de cuidado aos fins de semana e feriados em simbiose com a equipe semanal e família. Observou-se escassa literatura referente ao assunto, principalmente no que se refere ao óbito em um fim de semana, o que traz novas reflexões sobre a questão, lembrando que o cuidado no domicílio possui grandes desafios, sejam eles: organizacionais, falha de comunicação entre os profissionais e com familiares. Desta forma, o presente estudo traz a possibilidade de aprofundar a reflexão sobre a questão, favorecendo que o aprendizado seja replicado em outros contextos.

## Referências:

1-Fratezi FR, Gutierrez BAO. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos e processo de morrer no domicílio. Universidade de São Paulo, 2009 *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7):3241-3248,2.

2-Ludwig AB. O uso seguro da hipodermóclise para manejo de sintomas no domicílio. Em: ANAIS DO 15º CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DA FAMÍLIA E COMUNIDADE; Cuiabá-Mato Grosso. 2019. Disponível em: <https://proceedings.science/cbmfc-2019/trabalhos/o-uso-seguro-da-hipodermoclise-para-manejo-de-sintomas-no-domicilio?lang=pt-br>

3-Barbosa SN. Alteração das Portarias de Consolidação n°s 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC). Informativo Eletrônico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde PORTARIA GM/MS N/ 3.005, DE 2 DE JANEIRO DE 2024

## LESTE 09

### PÓS HOSPITALIZAÇÃO E CUIDADOS PALIATIVOS: CARTAS/RELATOS DE OUVIDORIAS DE PACIENTES/CUIDADORES ATENDIDOS PELO PROGRAMA MELHOR EM CASA.

(trabalho inscrito n° 37)

Autores: Daniela Oliveira Teruya, Priscila Mitie Ivahara

#### 1. Introdução:

Desde a sua implantação em 2011, o Programa Melhor em Casa (PMeC) foi pensado dentre outras coisas para atuar como importante ponto da Rede de Atenção à Saúde - RAS, integrado a Rede de Atenção às Urgências e Emergências- RUE, contribuindo na redução da ocupação de leitos hospitalares, reabilitação, palição.

Dessa forma, as equipes EMAD/EMAP's contribuem com a desinstitucionalização dos usuários de modo que estes possam continuar seu tratamento em domicílio, através da assistência prestada pela equipe multiprofissional, composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, auxiliares de enfermagem, escriturários administrativos, nutricionistas e farmacêuticos. O Plano Terapêutico Singular- PTS é elaborado inicialmente pela equipe em reuniões e finalizado junto com os usuários in loco para efetiva execução em domicílio. Para além da segurança clínica, para garantia de cuidados minimamente semanais, a equipe como um todo precisa acolher e, entender o momento da família e seus cuidadores, um momento muitas vezes de muito sofrimento e negações.

#### 2. Objetivo:

Apresentar o importante impacto qualitativo da assistência às famílias através das equipes do Programa Melhor em Casa em pós desospitalização e cuidados paliativos

#### 3. Metodologia:

Realizou-se análise quantitativa e qualitativa das ouvidorias e cartas recebidas dos usuários das regiões de Itaim Paulista e São Miguel do ano de 2023;

#### 4. Resultado e discussão:

Em termos quantitativos, de janeiro a dezembro de 2023, deram entrada 3 ouvidorias negativas e 6 positivas no território de São Miguel, correspondendo a 6,39% negativas e 12,78% positivas do total de pacientes admitidos neste período. No território do Itaim, a equipe do Curuçá recebeu 4 ouvidorias positivas, correspondendo a 9,52% do número de admitidos e nenhuma ouvidoria negativa, durante esse período. O território do Itaim (Camargo) recebeu 1 ouvidoria negativa correspondendo a 2,3% dos admitidos e 8 cartas de agradecimento não registradas no ouvidor SUS. A seguir são apresentados alguns trechos de cartas recebidos "Agradecemos a equipe EMAD por tudo que fizeram por nossa mãe, as visitas, as orientações, os cuidados e principalmente por cada gesto de bondade e carinho, foram dias difíceis, mas com a dedicação de cada profissional, nos sentimos seguros e acolhidos." A equipe recebeu como homenagem uma citação em livro escrito por uma ex paciente vítima da COVID 19. "A alta médica foi uma alegria, porém voltei para casa muito debilitada e com muitas demandas de cuidados. No hospital há toda uma equipe e aparelhos à nossa disposição, mas agora estávamos sós, e a equipe do EMAD foi fundamental para nos ajudar nessa difícil caminhada, nos dando suporte e

segurança com competência técnica e habilidades humanas” (SANTOS,2023).

As expressões que mais chamam a atenção foram relacionadas à segurança que a presença da equipe proporciona aos usuários e cuidadores no domicílio pós internação hospitalar. “A equipe foi conversar conosco e aceitamos o desafio de cuidar dela em casa; O que tenho a dizer que recebemos tratamento de primeira linha, a humanização, respeito, empatia, nos sentimos gratificante.”

## **5. Considerações finais:**

Este é o melhor termômetro para medirmos o impacto da atuação das equipes nos domicílios, além de ofertar conforto de cuidados em domicílio, evitar/diminuir hospitalizações, promover cuidados paliativos, reduzir custos, a EMAD faz a diferença enquanto SUS em cada vida da qual tem a oportunidade de acessar enquanto modalidade de atendimento.

## **Referências:**

Ministério da Saúde (BR). Portaria n° 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2016 abr 26;153(78 Seção 1):33-8.

Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS n° 3.005, de 2 de janeiro de 2024. Altera as Portarias de Consolidação n°s 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC).

SILVA, J. ARAUJO, M. Comunicação em Cuidados Paliativos; O sentido da Comunicação em Cuidados Paliativos; 2012. Manual de Cuidados Paliativos Agência Nacional de Cuidados Paliativos;

## LESTE 10

### CASO CLÍNICO EXITOSO ATENDIDO PELA EMAD/EMAP PRESTES MAIA.

(trabalho inscrito nº 39)

Autores: Izaura Eusébio Coelho, Adriana Lopes D Aquino Santos, Renata Mendonça Gomes, Edilia Ferreira Passos de Mello

#### 1. Introdução

A atuação multidisciplinar contribui efetivamente para abordagem integral em pacientes em cuidados paliativos acompanhados pela EMAD/EMAP Prestes Maia.

#### 2. Objetivo:

Compartilhar caso exitoso na assistência de pacientes complexos no EMAD/EMAP.

#### 3. Metodologia:

Caso Clínico: Identificação: Paciente, MSS, 51 anos, sexo feminino, profissão técnica de enfermagem, estado civil casada, raça branca, natural Catinde-PE.

Histórico clínico: Paciente cardiopata há 10 anos, sofreu um Acidente Vascular Hemorrágico, necessitando de craniotomia descompressiva frontotemporal esquerda; realizada desospitalização do Hospital Santa Marcelina de Itaquera com inclusão na EMAD em 10/05/2022. Paciente restrita ao leito, consciente, afásica, hemiplégica a direita, úlcera por pressão em glúteos grau 2, em uso Traqueostomia de PVC com cuff insuflado, uso de oxigênio 21 / min, uso Gastrostomia para dieta e medicação.

Discussão: Realizado plano cuidado compartilhado com cuidadora principal, visando matriciamento do curativo, desmame de oxigênio e de dispositivos diversos (Traqueostomia e GTT) e reabilitação (física, cognitiva, linguística, nutricional e controle de dor).

#### 4. Resultados:

Atuação da equipe multidisciplinar neste caso proporcionou a evolução do quadro paliativo exclusivo para um quadro paliativo proporcional, pois favoreceu a evolução ponderal no desmame oxigênio, cicatrizações das lesões, melhora no quadro cognitivo, linguístico e nutricional, além de controle de dor e comorbidades que facilitaram a reabilitação. Através desse estudo, constatou-se a relevância da atuação da equipe multidisciplinar no cuidado individualizado atendendo às necessidades do cliente.

#### 5. Considerações finais:

A EMAD/EMAP propiciam um atendimento de excelência ao paciente e seus familiares, propiciando um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde.

#### Referências:

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.  
Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo-Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) Multiprofissional do Melhor em Casa, 2020

## LESTE 11

### HUMANIZAÇÃO E DIGNIDADE NOS PROCESSOS DE FINITUDE. APRESENTAÇÃO DE CASO DA EMAD JARDIM SÃO CARLOS.

(trabalho inscrito nº 42)

Autores: Déborah P. de Lollo, Izaura Eusebio, Ana Alice Alves, Larissa Pereira, Kamila Garcia e Luciana Bartholo

#### 1. Introdução:

Relato de experiência de como prover um processo de finitude embasado em cuidados estruturados no controle de sintomas e humanização nas últimas horas de vida. Paciente M.N. A.R, 72 anos, branca, sexo feminino, viúva, com residência prévia no litoral de São Paulo. Após crise de exacerbação da DPOC, paciente é internada em ambiente hospitalar, com evolução de baixa performance, síndrome consumptiva, diversas lesões por pressão e necessidade de uso de TQT, oxigenioterapia e BIPAP para a manutenção das atividades vitais. Após mais de 8 meses e sem prognóstico de melhora, a paciente foi encaminhada pelo hospital para seguimento na atenção domiciliar e cuidados paliativos pela EMAD Jardim São Carlos.

#### 2. Objetivo:

Visto a fragilidade clínica e necessidade de cuidados multidisciplinares, implantou-se cuidados gerais especiais, frente a vulnerabilidade, na qual a enfermagem, médicas, nutricionista, fonoaudióloga, fisioterapia e serviço social criaram um planejamento terapêutico para garantir a permanência segura no âmbito domiciliar. Durante a prática dos cuidados, o controle algico fez-se necessário para garantia do conforto e bem-estar, aliviando não somente a dor física, mas a dor total.

#### 3. Metodologia:

Foi realizada abordagem nas últimas horas de vida, M.N.A.R contou com a participação da equipe EMAD em seu domicílio, fortalecendo, portanto, a possibilidade de vivência de um processo de finitude, como um ciclo natural e suave, aos olhos dos familiares. Na finitude, utilizou-se branda suplementação analgésica, visto planilha algia previamente estabelecida e compensada.

#### 4. Resultados:

O manejo algico no domicílio, favorece a resiliência no controle de sintomas durante o processo de finitude, contribuindo para uma prática humanizada que viabiliza a dignidade da pessoa humana, conforme preconiza a nossa Constituição. Validando desta forma a possibilidade de promover processos únicos e repletos de significado para o paciente e seus familiares, desmistificando a morte e o núcleo hospitalar como único local adequado para esse momento.

#### 5. Considerações finais:

A vivência dos processos de óbito, na residência, possibilitou a musicoterapia, realização de últimos desejos alimentares, aconchego e apego em concluir um ciclo de vida em um ambiente repleto de histórias e memórias, próximo daqueles que são o amor de toda uma vida.

#### Referência:

1-Caderno de Atenção domiciliar/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de atenção básica 2013.

**CRS SUL**

**“TRANSFORMANDO A ATENÇÃO DOMICILIAR COM  
INOVAÇÕES NO PROGRAMA MELHOR EM CASA”**

**PMeC**

**São Paulo  
2025**

## SUL 01

### TRANSIÇÃO PARA CUIDADOS PALIATIVOS HOSPITALARES: RELATO DE CASO PARTINDO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR.

(trabalho inscrito nº 7)

Autores: Edson Maruyama Diniz, Elny Fumelli Monti, Tania Regina Henriques, Cilene Castro Cabral

#### 1. Introdução:

A atenção domiciliar está organizada em três modalidades, definida a partir da complexidade dos cuidados necessários. Dentro dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) encontram-se os pacientes classificados como AD2, sendo aqueles usuários que apresentam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos e acompanhamento contínuo<sup>1</sup>. Estes pacientes podem apresentar complicações em seus quadros de saúde, sendo necessário seu encaminhamento aos serviços de urgência e emergência, de internação hospitalar e de retaguarda.

#### 2. Objetivo:

Descrever a condução de um caso atendido por este SAD, onde foi necessária uma intervenção com internação do paciente em um hospital de retaguarda<sup>2</sup>.

#### 3. Metodologia:

Relato de experiência sobre o caso da paciente MDAS. Mulher, 67 anos, admitida neste serviço em 18/01/2023, com diagnóstico de sequela de hemorragia subaracnóidea (CID10 - I60) e classificada como AD2. Paciente acamada, totalmente dependente para realização das atividades de vida diária. Consciente, não se comunicava. Presença de traqueostomia. Alimentação por gastrostomia. Em uso de fraldas devido a incontinência urinária e fecal. A paciente era cuidada pelo filho, Sr. NEM, sendo este seu único cuidador. Ao longo dos meses houve algumas intercorrências no domicílio devido aos constantes pedidos feitos pelo cuidador, além de episódios de desmarcação de consultas e visitas. Cuidador se mostrou deveras solicitante, quase diariamente ligando na unidade e pedindo visitas, insumos e encaminhamentos médicos. Foi notado uma sobrecarga de trabalho por parte do cuidador em relação aos cuidados realizados com a mãe. Ademais, em diversas ocasiões, este demonstrou insatisfação com sua vida atual e que não tinha mais alegria em viver desde que trouxe sua mãe para casa. Em 21/11/2023 o Sr. NEM foi diagnosticado com um quadro de saúde, sendo necessária internação e intervenção cirúrgica. Com a piora do quadro, o cuidador teve um primeiro episódio de internação e, como era o único cuidador, deixou a mãe aos cuidados de duas vizinhas. Este realizou contato com este serviço, solicitando que a equipe fosse à casa e realizasse os cuidados. Foram realizadas três visitas em dias consecutivos onde foram realizados cuidados de higiene, alimentação e orientação às vizinhas, até o retorno do cuidador. Diante do quadro foi realizada uma solicitação a interlocutora de saúde do idoso buscando a internação da paciente para que esta recebesse cuidados mais adequados. Através de uma interação envolvendo SAD Santo Amaro, Supervisão Técnica de Saúde Santo Amaro e Cidade Ademar e Coordenadoria Regional de Saúde Sul, além da Secretaria Municipal de Saúde, conseguiu-se uma vaga no Hospital Municipal Guarapiranga, além da transferência através de ambulância.

#### 4. Resultados e Discussão:

A paciente encontra-se internada desde 01/12/2023, sob cuidados paliativos e sem previsão de alta. Com a internação da mãe, o cuidador pode se internar para realizar seu tratamento de saúde.

#### 5. Considerações finais:

Identificamos como relevante a interação entre os diversos agentes das diferentes entidades, que souberam identificar um caso que estava além das capacidades técnicas do serviço, sendo necessária a transferência do paciente, visando o seu bem-estar e continuidade da assistência e tendo êxito neste objetivo. Diante do envelhecimento da população e aumento dos casos de doenças crônicas degenerativas não transmissíveis, faz-se necessário um aumento na oferta de leitos de internação hospitalar e serviços de cuidados paliativos, de modo a atender esta importante parcela da população<sup>3</sup>.

#### Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [internet]. Brasília, DF: Ministério da saúde; 2016 [acesso em 2024 mar 12]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html)»
2. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS No 3.005, DE 2 de janeiro de 2024. Altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC) - DOU - Imprensa Nacional [Internet]. www.in.gov.br. Available from: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.005-de-2-de-janeiro-de-2024-535816012>
3. Dantas F de C, de Carvalho Dantas C, Santos JL dos, Monteiro ACM, Azevedo DPGD de, Crespo M da CA, Azevedo NG, Ribeiro YC. Acesso à rede de cuidados paliativos: Realidade brasileira. CIS - Conjecturas Inter Studies [Internet]. 15° de fevereiro de 2022 [citado 12° de março de 2024];22(1):1618-29. Disponível em: <http://www.conjecturas.org/index.php/edicoes/article/view/612>

## SUL 02

### O PAPEL DO MELHOR EM CASA NA REDUÇÃO DO TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR DO BINÔMIO MATERNO INFANTIL NO PERÍODO PUERPERAL IMEDIATO ATRAVÉS DA COLETA DO PKU A NÍVEL DOMICILIAR.

(trabalho inscrito nº 10)

Autores: Lucas Souza Vilela, Juliana Tristão de Oliveira, Thaise Silva Santos, Deborah Teixeira dos Santos, Carolina Aparecida Ventura Matos, Edna Cristiane da Silva Pimenta

#### 1. Introdução:

O Hospital M'Boi Mirim, localizado na região sul de São Paulo, enfrenta inúmeros desafios para manter a eficiência e a qualidade da assistência oferecida às puérperas e seus bebês [1]. A escassez de leitos hospitalares para atender a demanda da região faz com que nossos recursos internos necessitem de maior eficiência em sua utilização, possibilitando maior giro de leitos e redução do intervalo de substituição para suprir a necessidade de internações da maternidade. O projeto respeita definições do recém-nascido potencialmente saudável, e procura assegurar a realização de etapas que garante a segurança da alta hospitalar do binômio realizando todas as triagens neonatais universais regulamentadas em portarias ministeriais. O programa Melhor em Casa foi envolvido para viabilizar a coleta do teste do pezinho (PKU) a nível domiciliar.

#### 2. Objetivo:

Contribuir para a eficiência e viabilidade do Projeto Alta On Time implementado através da metodologia Lean Six Sigma na maternidade do Hospital M'Boi Mirim com o objetivo de aumentar 100 p.p de altas o binômio que cumpram critérios de elegibilidade para alta "on time" (0% para 100%) e reduzir em 10% o TMP nas unidades da maternidade dos binômios elegíveis (1,4 dias para 1,25 dias).

#### 3. Metodologia:

Realizado PDCA local como parte de um projeto maior que utilizou da metodologia Lean Six Sigma. Estabelecidos critérios para elegibilidade, realizadas reuniões com gestão local da rede materno-infantil hospitalar e a nível de coordenadoria regional sul e parecerias envolvidas para controle e manutenção dos processos fundamentais a nível de regulação da atenção primária. Treinamento de toda a equipe de enfermagem pelo instituto Jô Clemente. Elaborada planilha comum entre os equipamentos envolvidos, unidade hospitalar materno infantil, melhor em casa, unidades básicas de saúde e coordenadoria. Elaboração de termo de consentimento exclusivo para essa modalidade assistencial.

#### 4. Resultados e Discussão:

Nos últimos 3 meses analisados, identificamos 23 binômios elegíveis, sendo o TMP de 1,4 dias. A meta do projeto é de 1,25 dias que corresponde a 30 horas. Nosso TMP alcançou à média de 33 horas mensais, ocorrendo uma redução 15 horas/mês. Desde o go live do processo da alta on time que ocorreu em 24/10/2023, foram identificados 31 binômios elegíveis para alta on time, destes 22 (71%) binômios receberam alta on time. Avaliando as reinternações desses RN, tivemos

no mês de janeiro/2024 - 1 reinternação no dia 24/01 por lesão em face, não relacionado a alta on time. Demonstrando critérios seguros para alta on time dos binômios, mantendo a meta de 0% para reinternação.

## **5. Considerações finais:**

Identificamos forte correlação positiva entre instrumentalização da equipe de atenção domiciliar para coleta de PKU e redução do tempo médio de permanência em uma unidade de maternidade de hospital público no município de São Paulo, reforçando assim o papel fundamental em otimizar os fluxos e agregar valor em saúde que o programa Melhor em Casa possui. Ao examinar os desafios enfrentados pelas puérperas no acesso aos serviços de saúde e os benefícios potenciais da coleta do teste do pezinho no domicílio, espera-se contribuir para a construção de sistemas de saúde mais inclusivos, eficientes e centrados no paciente.

## **Referências:**

1. Observatório Obstétrico BR. [Internet]. Observatório Obstétrico Brasileiro; [cited 2024 Mar 15]. Available from: <https://observatorioobstetricobr.org/>

## SUL 03



### TERAPIA FOTODINÂMICA EM LESÕES POR PRESSÃO EM PACIENTES PALIATIVOS NÃO ONCOLÓGICOS: REALIDADE POSSÍVEL NO SUS.

(trabalho inscrito nº13)

Autores: Thais Cristina da Silva, Sheila Regina Elias Silva, Nivio Bertolazzi Souza

#### 1. Introdução:

A lesão por pressão ou LP é descrita como um dano à pele e/ou tecidos moles subjacentes, que pode romper ou desenvolver em tecido intacto e comumente está atrelada ao dano sobre as proeminências ósseas ou associada ao uso de artefatos ou dispositivos médicos que exerçam pressão local (1). A laserterapia de baixa potência promove cicatrização nos tecidos pelo estímulo à microcirculação, com proliferação de células fibroblásticas, colágeno e angiogênese, sendo então utilizada no tratamento de lesões. A terapia fotodinâmica (TFD) é uma técnica que pela associação da luz, do oxigênio e droga sensibilizadora (como a aplicação de azul de metileno sobre a lesão infectada), gera a destruição tecidual e tem efeito antimicrobiano (2). No contexto do Programa Melhor em Casa, na região de Cidade Ademar, zona Sul de São Paulo, nos deparamos com desafios no cuidado de pacientes não oncológicos em cuidados paliativos, especialmente aqueles com lesões por pressão em estágios avançados. O desconforto, a dor e o risco de complicações associados a essas lesões exigiam uma abordagem inovadora (3). Posto isso, os proponentes deste estudo se viram motivados a buscar alternativas que trouxessem conforto para os pacientes e assim, auxiliassem a reduzir a sobrecarga dos cuidadores, utilizando a fotobiomodulação.

#### 2. Objetivo principal:

Descrever a aplicação da laserterapia e terapia fotodinâmica em pacientes que estejam em cuidados paliativos não oncológicos com lesões por pressão infectadas, estágios III e IV, inseridos no Programa Melhor em Casa.

#### 3. Objetivos Específicos:

Diminuir a carga de trabalho do cuidador e acelerar a cicatrização das lesões por meio da fotobiomodulação.

Otimizar a cicatrização das lesões com técnicas acessíveis e custo-benefício no Sistema Único de Saúde.

#### 4. Metodologia:

Tratou-se inicialmente com identificação dos pacientes, revisão da literatura para levantamento das terapêuticas disponíveis. Após isso, foi realizado o planejamento e implementação das terapias fotodinâmica e laserterapia, envolvendo apenas enfermeiros habilitados. O projeto piloto foi aplicado por meio de seleção dos pacientes de acordo com critérios de inclusão, a saber: Pacientes paliativos não oncológicos, com cuidador apto e que aceitassem a participação e monitoramento regular dos resultados, ajustando protocolos conforme necessário.

## 5. Resultados e Discussão:

Os resultados de nossa experiência foram positivos. Observamos otimização no tempo de cicatrização das lesões, com redução da complexidade das mesmas ou até cicatrização completa. Observamos ainda o relato de cuidadores quanto a redução na sobrecarga física e emocional, enquanto os pacientes narraram alívio da dor e desconforto, o que gerou melhora na qualidade de vida. Estes achados condizem estudos similares e destacam a eficácia das terapias fotodinâmica e laserterapia no contexto de cuidados paliativos domiciliares.

## 6. Considerações Finais:

Nossa experiência demonstra que a integração da terapia fotodinâmica e laserterapia no cuidado às lesões por pressão em pacientes paliativos pode ser benéfica. Contudo, cabe relatar alguns desafios, entre eles, a redução de equipamentos, que pode prejudicar a realização adequada dos tratamentos planejados ou até mesmo impedi-los. Os resultados alcançados indicam possibilidades para a continuidade desta abordagem. Sugerimos que iniciativas semelhantes sejam consideradas em outros programas de cuidado domiciliar e que esforços sejam direcionados para superar as barreiras encontradas, a fim de maximizar os benefícios para os pacientes e cuidadores, além de contribuir para a eficiência do sistema de saúde como um todo.

## Referências Bibliográficas

- 1- Bonté F, Girard D, Archambault JC, Desmoulière A. Skin changes during ageing. In: Harris J, Korolchuk V, eds. Biochemistry and Cell Biology of Ageing: Part II Clinical Science. Subcellular Biochemistry, vol 91. Springer; 2019. p. 249-280. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30888656/>. Acesso em 20 de julho de 2023.
- 2- Palagi S, Severo IM, Menegon DB, Lucena A de F. Laser therapy in pressure ulcers: evaluation by the Pressure Ulcer Scale for Healing and Nursing Outcomes Classification. Rev esc enferm USP. 2015 Oct;49(5):826-33. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/6hcMbsCtgTVQxb3pYgL5vWv/?format=html&lang=en#>
- 3- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Série Cuidados Paliativos: Volume 1. Rio de Janeiro: INCA; 2009. Disponível em: <https://shorturl.at/tuE29>

## SUL 04

### RELATO DE EXPERIÊNCIA DO USO DE BOMBA DE INFUSÃO COMO INSTRUMENTO DE INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARES NO ÂMBITO DO SUS.

(trabalho inscrito nº15)

Autores: Raissa Robles de Moura Arguelho, Lucas Souza Vilela, Deborah Teixeira dos Santos, Francisca Leilane Pereira Leao, Livia Maria de Oliveira, Adrianne Larissa Ramos de Oliveira

#### 1. Introdução:

No Brasil, a escassez de acesso aos serviços de cuidados paliativos é uma preocupação crescente devido ao envelhecimento da população e ao aumento das doenças crônicas[1]. A demanda por esses serviços é alta, mas a oferta é limitada [2]. O uso de bomba de infusão contínua emerge como uma aliada eficaz dentro dos cuidados paliativos domiciliares. A administração contínua e precisa de medicamentos via bomba de infusão é capaz de controlar sintomas e confere ao paciente maior tranquilidade, segurança e qualidade no atendimento [3]. Além disso, a utilização dessa tecnologia pode impactar positivamente na redução de custos em comparação aos pacientes sob cuidados hospitalares, devido à redução do tempo de internação, menor uso de recursos e maior eficiência na gestão dos sintomas.

#### 2. Objetivo:

Demonstrar os dados estatísticos que evidenciam os benefícios da utilização de bomba de infusão em serviços de cuidados paliativos domiciliares no SUS.

#### 3. Metodologia:

Estudo observacional retrospectivo no período de 9 meses - de maio de 2023 a janeiro de 2024 - que visa analisar dados institucionais coletados por meio do sistema de prontuário eletrônico. O sistema, além de dados clínicos e histórico médico oferece recursos de análise de relatórios que facilitam a extração e interpretação dos dados.

#### 4. Resultados e Discussão:

No período estudado, 67 pacientes admitidos no Melhor em Casa tiveram como desfecho óbito, 100% desses esperados e acompanhados por equipe de Cuidados Paliativos. Desses, 28,4% (19 pacientes) foram conduzidos em domicílio e 71,6% (48 pacientes) conduzidos em ambiente hospitalar. Do total de 67 pacientes, 19% (13 pacientes) necessitaram de uso de bomba de infusão para controle sintomático sendo que 7 desses tiveram como desfecho o óbito domiciliar, ou seja, 53% dos pacientes que usaram bomba de infusão em casa evoluíram a óbito em ambiente domiciliar, os outros 6 tiveram que ser encaminhados para óbito em ambiente hospitalar pelos seguintes motivos: claudicação familiar 50% (3 casos), ausência de cobertura médica no final de semana 33% (2 casos) e refratariedade sintomática 6% (1 caso). A mediana de dias de internação no Melhor em Casa dos pacientes com indicação de BIC foi de 26 dias e a média de 52 dias. Referente ao tempo de permanência hospitalar dos pacientes encaminhados para reinternação, a média foi de 3 dias até a data do óbito e a mediana de 3,5 dias.

## 5. Considerações finais:

O uso de bombas de infusão em domicílio para pacientes sob cuidados paliativos demonstra impacto significativo na qualidade assistencial na fase final da vida, além de favorecer a hipótese de que contribui para maior disponibilidade de leitos hospitalares. A implementação de cuidados paliativos domiciliares é crucial para um sistema de saúde eficiente e humanizado, reduzindo a necessidade de reinternações e assegurando um atendimento digno e adequado aos pacientes elegíveis.

## Referências:

1. Othero MB. Terapia Ocupacional na Assistência Oncológica em Geriatria e Gerontologia - Experiências em Cuidados Paliativos no setor privado, Hospital Premier, São Paulo-SP. In: Terapia Ocupacional: Práticas em Oncologia. São Paulo: Editora Roca, 2010.
2. Rodrigues LF, Marques da Silva JF, Cabrera M. Palliative care: pathway in primary healthcare in Brazil. CadSaude Publica. 2022;38(9).
3. Clark D, Baur N, Clelland D, Garralda E, López-Fidalgo J, Connor S, et al. Mapping levels of palliative care development in 198 countries: the situation in 2017. J Pain Symptom Manage 2020; 59:794-807.

## SUL 05



### TRANSIÇÃO DO CUIDADO DE PACIENTES EM VENTILAÇÃO MECÂNICA DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR PARA A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

(trabalho inscrito n° 19)

Autores: Vivian Celestino, Lucas Souza Vilela, Mônica Yukie Kagohara, Caroline Almeida, Francisca Leilane, Juliana Tristão de Oliveira

#### 1. Introdução:

A transição de pacientes em ventilação mecânica do serviço de atenção domiciliar para a unidade básica de saúde (UBS) constitui um processo complexo, exigindo cuidados integrados e multidisciplinares. O presente relato explora as dinâmicas desta transição, realçando a necessidade de capacitação da equipe de saúde da UBS, a importância do suporte familiar e a adaptação a restrições de recursos.

#### 2. Objetivo:

Avaliar a efetividade de um modelo de transição de pacientes em ventilação mecânica do atendimento domiciliar para a UBS, focando na capacitação profissional, envolvimento da família, e adaptações necessárias perante a falta de recursos, assegurando uma transição de cuidado equânime, segura e que evite reinternações.

#### 3. Metodologia:

Este estudo analisou dois casos de transição de cuidado EMAD-UBS de pacientes ventilados, em que se obteve sucesso tanto na transição quanto nas recaptações programadas. O protocolo incluiu a avaliação rigorosa da estabilidade clínica para transição, treinamento da equipe da UBS e desenvolvimento de um cuffômetro adaptado. [1] Foram realizadas sessões de capacitação familiar e visitas conjuntas das equipes do serviço de atenção domiciliar e da UBS para assegurar uma transferência de cuidado eficiente.

#### 4. Resultados e Discussão:

A implementação do fluxo resultou na transição bem-sucedida dos pacientes, sem ocorrência de reinternações e manutenção da estabilidade clínica dos dois pacientes avaliados. A capacitação detalhada da equipe da UBS e a construção do cuffômetro adaptado provaram ser fundamentais para superar a escassez de equipamentos e recursos que enfrentamos. Pudemos avaliar também, que o fortalecimento da rede no compartilhamento de cuidado garante uma assistência mais integrada, e que a garantia de captação pela EMAD de modo intermitente para troca de dispositivos de traqueostomia (a cada 3-4 meses) somadas a reavaliações da fisioterapia nesse contexto, tranquiliza a equipe da UBS encorajando o engajamento no cuidado desses pacientes. Além disso, as conferências familiares e as visitas compartilhadas entre as equipes asseguram um ambiente de cuidado coeso e informado, facilitando a adaptação do binômio equipe família ao novo cenário de atendimento. [2]

## 5. Considerações Finais:

A transição segura de pacientes em ventilação mecânica do serviço de atenção domiciliar para a UBS é viável e eficaz quando acompanhada de preparação adequada das equipes, envolvimento familiar ativo e adaptações criativas frente a limitações de recursos. Os resultados deste relato destacam a importância de um modelo de cuidado colaborativo e bem planejado, que pode ser replicado para melhorar a continuidade e a qualidade do cuidado em contextos similares.

## Referências:

1. Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. Saude Soc. 2006;15(2):88-95.
2. Barber N. Should we consider non-compliance a medical error? Qual Saf Health Care. 2002;11(1):81-84.



### ESTRATÉGIAS PARA REQUALIFICAÇÃO DO PROCESSO DE CAPTAÇÃO EM DESOSPITALIZAÇÃO DA EMAD CAPELA DO SOCORRO NA REFERÊNCIA TERCIÁRIA DO TERRITÓRIO.

(trabalho inscrito nº 20)

Autores: Flávio Ribeiro de Souza, Adriana ChapChap Brossi, Fernanda Modesto de Abreu, Lirian Leiko Takahashi

#### 1. Introdução:

A Assistência Domiciliar (AD) é a forma de atenção mais oportuna, indicada ao paciente restrito ao leito ou lar em uma condição permanente ou temporária de afecção clínica ou de outras vulnerabilidades, com objetivo de tratamento, palição, reabilitação ou prevenção de agravos. Os níveis de complexidade da AD são divididos entre AD1, AD2 e AD3, podendo ser observado de acordo com a classificação, o aumento do grau da necessidade do cuidado.

A partir da identificação da necessidade do cuidado em AD surge a Política Nacional de Atenção Domiciliar e as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), com o objetivo de integrar as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e contribuir diretamente com a redução da demanda por atendimento hospitalar; redução do período de permanência de usuários internados; a humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 3005, de 02 de janeiro de 2024. Art. 533).

A estratégia de desospitalização tem emergido como uma ferramenta fundamental na busca da efetivação da qualidade, humanização e eficiência no processo de transição do cuidado na alta hospitalar para o domicílio.

Contudo, representa uma mudança no paradigma da saúde, na maneira como os cuidados são entregues, deslocando o foco do tratamento intensivo no ambiente hospitalar para a gestão integrada e personalizada até o domicílio do paciente. Esse processo envolve não apenas a transferência física do paciente para casa, mas também uma reorganização dos serviços da RAS para garantir uma transição leve e contínua, promovendo a continuidade dos cuidados e minimizando os riscos de complicações e até mesmo readmissões desnecessárias. (Veras et al., 2013).

De acordo com o estudo realizado por Silva et al. (2017), a desospitalização, quando implementada de maneira adequada, pode resultar em uma série de benefícios significativos, estes incluem a redução de complicações relacionadas à hospitalização, diminuição do risco de infecções hospitalares, melhoria da funcionalidade e independência dos pacientes, e maior satisfação tanto para os pacientes quanto para suas famílias.

Por conseguinte, uma das principais vantagens da desospitalização é a capacidade de proporcionar cuidados mais individualizados e centrados no paciente em uma abordagem integrada, que reconheça a importância do contexto social, psicológico e clínico na recuperação e na promoção da saúde.

Nesse sentido, temos uma estratégia muito potente para o cuidado denominada Projeto Terapêutico Singular (PTS), uma ferramenta fundamental para personalizar e coordenar os cuidados, adaptando-os às necessidades individuais de cada paciente. O PTS não apenas fornece diretrizes claras para o tratamento e o acompanhamento pós-alta, mas também promove

uma abordagem colaborativa entre os diferentes profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente.

Outra estratégia eficiente do cuidado em saúde é o Matriciamento em rede, se destacando como uma oportunidade para promoção de troca de conhecimentos e experiências entre os profissionais de saúde de diferentes níveis de atenção, facilitando a integração e a coordenação do cuidado. Ao proporcionar um espaço de reflexão e discussão sobre questões relacionadas à desospitalização e transição do cuidado, o matriciamento em rede contribui para o aprimoramento das práticas clínicas e para a construção de uma abordagem mais eficaz e humanizada. (Vianna et al., 2017).

Ao permitir que os pacientes recebam tratamento em seu ambiente familiar, a desospitalização reconhece a importância do contexto social e psicológico na recuperação e na promoção da saúde. Isso pode levar a uma maior autonomia do paciente, aumento da adesão ao tratamento e, em última análise, melhores resultados de saúde a longo prazo.

Ao analisar o impacto que o processo de qualificação da desospitalização traz, é importante observar que existem fatores quantitativos e qualitativos relacionados ao bem estar dos usuários e cuidadores.

Quantitativos: desospitalização em tempo oportuno; diminuição de casos de reinternação; possibilidade de maior rotatividade de leitos hospitalares; segurança do paciente no processo de alta (em especial em internações prolongadas);

Qualitativos: humanização do processo de alta hospitalar; envolvimento da equipe e maior apropriação referente equipamentos da rede para apoio na transição do cuidado; segurança do cuidador para realização dos procedimentos em domicílio; confiança do paciente/ cuidador referente a continuidade e transição do cuidado e as potências do cuidado domiciliar.

No entanto, apesar dos inegáveis benefícios, o processo de desospitalização não está isento de desafios. A falta de integração entre os diferentes níveis de cuidados, a escassez de recursos e as barreiras estruturais e culturais podem dificultar a implementação eficaz desse processo. Portanto, é essencial uma abordagem colaborativa e coordenada entre os diversos atores, incluindo profissionais de saúde, gestores, pacientes e seus cuidadores, para superar esses obstáculos e garantir uma desospitalização bem-sucedida e sustentável.

Neste trabalho, exploraremos um relato de experiência no território de Capela do Socorro, discorrendo sobre os desafios comuns e apontando as estratégias utilizadas para promover uma desospitalização eficaz e centrada no paciente.

## **2. Objetivo:**

Objetivo geral:

Requalificar o processo de gestão de alta hospitalar e a admissão da EMAD em conjunto com a RAS Capela do Socorro.

Objetivos específicos:

- Estabelecer critérios “comuns” na identificação de pacientes elegíveis para AD (hospitalar/ EMAD) e aumentar a captação em desospitalização dos pacientes ativos na EMAD Capela do Socorro;
- Fortalecimento da rede e compreensão da dinâmica “hospitalar” e transição do cuidado;
- Propiciar segurança e participação ativa do paciente/ cuidador no processo de gestão de alta, contribuindo com os indicadores hospitalares na redução do tempo de internação; reinternação e satisfação do paciente/ cuidador.

## **3. Metodologia:**

Foi realizada uma análise sistemática entre a gestão da EMAD Capela do Socorro e o serviço

social do Hospital referente ao processo de desospitalização, visando identificar os principais desafios, lacunas e oportunidades. A partir disso, foi desenvolvido um planejamento estratégico estruturado em: diagnóstico, definição de objetivos, estratégias, monitoramento e reavaliação. Os principais desafios encontrados, foram relacionados a dinâmica do processo de trabalho fragmentada, ou seja, o Hospital intervindo exclusivamente no ambiente intra hospitalar e a EMAD assumindo o cuidado após a alta hospitalar, não havendo a possibilidade de construção de um PTS compartilhado.

Aproximando o olhar frente às dificuldades identificadas, foram elencados os principais pontos de fragilidade:

- Apropriação dos profissionais do Hospital referente ao serviço da EMAD;
- Conhecimento da Classificação da Atenção Domiciliar (AD1/AD2/AD3);
- Planejamento das altas e articulação com as equipes de referência do território para transição do cuidado direcionada;
- Rotatividade de profissionais e falta de comunicação entre os setores.

A partir dos problemas identificados foi possível então, desenvolver estratégias para serem realizadas ao longo do ano de 2023 e avaliadas anualmente. As principais estratégias abordadas foram:

- Treinamento dos profissionais do hospital sobre classificação da atenção domiciliar (AD1/AD2/AD3) em encontro presencial realizado pela EMAD Capela do Socorro, apresentando instrumento utilizado pela RAS para definição do perfil de atendimento;
- Sensibilização dos profissionais do hospital sobre a RAS Capela do Socorro em encontro presencial onde foram apresentados os equipamentos de saúde do território, as especificidades das Unidades Tradicionais e Unidades Saúde da Família, além da distribuição de referência das equipes de atenção domiciliar do território;
- Implementação da busca ativa semanal para captação de pacientes nas clínicas do hospital realizada pela EMAD;
- Realização de discussão da temática “desospitalização” no Matriciamento em rede composto por trabalhadores dos diversos equipamentos de saúde do território coordenado pela EMAD.

#### **4. Resultados:**

O processo de articulação em rede com objetivo de requalificar a desospitalização no território de Capela do Socorro obteve êxito em uma forma ampla, foi possível observar que houve maior apropriação dos profissionais do hospital referente aos equipamentos da RAS; perceptível diminuição dos casos de reinternação após alta hospitalar; aumento do percentual dos casos admitidos / ativos em desospitalização nas EMADs do território.

Como referência quantitativa desse processo, temos o indicador preconizado pelo Município de São Paulo junto à Organização Social de Saúde a meta: número de desospitalização, onde a meta estipulada é que 12% dos admitidos na EMAD sejam de procedência hospitalar, permitindo avaliar a efetividade da captação e a saída dos serviços hospitalares do território, com atingimento médio nos últimos seis meses de 510% sobre a meta estipulada.

#### **5. Discussão:**

A análise detalhada da interação entre a gestão da EMAD e o serviço social do Hospital revela uma série de desafios inerentes ao processo de desospitalização e transição do cuidado. Uma das principais fragilidades identificadas é a dinâmica fragmentada do processo de trabalho, onde o hospital se concentra exclusivamente no ambiente intra-hospitalar, enquanto a EMAD assume o cuidado após a alta hospitalar. Essa separação de responsabilidades muitas vezes resulta em lacunas na comunicação e na coordenação dos cuidados, prejudicando a continuidade do tratamento e a eficácia da assistência prestada ao paciente.

Uma questão central identificada é a ausência de um PTS compartilhado entre as equipes hospitalares e da EMAD. A falta de integração e colaboração na elaboração e execução do plano de cuidados pode levar a uma abordagem desarticulada e inconsistente, dificultando a adaptação às necessidades específicas do paciente e comprometendo os resultados do tratamento.

Diante desses desafios, o planejamento estratégico proposto para o ano de 2023 visa abordar essas questões de forma abrangente e sistemática. Uma das estratégias-chave é o treinamento dos profissionais do hospital sobre a classificação da atenção domiciliar (AD1/AD2/AD3), fornecendo-lhes as ferramentas necessárias para identificar e priorizar os pacientes elegíveis para desospitalização. Isso não apenas promove uma compreensão mais clara dos critérios de elegibilidade para a atenção domiciliar, mas também facilita a identificação precoce de pacientes que podem se beneficiar do acompanhamento da EMAD.

Além disso, a sensibilização dos profissionais do hospital sobre a RAS do território é fundamental para fortalecer a integração e a articulação entre os diferentes níveis de cuidado. Ao entender melhor os recursos disponíveis na comunidade, as especificidades das unidades de saúde e a distribuição das equipes de atenção domiciliar no território, os profissionais de saúde estarão mais bem preparados para encaminhar os pacientes para os serviços adequados após a alta hospitalar, facilitando assim a transição do cuidado.

Outra estratégia importante é a implementação de uma busca ativa de pacientes nas clínicas do hospital pela EMAD. Isso permite uma abordagem proativa na identificação de pacientes elegíveis para desospitalização, reduzindo o tempo de permanência hospitalar e promovendo uma transição mais suave para o cuidado domiciliar. Além disso, a realização de discussões sobre desospitalização no contexto do Matriciamento em rede proporciona uma oportunidade valiosa para compartilhar experiências e melhores práticas entre os profissionais de saúde, fortalecendo a colaboração e o trabalho em equipe na gestão da transição do cuidado.

No entanto, é importante reconhecer que a implementação bem-sucedida dessas estratégias requer um compromisso contínuo com a qualidade e a melhoria dos cuidados de saúde. Isso inclui a avaliação periódica das práticas e processos existentes, o monitoramento dos resultados do tratamento e a adaptação do planejamento conforme necessário para atender às necessidades emergentes dos pacientes e da comunidade. Ao adotar uma abordagem baseada em evidências e centrada no paciente, é possível superar os desafios inerentes à desospitalização e promover uma transição do cuidado mais eficaz e integrada.

O processo de desospitalização é uma prática reconhecida na área da saúde há bastante tempo, onde a inovação reside na forma como o processo é implementado e adaptado às necessidades específicas do contexto da rede. Estratégias específicas são adotadas para melhorar a eficiência e a eficácia na transição do cuidado, resultando em ações inovadoras e únicas para o contexto em que está inserido.

Dentre as estratégias que foram adotadas, podemos apresentar como inovadoras no território: a lógica do apoio matricial disseminada em espaços prévios programados, garantindo o compartilhamento do saber e possibilitando o desenvolvimento de ações conjuntas; a elaboração do PTS compartilhado hospital + EMAD + Unidades de Saúde + Paciente/Cuidador; Presença da RAS na discussão intra-hospitalar e programação de alta e discussão da temática desospitalização no contexto da atenção básica e transição do cuidado.

## **6. Considerações finais:**

Considerando os desafios identificados e as estratégias propostas para aprimorar a gestão da desospitalização e a transição do cuidado, fica evidente que para um processo mais qualificado é imprescindível que haja colaboração de todos envolvidos no processo, desde a equipe interdisciplinar até o cuidador do paciente acompanhado. Promover no ambiente uma cultura de trabalho em equipe e de comunicação assertiva contribui diretamente para a integração e centralização do cuidado no paciente.

Assim como a fomentação do trabalho em equipe, manter o treinamento e educação permanente aos trabalhadores de saúde também se faz necessário, de modo a manter a atualização das temáticas específicas e promover uma compreensão clara dos processos, fluxos e padronização de procedimentos.

A avaliação periódica das práticas e processos existentes é essencial para o planejamento das ações e contribui diretamente com a qualidade do serviço. Observando de forma macro, tratando-se de uma RAS, fortalecer e integrar os equipamentos de saúde se faz cada vez mais necessário. Trabalhar de uma forma colaborativa e de acordo com os recursos disponíveis na comunidade, garanti o processo de gestão de alta hospitalar e transição para a atenção domiciliar mais fluído e com menos possibilidades de agravos.

Em resumo, a gestão eficaz da desospitalização e da transição do cuidado requer um compromisso contínuo com a colaboração interdisciplinar, o desenvolvimento profissional, o fortalecimento da RAS e a avaliação contínua da prática clínica. Sentimos, entretanto, a necessidade de dados estatísticos e monitoramento de indicadores para uma prática baseada em evidências. Ao adotar uma abordagem sistêmica e orientada a resultados, é possível promover uma transição do cuidado mais eficiente e centrada no paciente, contribuindo para a melhoria da qualidade e na otimização de recursos.

### **Referências:**

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 3005, de 02 de janeiro de 2024. Art. 533);
2. Silva KL, Sena RR de, Castro WS. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2017;38(4):/doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.67762;
3. Veras RP, Caldas CP, Cordeiro H de A, Motta LB da, Lima KC de. Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. Rev bras geriatr gerontol [Internet]. 2013;16(2):385-92. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000200018>;
4. Vianna, L. A. C., Barreto, I. C. H. C., & Mattos, E. M. . Matriciamento em rede: uma estratégia para a integralidade do cuidado em saúde. Trabalho, Educação e Saúde [Internet] 2017 15(1),159-177. Available from: <https://doi: 10.1590/1981-7746-sol00054>.

## SUL 07

### EQUIPE DE ATENÇÃO DOMICILIAR NA ARTICULAÇÃO DO CUIDADO AO PACIENTE EM TRANSIÇÃO HOSPITALAR E ADAPTAÇÃO NA COMUNIDADE.

(trabalho inscrito nº 25)

Autores: Fabiana de Souza Vieira, Daniel Miranda

#### 1. Introdução:

As necessidades de adaptações aos cuidados prestados pelos cuidadores/familiares após um evento patológico que exige internação e tem como consequência perdas funcionais permanentes ou com possibilidade de retorno evidencia a importância da criação da Portaria nº 2.527, de outubro de 2011, constituindo a Modalidade de Atenção à Saúde “AD” que permitiu instituir um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde 1.

Neste contexto, a EMAD Campo Limpo foi acionada pelo Hospital Municipal do Campo Limpo, hospital de referência do seu território de atuação, para avaliar uma possível desospitalização.

#### 2. Apresentação do caso:

Paciente JADF, 14 anos, internada há 11 dias na enfermaria pediátrica por pneumonia e desnutrição grave, com histórico de encefalopatia crônica não evolutiva, epilepsia, bexiga neurogênica, em uso de gastrostomia há cinco anos. Na visita hospitalar da equipe da EMAD fomos recepcionados pela assistente social que nos inteirou do caso. Relatou o acionamento por parte da Unidade Básica de Saúde do Conselho Tutelar e o CREAS por suspeita de negligência no cuidado prestado a paciente. Mãe, principal cuidadora, tentou suicídio após internação da sua filha. Ela tem mais três filhos (16, 08 e 07 anos), reside em um território de invasão, um cômodo e um banheiro, chão de barro e casa de madeira com energia elétrica, separada do pai que reside próximo e trabalha em horário comercial e devido a vulnerabilidade social foi cogitada a proposta de solicitação de leito de retaguarda. No hospital, também tivemos a oportunidade de conversar com o pai que se mostrou receptivo a aceitar apoio e orientação aos cuidados prestados a paciente para uma possível alta segura e retorno da paciente ao seu lar.

#### 3. Intervenção:

Realizamos a interlocução com a UBS para articular em conjunto a rede de apoio tanto dos serviços quanto rede comunitária para construir um plano terapêutico a fim de proporcionar uma melhora na qualidade de vida da paciente e apoio aos cuidadores tanto suporte psicológico, social e de saúde. Para evitar uma retirada da paciente do seu lar e convívio familiar propusemos as seguintes ações e pactuações: Articulação da rede de apoio comunitária para auxiliar a mãe, Inclusão do CAPS no atendimento da mãe para tratamento e acompanhamento de sua saúde mental, estreitamento do vínculo com a UBS com assistência da equipe multidisciplinar da UBS (nutricionista, assistente social, fisioterapeuta) e a Equipe da EMAD no apoio a orientação do cuidado. Com estes objetivos a paciente pode realizar sua alta segura e reinseri-la no convívio familiar. Há dois meses de alta hospitalar, observamos que nossa articulação em rede foi bem sucedida, Paciente encontra-se sob os cuidados intercalados entre o pai e a mãe, recebendo dieta industrializada corretamente, apresenta cuidados higiênicos e retomou o acompanhamento na AACD.

#### **4. Conclusão:**

Entendemos que o estresse do cuidador principal é algo com grandes chances de acontecer, tendo em vista que o cuidado a longo prazo de pessoas em cuidados paliativos observando a perda gradual de sua funcionalidade, o isolamento social do cuidador, dificuldade de gerir o trabalho fora de casa, seu lar, sua família e falta de rede de apoio ocasionam a exaustão do cuidador e o adoecimento não só do paciente, mas de toda a sua família 2. Assim, a introdução da EMAD neste caso proporcionou mais uma rede de apoio à família necessária para direcionar o cuidado necessário a paciente e seu cuidador.

#### **Referências:**

1. Caderno de Atenção Domiciliar. Melhor em Casa. A segurança do hospital no conforto do seu lar. Volume 1. Brasília-DF.2012.
2. Manual de cuidados paliativos. 2º edição revisada e ampliada. Ministério da Saúde. 2023.

## SUL 08



### CUIDADOS PALIATIVOS E FINAL DE VIDA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ELABORAÇÃO DA CARTA DE PLANEJAMENTO DE CUIDADOS.

(trabalho inscrito n° 31)

Autores: Raquel Campos Pereira, Maximiliano Silva da Costa, Silvana Lúcia Magalhães do Nascimento, Elisabete Cristina Silva Pereira, Cilene de Fátima Rosa, Jusilene Divina Gonçalves Neto, Gisely Barros de Lau, Emilly Pereira de Oliveira, Jhenifer Carolyne de Jesus Sabino, Mariana Loiola da Silva, Núbia Campos de Oliveira

#### 1. Introdução:

A EMAD Capão Redondo é composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e assistentes sociais. É caracterizada como uma unidade de nível primário que recebe pacientes de desospitalização, “desupalização” e da atenção básica de saúde. Há um grande envolvimento por parte das instituições de saúde no sentido de desenvolver ações que tragam melhorias para a qualidade na assistência dos pacientes.

Cuidados Paliativos é um assunto pouco explorado de uma maneira geral, apesar da crescente discussão a respeito dos seus benefícios e necessidade. No Sistema Único de Saúde (SUS) não é diferente, além da dificuldade de insumos e conhecimento técnico das equipes destinadas a abordar esses pacientes, há falta de conhecimento por outros integrantes da rede o que dificulta mais ainda a criação de vínculo com a família e o estabelecimento de um plano terapêutico singular (PTS), visando o conforto do paciente em fim de vida. O caso relatado será um recorte, entre tantos outros, dos desafios e que o Cuidados Paliativos na Atenção Primária de Saúde enfrenta, o que nos levou, como equipe, a enxergar a necessidade de criar a primeira Carta De Planejamento De Cuidados do EMAD – Capão Redondo.

#### 2. Objetivo:

Elaborar uma Carta De Planejamento De Cuidados, para humanização e valorização da individualidade do paciente, respaldo dos valores dos mesmos e familiares no contexto de terminalidade além de expansão do conhecimento sobre Cuidados Paliativos e segurança do paciente.

#### 3. Método:

A Carta De Planejamento De Cuidados foi estabelecida de acordo com os pontos de maiores dúvidas dos familiares, dos cenários de maior vulnerabilidade já enfrentados pela equipe, até então em estruturação e embasados nos conhecimentos científicos na área.

#### 4. Resultados:

A utilização da Carta De Planejamento De Cuidados, em casos posteriores a este conferiu, maior segurança no trabalho da equipe, melhora da relação equipe-paciente, humanização do paciente, resguardo dos valores da paciente e família, dignidade de terminalidade e maior entendimento sobre prognóstico.

#### 5. Discussão:

Ana, 84 anos, mãe de dois filhos, católica praticante, amava passar seu tempo realizando atividades manuais, como: crochê e bordado. Residia em um bairro da periferia de São Paulo,



na casa do filho mais velho.

A Sra. Ana iniciou nos últimos anos quadros de esquecimento: esquecia que havia se alimentado, que havia tomado banho e trocado de roupa e por vezes repetia essas tarefas ao longo do dia. Logo evoluiu com agressividade e confusão mental. Levada ao neurologista e aventada hipótese de Doença de Alzheimer.

No momento de admissão na equipe EMAD – Ana encontrava-se restrita ao leito e dependente total para as atividades básicas de vida diária. Recebia cuidados diários das noras que protagonizaram também as decisões de final da vida da paciente – apesar da ordem preferencial de tomada de decisão nesse cenário ser dos filhos.

As escalas de prognóstico pontuavam: PPS 30/20% e FAST 7E/F. Ana não apresentava diretivas antecipadas de final de vida no momento da admissão do programa. Fazia uso de Tramadol e Paracetamol 500mg + Codeína 30mg de 8/8h para controle da dor e desconforto, prescritos por médico da Unidade Básica de Saúde de referência. Paciente não apresentava ainda outras comorbidades ou alergias.

Ao exame físico, paciente em leito, pouco contactuante com o examinador, porém acordada, gemente, contida ao leito devido alguns episódios de agitação e tentativas de sacar a Sonda Nasoentérica (SNE) indicada por médico do serviço de urgência após última internação – Noras referem que, antes da inserção do dispositivo, a paciente aceitava dieta do tipo líquida/pastosa com alguns engasgos e perda de apetite e peso. À inspeção, presença de úlcera de decúbito grau II/III, mau cheirosas, em dorso e região sacral, porém sem sinais de infecção, adquiridas nesta mesma internação recente por provável quadro de pneumonia broncoaspirativa. Apresentava ainda constipação.

Iniciado plano terapêutico singular (PTS) com equipe, que incluía:

1. Cuidados com as feridas por equipe de enfermagem, utilizando placas especiais e cremes adequados
2. Otimização do esquema de controle da dor com Tramadol 50mg + Dipirona 1g + Amitriptilina 25mg – Equipe ciente dos possíveis efeitos colaterais da medicação e atentos para necessidade de suspensão da droga se necessário – e comprimido de Metronizadol 250mg em lesões para controle do mau cheiro.

Iniciada conversa com cuidadoras sobre possibilidade de retirada da sonda nasoentérica em segunda visita da equipe ao lar que foi recebida com estranheza e rispidez pela família. Evidenciaram a indicação do dispositivo com veemência por outros profissionais que asseguraram a necessidade da dieta para resolução das feridas e ganho ponderal. As noras haviam ainda acabado de receber a dieta industrializada após um longo tempo de espera no SUS. Foram então fornecidas informações a respeito dos benefícios e malefícios de manter o dispositivo, indicando sinais, sintomas e situações já presentes no quadro clínico da paciente. Após essa conversa, a equipe passa a ser recebida com indiferença durante as visitas à casa. Há perda de vínculo importante neste momento, principalmente com a médica.

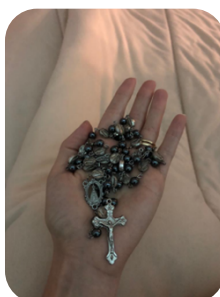
Optado por retomar conversa sobre SNE em outro momento e agendadas outras reuniões com a proposta de abordar outros temas que pudessem ser úteis. Foi deixada em domicílio a Cartilha de Nutrição e Hidratação do Idoso e incentivada a leitura e retirada de dúvidas sobre o tema em próximas reuniões. Foi proposto então visitas mais frequentes para retomada de vínculo. A equipe obteve sucesso!

Durante nova reunião familiar e acolhimento de angústias profundas das noras, há a fala de uma delas “Doutora quero que ela fique com a sonda por mim” – esta já havia passado fome quando mais jovem e não concebia a retirada do dispositivo da sogra. Diante da complexidade da fala, preferiu-se abordar o tema em mais encontros e solicitar a presença da psicóloga da UBS. Foi então conversado sobre sinais de final de vida e esclarecimento de como o serviço poderia ajudar neste momento – até então não explicado por qualquer outro profissional de

saúde da rede, foi então estabelecido o plano de final de vida junto com as cuidadoras, optando por falecimento em domicílio.

Após uma semana desta última visita, Ana evolui com piora das lesões por pressão “LPP”, desconforto respiratório, sendo iniciado Clonazepam via oral, devido indisponibilidade de Morfina com rapidez no serviço. Paciente falece em domicílio no dia seguinte, próximo da família, durante uma missa no canal Canção Nova, com semblante pleno, sintomas controlados, porém ainda em uso de SNE. Equipe EMAD forneceu declaração de óbito e apoio conforme combinado.

Em visita pós óbito, equipe recebida com amor e gratidão, foi presenteada então com o terço que acompanhava sempre Ana nas orações.



Identificados sinais de luto complicado em uma das noras – a mais envolvida no cuidado. Escala Zarit (sobrecarga do cuidador) com resultado “Grave” desde o início do seguimento. Mantivemos contato para auxiliá-la neste processo.

Diante do relato e caso acima, a equipe EMAD observou a necessidade de haver um documento que formalizasse as conversas com familiares e que zelasse pelos valores da família e da paciente. Entendemos a defasagem da rede sobre o processo de terminalidade e cuidados paliativos em pacientes com demência avançada, visto os vários procedimentos distanásicos sofridos e expectativas desproporcionais criadas na família. Vimos na elaboração deste documento a possibilidade de também disseminar o conhecimento sobre o assunto para toda rede, em vários níveis de especialidades. Em reunião de equipe interna, discutimos sobre os pontos de maior fragilidade e vulnerabilidade no contexto de final de vida e elaboramos a Carta de Planejamento de Cuidados do EMAD – Capão Redondo.

**CARTA DE PLANEJAMENTO DE CUIDADOS**

O: Selo \_\_\_\_\_  
 particular do documento: CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CNJ \_\_\_\_\_

O(s) paciente(s) supracitado(s) está(ão) em acompanhamento no EMAD Capão Redondo – Equipe Multiprofissional de atenção domiciliar estado ciente de diagnóstico e prognóstico.

( ) Paciente Casado  
 ( ) Familiares Casados (Nome e Grau de Parentesco): \_\_\_\_\_

Mantém os seguintes diagnósticos:  
 1. \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_  
 4. \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Medicamentos de uso contínuo:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

( ) Domicílio  
 ( ) Hospital

CEJAM.org.br

Pontuação em escala de funcionalidade:  
 ( ) JFPS \_\_\_\_\_  
 ( ) JFPS \_\_\_\_\_  
 ( ) JFASD \_\_\_\_\_  
 ( ) JFP \_\_\_\_\_

**Atenção: Avaliar considerável fraqueza como: incontinência urinária, limitação de mobilidade, uso de drogas vasoativas, antibiótico/terapia se não houver evidência de ganho funcional e/ou modificação de doença. Ponderar SNE (sonda naso-entérica) ou gastrostomia em pacientes com hemostase anormal.**

Considerações Especiais Para o Caso: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

O que saber de importante sobre mim?  
 Profissão: \_\_\_\_\_  
 Cor favorita: \_\_\_\_\_  
 Música favorita: \_\_\_\_\_  
 Comida favorita: \_\_\_\_\_  
 Amor de: \_\_\_\_\_  
 Religião: \_\_\_\_\_  
 Nacionalidade: \_\_\_\_\_  
 Gênero de favor: \_\_\_\_\_  
 Sinto mais frio ou calor? \_\_\_\_\_

CEJAM.org.br

**Em casos de óbito em DOMICÍLIO dentro do nosso horário de funcionamento (7-20h de segunda a sexta) comunicar a equipe EMAD para efetivação da declaração de óbito. Em caso de óbito fora do nosso horário de funcionamento: ACONDA O CASO (SE) E APÓS, A POSSE (SNE) PARA CONSTATAR ÓBITO, REALIZAÇÃO DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA e dar seguimento ao processo. Apresentar os seguintes documentos originais: RG DO PACIENTE, RG DO CUIDADOR, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, CARTA DE PLANEJAMENTO DE CUIDADOS.**

Casado (Cuidador Paciente) \_\_\_\_\_ e/ou  
 Casado (Paciente) \_\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Médico Assistente \_\_\_\_\_

CEJAM.org.br

## 6. Conclusão:

Contextualizando com o caso exposto, a atenção primária à saúde deve constituir a porta de entrada para o SUS, devendo configurar o ponto de maior contato do usuário com o sistema. A previsão da abordagem paliativa na APS é urgente em diversos sistemas de saúde, uma vez que em muitas situações os pacientes são identificados tardiamente no percurso da doença. Dessa forma, impedindo que esses indivíduos venham a se beneficiar do atendimento coordenado e pautado em suas necessidades individuais, acarretando a longo prazo em impactos significativos no sistema de saúde, como foi o caso da paciente acima.

Faz-se ainda necessário a formulação de documentos norteadores e fluxos estabelecidos nos serviços de acompanhamento para que haja possibilidade de elaboração de diretivas antecipadas de vontade, em casos de indicação de cuidados paliativos precoce, para que esteja disponível para todos os participantes dos cuidados ao longo da evolução do quadro clínico, evitando assim, distanásia, luto complicado, mal controle de sintomas, desrespeito às crenças e vontade do paciente.

Como no caso demonstrado acima, é comum a indicação de cuidados paliativos tardiamente, neste caso então, é imprescindível a presença de documento como a carta de planejamento de cuidados para mesmos fins, ainda que, não consigamos muitas informações vindas diretamente do paciente.

## Referências:

PARAIZO-HORVATH, C. M. S. et al.. Identificação de pessoas para cuidados paliativos na atenção primária: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 9, p. 3547–3557, set. 2022.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R.. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 9, p. 2072–2080, set. 2007.

RODRIGUES, L. F.; SILVA, J. F. M. DA .; CABRERA, M.. Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 9, p. e00130222, 2022.

## SUL 09

### FACILITANDO A PASSAGEM - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE CUIDADOS DOMICILIARES DE FIM DE VIDA.

(trabalho inscrito nº 35)

Autores: Kelvin Hiromiti Albuquerque Yokota, Juliana Rodrigues Alves, Suellen Oliveira Gomes, Reginaldo Santos Gomes, Robertson Oliveira Meneses Santos, Tatiane Cristina dos Santos, Erika Araújo dos Santos, Aline Santana dos Santos

#### 1. Introdução:

Os cuidados de fim de vida são parte fundamental para o cuidado equitativo dos pacientes sob seguimento da Equipe Multidisciplinar de Atendimento Domiciliar (EMAD) que optam pelo óbito domiciliar. Por meio de um relato de experiência de cuidados durante a última semana de vida de uma paciente, pretendemos compreender os cuidados que podem ser oferecidos a pacientes em situação semelhante e inspirar futuros protocolos ou diretrizes.

#### 2. Objetivo:

Descrever uma experiência de suporte de fim de vida domiciliar e suas repercussões.

#### 3. Metodologia:

A paciente em questão, octogenária, hipertensa e diabética, colostomizada, fora admitida no programa após desospitalização de hospital municipal da região tendo sido classificada como AD2. A paciente e familiares traziam a vontade de que não houvesse reinternação. Realizada reunião familiar para serem alinhados os Cuidados Paliativos e registro das Diretrizes Antecipadas de Vontade da paciente em prontuário domiciliar. Apesar da melhora inicial do quadro, com uso de antibiótico via endovenosa em domicílio, a paciente apresentou declínio clínico devido à infecção por germe nosocomial, evoluindo com febre e confusão mental. Neste período, foi optado pela equipe por realizar visita diária para a paciente. Nos dois primeiros dias, a paciente manteve quadro, com períodos curtos de lucidez. No terceiro dia, a paciente apresentou rebaixamento do nível de consciência, com oferta mínima via oral, iniciada oferta de soro de manutenção e analgesia, com visita matinal para instalação da medicação e vespertina para avaliação da paciente e orientações. No quarto dia, a paciente apresentou desconforto respiratório, sendo iniciada a oferta de morfina (100mg diluídos em 90mL de soro glicosado a 5%) com cálculo de gotejamento de cerca de 4mL por hora, via hipodermóclise, com maior conforto após. No quinto dia, a paciente manteve quadro de calma e estabilidade apesar de secretividade, realizada aspiração para conforto e iniciada nova infusão de morfina em mesma diluição e oferta. Realizada visita vespertina e uma hora após a equipe ter deixado residência, a cuidadora entrou em contato, devido a parada respiratória. Realizada visita domiciliar (VD) por médico e enfermeira para acolhimento dos familiares, bem como emissão de declaração de óbito e registro de óbito domiciliar.

#### 4. Resultados e discussão:

A presente experiência permitiu compreender e difundir os conceitos de cuidados paliativos e cada recurso passível de uso para conforto do paciente e familiares, sendo o recurso humano um dos principais (1). Deste modo, atendemos as principais deficiências que existem

quanto à prestação de cuidados paliativos que é a falta de treinamento e pouca valorização dos profissionais envolvidos nestes cuidados (2). Ademais, notamos como são importantes o acolhimento e esclarecimento acerca do quadro do paciente aos familiares e do que pode ocorrer durante a fase final de vida, impactando inclusive em sua decisão por seguimento domiciliar neste caso. As atitudes relacionadas à morte e sua compreensão são evidentes para decisões como a mencionada, além de auxiliarem no processo do luto e valorizarem a importância da proximidade dos membros da família (3). Por fim, apesar da reorganização da agenda, não houve impacto ao número ou qualidade de atendimento aos outros pacientes.

## **5. Considerações finais:**

os cuidados de fim de vida são parte integrante dos cuidados paliativos e podem ser desenvolvidos de forma acolhedora no domicílio. As experiências da equipe, família e do serviço contribuíram para o aprimoramento de práticas de abordagem paliativas de modo a garantir um cuidado mais equitativo dos pacientes domiciliados em fim de vida.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. Busquet-Duran X, Mateu-Carralero B, Bielsa-Pascual J, Milian-Adriazola L, Salamero-Tura N, Torán-Monserrat P. Systemic strengths and needs in palliative home care: exploring complexity. *Revista Clínica Española (English Edition)*. 2024 Jan;224(1):1-9.
2. Forward C, Bayley Z, Walker L, Krygier J, White C, Mwaba K, et al. Needs and experiences of homecare workers when supporting people to live at home at the end of life: a rapid review. *BMJ Support Palliat Care*. 2024 Mar 15;spcare-2023-004737.
3. Tong J, Wang S, Cao J. Do People Prefer Home Palliative Care? A Survey Study and Assessment of Associated Factors in China. *J Palliat Care*. 2024 Feb 28;

## SUL 10

### **AVALIAÇÃO DO CUIDADOR DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS POR MEIO DE CHECK-LIST: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.**

(trabalho inscrito nº 38)

Autores: Sheila Regina Elias Silva, Thais Cristina da Silva, Nivio Bertolazzi Souza, Marília de Oliveira Imthorn, Wellington Afonso Pereira

#### **1. Introdução:**

Com o envelhecimento populacional, a mudança no perfil dos pacientes e o crescente aumento de doenças crônico-degenerativas, tornou-se indispensável o surgimento de serviços de atenção domiciliar (SAD) e vem como proposta para o modelo de saúde já existente, e possibilita novos meios de cuidar que ultrapassaram os modelos hospitalares, atuando completamente no território familiar, na variedade das dinâmicas residenciais e incorporando seus valores ao saber e cuidado (1). Estes cuidados visam melhorar a qualidade de vida de pacientes enfrentando doenças graves e avançadas, oferecendo suporte físico, emocional e espiritual, tanto para o paciente quanto para seus familiares e cuidadores. A presença de um cuidador se torna fundamental pois é ele quem executará a maior parte das atividades, mesmo que informalmente. Este cuidado pode ser realizado tanto por membros das famílias, quanto por amigos e vizinhos que estejam dispostos a efetuar o cuidado (2) De acordo com a Organização Mundial de Saúde (3): “cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida não só do paciente com uma doença incurável, avançada e com risco de vida, mas também da sua família, e o apoio dos cuidadores familiares é fundamental nessa fase da doença”. A presença de um cuidador que se sinta seguro reflete em melhor qualidade na assistência, redução de complicações ou reinternações, principalmente garantindo a manutenção do paciente inserido no âmbito familiar.

#### **2. Objetivos:**

Relatar a experiência do SAD na aplicação de um instrumento validador ao cuidador de pacientes em cuidados paliativos no Programa Melhor em Casa.

Objetivos Específicos:

Relatar a experiência do cuidador após a implementação do instrumento.

Garantir a melhoria da assistência aos pacientes paliativos, por meio de capacitação adequada de seus cuidadores.

#### **3. Método:**

Trata-se de um relato de experiência realizado pelo SAD Cidade Ademar, com equipe multiprofissional através da criação de um instrumento validador de cuidadores por meio de formulário impresso (check-list). Para a confecção do instrumento foram observadas as fragilidades singulares entre os cuidadores e segregadas em áreas de atuação para garantir a melhor estratégia e capacitação do cuidador. A criação do instrumento foi efetuada pela equipe multiprofissional, os classificando em apto, inapto, recusa e não se aplica a cada ponto identificado.

#### **4. Resultados e discussão:**

A implementação do check-list proporcionou o entendimento das necessidades de forma individualizada dos cuidadores para direcionamento da capacitação. Observamos melhorias para administração de medicamentos, prevenção de lesões por pressão e segurança percebida pelos cuidadores em realizar procedimentos. No entanto, também identificamos desafios, como a resistência dos cuidadores em aprender novas habilidades e o sentimento de culpa em caso de complicações.

#### **5. Considerações Finais:**

Este instrumento integrou a equipe multidisciplinar na prevenção de reinternações ou complicações na residência, proporcionando a melhoria dos cuidados dos pacientes em processos de terminalidade inseridos no âmbito domiciliar, para que desfrutem com maior qualidade a vida nos seus estágios finais. Destacamos a necessidade em centrar no cuidador para aprimorar a qualidade da assistência domiciliar em cuidados paliativos. Recomendamos a replicação dessa abordagem em outros serviços de saúde.

#### **Referências:**

1. Ministério da Saúde (BR). Caderno de Atenção Domiciliar: Programa Melhor em Casa. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_domiciliar\\_melhor\\_casa.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf). Acesso em 17 de março de 2024.
2. Moreira MD, Caldas CP. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. Esc Anna Nery [Internet]. 2007 Sep;11(3):520-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000300019>. Acesso em 10 de fevereiro de 2024.
3. Organização Mundial de Saúde (OMS). Definição de cuidados paliativos. Geneva: OMS; 2002.

## SUL 11

### IMPLANTAÇÃO DE BUSCA ATIVA PARA DESOSPITALIZAÇÃO NO TERRITÓRIO DO JARDIM SÃO LUIZ.

(trabalho inscrito nº 43 ou 25? )

Autor: Sheila Regina Elias Silva

#### 1. Introdução:

O Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) pertence ao território do Jardim São Luiz, atende a população do Distrito Administrativo do Jardim São Luiz, a população é de aproximadamente 297.794 habitantes Fonte: (TABNET/SEADE 2022). O território é 100% coberto pela Estratégia Saúde da Família.

A desospitalização é a principal atividade do Serviço de Atendimento Domiciliar, atualmente o serviço tem contato direto com os Hospitais da Região (Hospital XXX, Hospital XXX, Hospital XXX), porém para potencializar as desospitalizações no território, está em processo de implantação a busca ativa de pacientes internados para efetivar as desospitalizações principalmente em Hospitais de outras regiões.

#### 2. Objetivos:

Potencializar as desospitalizações no território do XXX.

Diminuir o tempo de internação do paciente.

Aumentar o número de desospitalizações de outras regiões.

#### 3. Metodologia:

Implantação de formulário online para que os Agentes Comunitários de Saúde informem os pacientes internados, para que a Coordenação entre em contato com Hospital para classificação do paciente e articulação de desospitalização em conjunto, de forma efetiva à diminuir o tempo de internação dos pacientes.

Primeiro houve uma reunião com os Supervisores de Enfermagem do território para apresentação do Projeto, posteriormente estes profissionais fizeram a disseminação nas unidades de saúde. Diariamente é feito monitoramento das respostas do formulário e contato com Hospitais.

#### 4. Resultados:

O projeto está na fase de implantação.

#### 5. Considerações Finais:

A desospitalização é a atividade central e estratégica do Serviço de Atendimento Domiciliar, assim ações que potencializem esta atividade no serviço possibilitam a alta em tempo oportuno e efetivo do paciente.

#### Referência

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar – Volume I, 2012.

**CRS OESTE**

**“TRANSFORMANDO A ATENÇÃO DOMICILIAR COM  
INOVAÇÕES NO PROGRAMA MELHOR EM CASA”**

**PMeC**

**São Paulo  
2025**

## OESTE 01

### INSTRUMENTALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO SOCIAL NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE APOIO (EMAP) LAPA PINHEIROS

(trabalho inscrito nº 34)

Autor: Suelen Aparecida Xavier Pimenta

#### 1. Introdução e Justificativa

Equipe Multiprofissional de Apoio- EMAP Lapa Pinheiros está localizada na região Oeste do município de São Paulo, e apoia duas equipes EMAD: EMAD Lapa e EMAD Jardim Edite. As atividades começaram em fevereiro de 2023, com a seguinte composição de profissionais: 1 Assistente Social, 1 Fonoaudióloga e 1 Psicóloga. Durante sua implantação, foi identificada a necessidade de compreender e mapear os territórios composto por perfis epidemiológicos distintos, para possibilitar melhor identificação das necessidades dos pacientes atendidos e suas demandas. Na literatura não existe um padrão de instrumento técnico operativo para a categoria de Assistente Social no EMAD/EMAP.

Segundo a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS) uma tecnologia em saúde pode ser um medicamento, um equipamento, um dispositivo, um procedimento clínico ou cirúrgico, vacinas, um modelo organizacional, um sistema de apoio à atenção de saúde ou qualquer outro tipo de componente físico ou teórico utilizado nos cuidados em saúde. Um novo programa para cadastro de pacientes, por exemplo, pode ser considerado uma tecnologia em saúde.

A partir da lacuna observada quanto à falta de registro sistematizado do processo de trabalho, foi proposto um formulário de avaliação social online para registro das informações dos pacientes e suas demandas iniciais, visando garantir a continuidade do cuidado. Este processo visa desenvolver ações de Média e Alta Complexidade, orientadas pelos instrumentos e instrumentalidades pertinentes à profissão de Serviço Social, de acordo com o Código de Ética Profissional. Estas ações têm como propósito apoiar os usuários inseridos na instituição e seus familiares, com o objetivo de assegurar seus direitos no âmbito da assistência e da saúde. Busca-se resgatar a autonomia e autoestima dos usuários, como cidadãos de plenos direitos.

#### 2. Objetivo

1. Promover uma abordagem mais abrangente na avaliação dos pacientes acompanhados pela EMAP, utilizando o instrumento técnico operativo Anamnese Social.
2. Emitir análise das informações coletadas via Google Forms.
3. Facilitar a organização permitindo uma compreensão mais detalhada do perfil dos pacientes.
4. Incorporar de forma sistemática e qualitativa sua atuação, identificando as demandas e necessidades específicas dos pacientes
5. Oferecer um atendimento direcionado às questões sociais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos usuários atendidos pela equipe EMAP.

#### 3. Metodologia

A análise de dados quantitativos foi realizada através da importação e organização dos dados coletados pelas equipes, em planilhas do Excel, permitindo uma análise descritiva abrangente. Foram calculadas medidas de tendência central e dispersão, como média, mediana, desvio padrão e intervalos interquartis, para dados como idade dos pacientes, tipos de dificuldades

em deglutir, frequência de atendimentos e intervenções terapêuticas. Gráficos e tabelas foram produzidos para representar visualmente essas informações, proporcionando uma compreensão clara dos padrões presentes nos dados.

O processo é iniciado quando o Assistente Social acessa o Google Forms, onde o formulário de avaliação está disponível. Em seguida, o Assistente Social preenche os dados do paciente, incluindo informações relevantes como histórico social e necessidades específicas. Após o preenchimento, o formulário é submetido eletronicamente pelo Assistente Social através do Google Forms. Os dados são submetidos através de uma planilha gerada pelo Forms, onde o Assistente Social qualifica a informação, respeitando a LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados), antes de encaminhá-la para o prontuário do paciente. Os dados qualificados são então recebidos e registrados no prontuário, tornando-se acessíveis para consulta e análise pela equipe EMAP e EMAD de referência. Por fim, o processo é concluído.

A iniciativa consistiu na implementação de um processo de Anamnese Social, utilizando a plataforma Google Forms, com o propósito de criar uma ferramenta para avaliação social. Esta ferramenta foi direcionada para o acompanhamento e monitoramento dos pacientes atendidos pelas EMAD Jardim Edite e EMAD Lapa, sendo os resultados apresentados correspondentes à EMAD Lapa.

#### **4. Resultado e Discussões**

A implementação teve impacto significativo, melhorando substancialmente o processo de trabalho. A visualização dos dados dos pacientes permite ações direcionadas conforme o Plano Terapêutico Singular (PTS), sem perdas ao longo dos acompanhamentos. Além disso, a sistematização fornece elementos para compreensão dos pacientes atendidos, garantindo um atendimento mais organizado e eficaz.

#### **5. Resultados Esperados e Inesperados**

Os resultados foram positivos, com melhora nos processos de trabalho. A avaliação social e a sistematização dos dados proporcionaram uma melhor gestão das atividades e eficiência na prestação de serviços. Desafios identificados incluem a complexidade dos domicílios e a gestão do tempo e agenda, visando futuras integrações com sistemas existentes para otimização do processo.

Assim, o uso dessas ferramentas tecnológicas tem possibilitado uma intervenção mais eficaz por parte do Serviço Social, fortalecendo o trabalho em equipe e promovendo uma assistência mais integrada e humanizada aos pacientes domiciliares.

#### **6. Considerações finais**

A introdução da avaliação social online e a organização dos dados da EMAP Lapa Pinheiros resultaram em melhorias substanciais nos procedimentos de trabalho. A análise detalhada dos dados dos pacientes permitiu uma abordagem mais precisa e eficaz conforme o Plano Terapêutico Singular (PTS), assegurando a continuidade dos acompanhamentos e gestão do caso. Além disso, a organização dos dados ofereceu uma compreensão mais profunda dos pacientes atendidos, contribuindo para uma prestação de serviços mais organizada e eficiente por parte da equipe. Contudo, foram identificados desafios, como a complexidade dos domicílios atendidos e a necessidade de gerenciamento eficaz do tempo e da agenda, apontando para a importância de futuras integrações com sistemas existentes para otimização do processo.

A iniciativa do Serviço Social da EMAP Lapa Pinheiros é singular e inovadora, apresentando um modelo notável pela sua originalidade e potencial para aprimorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos. Além disso, essa abordagem destaca-se pela redução de custos associados

à impressão e criação de banco de dados, em conformidade com a LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados), permitindo o acesso dessas informações à gestão e outros assistentes sociais que venham a integrar o programa no futuro.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012). Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_domiciliar\\_cab36.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_cab36.pdf)

Google Maps. (16 de março de 2024). Busca EMAD. Recuperado de <https://www.google.com/maps/d/u/0/viewer?mid=1xF-LSfPIRbPPmQCICydAYRFHOZ4&ll=-23.577980494725395%2C-46.664075988151396&z=11>.

Lei nº 13.709/2018, disponível no site oficial do Planalto: L13709

Ministério da Saúde. (2016). PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016. Recuperado de [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html).

MAXQDA. (16 de março de 2024). Guia de Introdução ao MAXQDA 2022. Recuperado de <https://www.maxqda.com/download/GettingStarted-MAXQDA2022-pt.pdf>.

Software-Shop. (16 de março de 2024). NVivo. Recuperado de <https://www.software-shop.com.br/nvivo-portugues>

Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (17 de março de 2024).

ANEXO I

Figura 1: Avaliação para impressão:

A		B	
Associação Brasileira de Famílias		Melhor em Casa	
		PREFEITURA DE SÃO PAULO	
		SUS	
<b>EMAD Lapa</b>			
<b>Avaliação Social</b>			
7	Data da Avaliação	Data da Avaliação	
8	Nome	Nome	
9	Nascimento	Data de Nascimento	
10	Composição Familiar	COMPOSIÇÃO FAMILIAR	
11	NOME	NOME	
11	IDADE	IDADE	
12	DADOS SOCIOECONÔMICOS	DADOS SOCIOECONÔMICOS	
12	Origem dos recursos financeiros:	Origem dos recursos financeiros:	
13	Caso a família seja atendida por um ou mais programas de transferência de renda, assinale abaixo:	Caso a família seja atendida por um ou mais programas de transferência de renda, assinale abaixo:	
14	Renda	Renda	
15	Parecer	Parecer Social	
16	Suelen Aparecida Xavier Pimenta Assistente Social- CRESS - SP 59589 EMAP/EMAD LAPA.		

Figura 2- FAIXA ETÁRIA

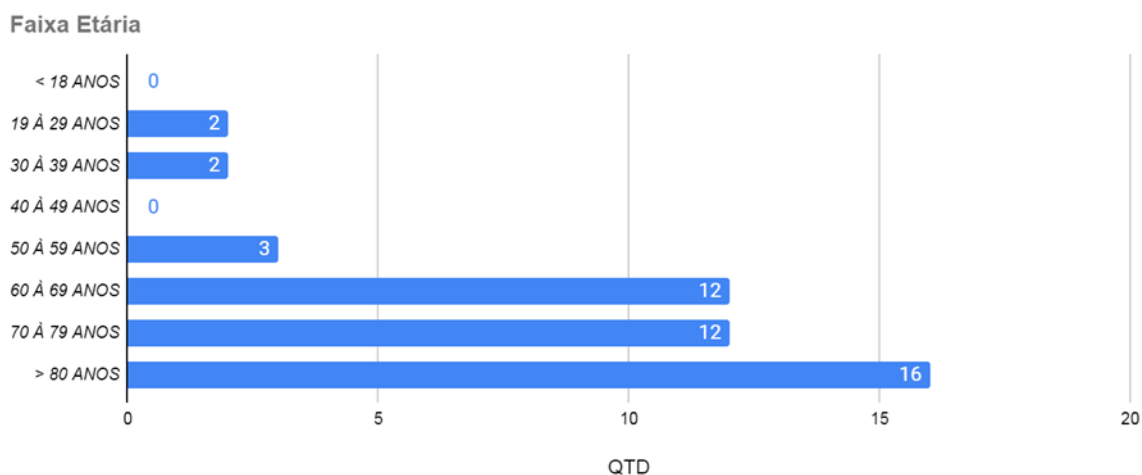
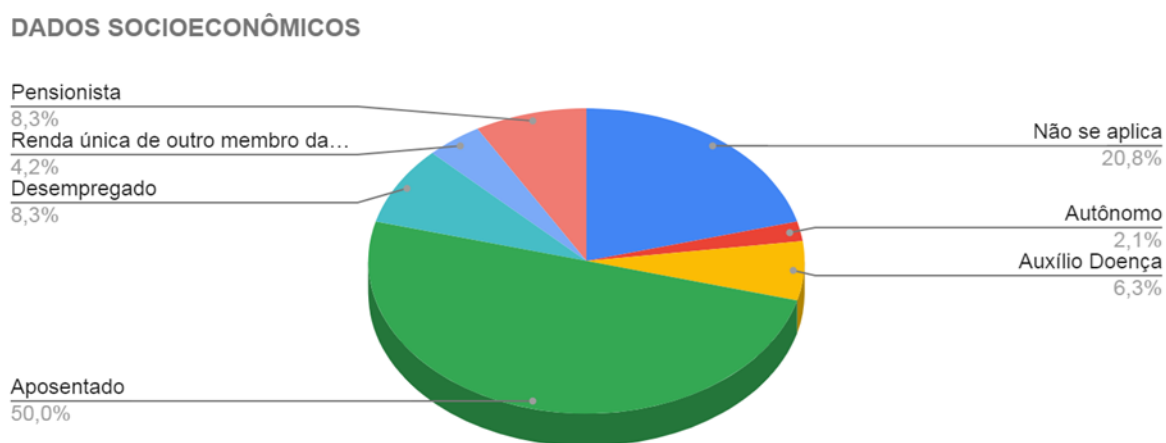


Figura 3 -DADOS SOCIOECONÔMICOS



Demais dados constam na planilha de monitoramento, as imagens acima foram citadas como exemplo.

Informações sujeitas a alterações devido ao andamento dos atendimentos.

## OESTE 02

### A RESOLUTIVIDADE E O IMPACTO DO PROGRAMA EMAD NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES

(trabalho inscrito nº 44)

Autor: Suelen Aparecida Xavier Pimenta

#### 1. Introdução

A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de cuidado à saúde que surgiu no Brasil na década de 1960 como uma alternativa à internação hospitalar, visando a desospitalização. Ela se integra à Rede de Atenção à Saúde (RAS), proporcionando cuidados no domicílio do paciente, com foco em princípios do SUS universalidade, equidade, integralidade e acesso facilitado, além de valorizar o acolhimento e a humanização. Esse formato de assistência oferece um atendimento individualizado, promovendo uma recuperação mais ágil e a autonomia dos pacientes. O Programa Melhor em Casa representa uma solução para pacientes com dificuldades de deslocamento, contando com Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) que oferecem cuidados médicos, de enfermagem e terapêuticos diretamente no ambiente familiar.<sup>1,2</sup>

#### 2. Objetivo

Elucidar a resolutividade da EMAD Lapa, um caso de sucesso.

#### 3. Metodologia

Relato de experiência exitosa de paciente acompanhado pela EMAD. Paciente ARM, 61anos, sexo masculino, ingresso em outubro de 2021 com complexo histórico médico, nível AD3 (classificado com 44 pontos), acesso PICC e sonda vesical. Apresentava lesões por pressão (Figura 1), traqueostomia, necessidade de aspiração diária, oxigenioterapia e alimentação enteral. A EMAD desenvolveu um Plano Terapêutico Singular para acompanhamento abrangente.

O protocolo quinzenal inclui: Avaliações médicas e controle do quadro anêmico, desmame da traqueostomia, com apoio da fisioterapeuta, Análise da disfagia, com participação da fisioterapeuta e fonoaudióloga, Orientações nutricionais e acompanhamento da alimentação oral. Na rotina semanal, a equipe de enfermagem realizava: Cuidados com lesões por pressão, Instruções no manuseio de dispositivos e prevenção de escaras. A rotina diária incluiu: Visitas da fisioterapeuta e fonoaudióloga para desmame da traqueostomia e avaliação da alimentação oral.

#### 4. Resultados e Discussão

Evolução satisfatória com remoção de dispositivos invasivos. Em outubro/2021, 15 dias pós-alta, paciente evolui sem crise convulsiva, recebendo alta sem PICC. Em novembro/2021, após 45 dias de acompanhamento, mantém oxigenação em ar ambiente. Sonda vesical de demora é retirada após 5 meses de acompanhamento (março/2022), após avaliação médica.

Em dezembro/2022, cicatrização de todas as lesões (Figura 2). Em fevereiro/2023, paciente é decanulado após extenso acompanhamento e esforços diários da equipe. Em setembro/2023, retirada da sonda enteral após trabalho persistente, da equipe e família, possibilitando

alimentação via oral. Atualmente paciente está classificado como AD1 (classificação 7 pontos).

### 5. Considerações finais

Apesar do quadro desafiador, a equipe da EMAD implementou um plano de cuidados individualizado, abrangente e coordenado, demonstrando um notável progresso na qualidade de vida do paciente. Este relato destaca não apenas a complexidade do caso, mas também a eficácia do acompanhamento multiprofissional oferecido pelo programa EMAD, hoje paciente se encontra como AD 1 e não dispões de nenhum dispositivo invasivo.

### Referências Bibliográficas:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar / Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_domiciliar\\_sus\\_resultados\\_laboratorio\\_inovacao.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_sus_resultados_laboratorio_inovacao.pdf)



## OESTE 03

### APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO FONOAUDIOLÓGICO PARA SOLICITAÇÃO AVALIATIVA PRÉVIA REALIZADA PELA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE ATENÇÃO DOMICILIAR. PROMOÇÃO, INTEGRAÇÃO E A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA EMAD.

(trabalho inscrito n° 12)

Autora: Raquel de Lima Genú

#### 1. Introdução

A partir da inserção do fonoaudiólogo nas equipes multidisciplinares do Sistema Único de Saúde (SUS), iniciou-se a atuação frente à prevenção, diagnóstico e tratamentos de patologias. Os levantamentos com dados epidemiológicos com a identificação das questões fonoaudiológicas possibilitam maiores contribuições para a rede. Previamente com a indicação do caso para avaliação fonoaudiológica, é possível caracterizar com as informações levantadas pela equipe multidisciplinar as condições clínicas dos usuários. A partir da educação continuada com intuito de promover a integração entre a fonoaudiologia e os profissionais da EMAD LAPA, foi possível capacitá-los para observar os primeiros e riscos para a disfagia.

#### 2. Objetivo

Relatar a criação de protocolo de solicitação de avaliação fonoaudiológica dos pacientes admitidos no programa. Detectar precocemente as alterações de deglutição; com a capacitação dos profissionais da EMAD Lapa quantos os sinais de risco. Minimizar a ocorrência de complicações decorrentes da disfagia.

#### 3. Metodologia

Estudo descritivo com informações padronizadas referente aos distúrbios da deglutição. Dados quanto ao tipo de dieta, engasgos e tosse durante as refeições foram critérios no protocolo. Todos os profissionais da equipe participaram de capacitação para indicação e solicitação de avaliação fonoaudiológica, assim como todos os casos indicados receberam atendimento fonoaudiológico de forma individualizada em visita domiciliar

#### 4. Resultados

O resumo dos casos apontou pacientes com necessidade de ajuste de dieta por via oral. A aplicação do protocolo levantou dados e evidenciou a urgência do atendimento para os pacientes idosos, em sua maioria fazendo uso de dieta oral e geral, sendo esses com maior risco de bronca aspiração. O olhar da equipe foi significativo para o gerenciamento dos casos e intervenção precoce.

#### 5. Considerações finais

A Fonoaudiologia inserida no Sistema Único de Saúde compondo a EMAD tem apresentado dados sobre a importância manter a categoria exercendo o trabalho de prevenção de agravos. O profissional possibilita levantamentos de acordo com as demandas fonoaudiológicas dos usuários.

A realização da educação continuada para a aplicação da solicitação avaliativa para os

profissionais das equipes multidisciplinares possibilita o olhar atento aos sinais e riscos para disfagia. Dessa maneira a avaliação fonoaudiológica antecipatória minimiza a ocorrência de broncoaspiração e internações hospitalares.

### Referências

1 The ways of the speech-language therapy in the Unique System of Health SUS Mirna Dorneles Moreira; Helena Bolli Mota Artigos de Revisão • Rev. CEFAC 11 (3) • Set 20 [https:// doi.org/10.1590/S1516-18462009000300021](https://doi.org/10.1590/S1516-18462009000300021)

2 Souza RPF, Cunha DA, Silva HJ. Fonoaudiologia: a inserção da área de linguagem no sistema único de saúde (SUS). Rev CEFAC. 2005;7(4):426-3.

3 Andrade CRF. Fases e níveis de prevenção em fonoaudiologia: ações coletivas e individuais. In: Vieira RM, organizador. Fonoaudiologia e saúde coletiva. 2. ed. Carapicuíba: Pró-Fono; 2000. p. 81-104.

4 Medeiros GC, Andrade CRF. Disfagia orofaríngea em pacientes submetidos à intubação orotraqueal prolongada em UTIs. [dissertação] São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2012.

## OESTE 04



### IMPORTÂNCIA DA EMAD NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO E DESMAME DE VENTILAÇÃO MECÂNICA NO DOMICÍLIO.

(trabalho inscrito nº 24)

Autores: Rafael Giorgeti Graciolli, Karina Fukunari Suguino, Mabel da Silva Moura

#### 1. Introdução:

A indicação de traqueostomia (TQT) vem mudando progressivamente. No momento, ela é mais indicada na criança em ventilação mecânica prolongada, a faixa etária mais comum do procedimento também mudou, sendo atualmente mais comumente realizada em crianças menores de 1 ano de idade<sup>1</sup>. A taxa de mortalidade relacionada à traqueostomia, de acordo com a literatura internacional, gira entre 0% e 5,9%. Além dos riscos, a traqueostomia tem um grande impacto na vida da criança e sua família, com interferências nas esferas social, física e psicológica<sup>2</sup>. Este estudo traz a importância do trabalho em equipe para o desmame do paciente em ventilação mecânica intermitente.

#### 2. Objetivo

Relatar abordagem multidisciplinar realizada em criança traqueostomizada sob uso de ventilação mecânica em desmame no domicílio. Acompanhado pela Equipe multidisciplinar de atenção domiciliar (EMAD) e equipe multidisciplinar de apoio (EMAP).

#### 3. Metodologia

Será descrito relato de caso único de criança traqueostomizada sob uso de ventilação mecânica, com enfoque na abordagem da equipe multidisciplinar no desmame da ventilação mecânica, realizado entre abril/2023 e dezembro/2023, pela EMAD Jardim Edite e EMAP Piauí, na cidade de São Paulo-SP. As informações contidas neste trabalho também foram obtidas por meio de revisão do prontuário e entrevista com o paciente e revisão da literatura. Durante o acompanhamento, foram utilizados todos os equipamentos necessários para segurança da criança e familiares. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelo próprio paciente durante admissão do serviço.

#### 4. Resultados e Discussão

Criança B.C.C. nascimento em 21/06/2021 no estado do Amapá, diagnóstico pré-natal de miocardiopatia dilatada idiopática, nascido de parto cesárea por restrição de crescimento, com idade gestacional de 33 semanas, com peso de nascimento de 1590g, Apgar 0/1/7 e com Síndrome de DiGeorge. Iniciou tratamento no Hospital Dante Pazanezze em 02/2022. Em 03/2022 foi realizada bandagem da Artéria Pulmonar, evoluindo com 4 PCR (parada cardiorrespiratória) de 40 min. Em abril/2022 submetido à traqueostomia por difícil desmame da VM. Recebeu alta em 01/2023 para o domicílio aos cuidados da EMAD Santa Cecília em uso de BIPAP noturno e oxigênio. Foi admitido em nosso serviço, em 04/2023 após a família mudar de região. No momento da admissão criança se apresenta hipoativa em uso de alimentação via gastrostomia, em respiração espontânea com TQT, fazendo uso de BIPAP noturno período de 12h e oxigênio 2l/min. Em concomitante acompanhamento EMAD e EMAP a criança iniciou tratamento no CER (centro especializado de reabilitação). Durante os atendimentos reduzimos

os parâmetros do BIPAP sem uso de oxigênio e diminuição de tempo de uso a noite para 5 horas por 2 meses, até conseguir o desmame total do BIPAP. A Unidade básica de saúde fornecia os insumos necessários para a segurança do paciente. Nos atendimentos foram realizados treinamento dos pais com técnicas de aspiração e higiene brônquica para manter vias aéreas pérvias. A criança teve alta segura após desmame total da ventilação mecânica (VM). Um desafio encontrado foi a insegurança dos pais para o desmame da VM.

## **5. Considerações Finais**

Concluimos que a importância do trabalho da equipe multidisciplinar e a rede é de extrema importância para a segurança da família no manejo com paciente submetidos a traqueostomia em desmame de ventilação mecânica.

## **Bibliografia:**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para a ventilação mecânica domiciliar [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.
2. Fraga JC, de Souza JC, Krueel J. Pediatric tracheostomy. J Pediatr (Rio J). 2009;85(2):97-103.

## OESTE 05

### USO DA ESCALA ZARIT REDUZIDA PARA EVIDENCIAR O GRAU DE SOBRECARGA DOS CUIDADORES ATENDIDOS PELA EMAD LAPA E EDITE.

(trabalho inscrito nº32)

Autor: Thamiris Felipe Rosa

#### 1. Introdução

A Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) é composta por fonoaudióloga, assistente social e psicóloga, sendo que essa última categoria é recente na composição do EMAD/EMAP. Dentro do Caderno de Atenção Domiciliar Melhor Em Casa, existem algumas diretrizes e instrumentos para os profissionais de saúde mental se nortear. Com base nesse caderno, foi desenvolvida um formulário na plataforma Google com as perguntas da Escala Zarit Reduzida - Sobrecarga do Cuidador de Idoso, ter esse instrumento online fez com que tivéssemos um maior alcance e rapidez das respostas dos cuidadores atendidos pelo programa.

Após as respostas do formulário, foi observada a porcentagem do perfil dos cuidadores e a sobrecarga leve, moderada e grave. A partir dessa evidência será elaborado um projeto piloto de iniciar um grupo de cuidadores online, mensal, com apoio psicológico.

#### 2. Objetivos

Evidenciar a sobrecarga dos cuidadores atendidos pelo programa do EMAD, e buscar promover espaços de cuidado para eles, como grupo online, mensal de apoio psicológico.

#### 3. Metodologia

A partir da dificuldade encontrada de acessar os cuidadores para além do espaço domiciliar e promover espaços de cuidado dentro da Unidade Básica de Saúde, foi elaborado um Google Forms com as perguntas da Escala Zarit, e a pontuação foi feita manualmente pela profissional responsável, psicóloga, após o preenchimento das informações pelos próprios cuidadores. Essa maneira virtual de aplicar a escala, trouxe evidências e dados sobre o perfil do grupo de cuidadores e com essas informações, foi legitimada a necessidade de criar novas estratégias de acolhimento de saúde mental para esse público.

#### 4. Resultado e Discussões

O Guia Prático do Cuidador traz a descrição que é observada cotidianamente na rotina da equipe EMAD/EMAP:

A tarefa de cuidar de alguém geralmente se soma às outras atividades do dia-a-dia. O cuidador fica sobrecarregado, pois muitas vezes assume sozinho a responsabilidade pelos cuidados, soma-se a isso, ainda, o peso emocional da doença que incapacita e traz sofrimento a uma pessoa querida. Diante dessa situação é comum o cuidador passar por cansaço físico, depressão, abandono do trabalho, alterações na vida conjugal e familiar. A tensão e o cansaço sentidos pelo cuidador são prejudiciais não só a ele, mas também à família e à própria pessoa cuidada.

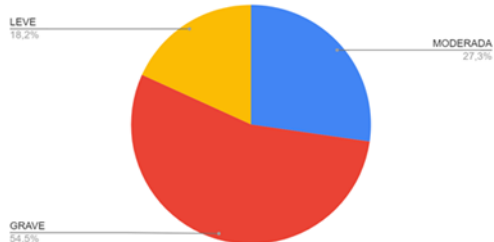
Evidenciar essa questão da sobrecarga e trazer dados sistematizados do perfil dos cuidadores, faz com que o trabalho tenha um direcionamento mais preciso. A escala Zarit Reduzida tem sete perguntas, em que explora se o cuidador deixou de fazer atividades anteriores que fazia

para cuidar do familiar, se ele sente que não tem tempo para se cuidar, para ver amigos ou ter outras relações. Essas perguntas geram pontuações, que ao final é classificada por: Leve até 14 pontos. Moderada: 15 a 21 pontos. Grave: acima de 22 pontos.

Essa escala foi enviada para todos os cuidadores, aproximadamente em torno de 130, e os que conseguiram enviar as respostas foram em torno de 50 cuidadores. Dessas respostas, obtivemos um perfil em que sua maioria é de mulheres, no território da Lapa mulheres negras, e no território do Edite mulheres brancas.

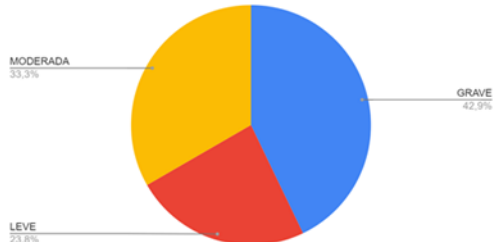
Perfil sobrecarga do cuidador da EMAD LAPA

leve = até 14 pontos / Moderada = 15 a 21 pontos / Grave = acima de 22 pontos



Perfil sobrecarga do cuidador EMAD EDITE

LEVE = até 14 pontos / Moderada = 15 a 21 pontos / Grave = acima de 22 pontos



Dados sujeitos a alterações conforme atualização de acompanhamento.

## 5. Considerações finais

Com base nas informações apresentadas, é evidente a importância de se iniciar ações para a promoção do cuidado com os cuidadores, e diante disso será criada a primeira experiência de grupo de acolhimento aos cuidadores online, para todos aqueles que consigam entrar e estar disponíveis por uma hora. É legítimo a dificuldade de termos acesso ao público dos cuidadores, principalmente em atividades presenciais na atenção básica, e na tentativa de contemplar esse desafio é a promoção de um acolhimento em formato online.

A análise quantitativa dos dados coletados demonstrou a urgência desse acolhimento, visto que esses cuidadores estão mais isolados, e são eles que promovem o cuidado dos pacientes da EMAD/EMAP. Portanto, conclui-se que a integração de tecnologias como o Google Forms, com perguntas da Escala Zarit Reduzida auxilia na administração do tempo, e demonstra a evidência que necessita de urgência e estratégia de acolhimento para o público dos cuidadores.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012). Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_domiciliar\\_cab36.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_cab36.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Clínica Ampliada: Equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008b. (Série Cartilhas da PNH). Disponível em: Acesso em: 08 Set. 2023.

## OESTE 06

### USO DE TECNOLOGIA NO SUS: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE APOIO (EMAP): UMA ABORDAGEM QUANTITATIVA POR MEIO DA TECNOLOGIA.

(trabalho inscrito n° 33)

Autores: Suelen Aparecida Xavier Pimenta, Raquel de Lima Genu, Thamiris Felipe Rosa

#### 1. Introdução

A Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) desempenha um papel fundamental no apoio à Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), bem como às equipes de atenção básica, incluindo as equipes de Saúde da Família e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

A EMAP desenvolveu uma planilha de acompanhamento e monitoramentos dos pacientes das equipes EMAD JARDIM EDITE e EMAD LAPA, nesta planilha é possível visualizar a quantidade de pacientes com atendimento pontual e longitudinal, em seguimento multiprofissional e quais categorias envolvidas no cuidado, altas e óbitos.

Sistematizar os processos de trabalho utilizando tecnologia no Sistema Único de Saúde (SUS), com enfoque no Perfil Epidemiológico dos Pacientes Atendidos pela Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) da Supervisão de Saúde Lapa/Pinheiros-SP, permite melhor análise dos dados epidemiológicos e demográficos.

Segundo a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS) uma tecnologia em saúde pode ser um medicamento, um equipamento, um dispositivo, um procedimento clínico ou cirúrgico, vacinas, um modelo organizacional, um sistema de apoio à atenção de saúde ou qualquer outro tipo de componente físico ou teórico utilizado nos cuidados em saúde. Um novo programa para cadastro de pacientes, por exemplo, pode ser considerado uma tecnologia em saúde.

As tecnologias, incluindo o Google Forms, desempenham um papel crucial na coleta de dados e apoio ao trabalho da EMAP. Foi observado que cada profissional da EMAP utilizava seus próprios instrumentos de avaliação para analisar os pacientes e criar elementos para elaborar um Plano Terapêutico Singular (PTS). No entanto, há uma necessidade clara de uma abordagem mais sistematizada para compreender quem são os pacientes atendidos pela equipe. O uso do Google Forms para a coleta de dados pode oferecer uma solução eficiente e padronizada. Com essa ferramenta, a equipe criou formulários online personalizados para coletar informações essenciais sobre os pacientes, seu histórico médico, condições de saúde atuais, necessidades específicas e outros dados relevantes. Ao adotar uma abordagem mais integrada e digitalizada, a equipe pode melhorar a eficiência na coleta, organização e análise de dados, permitindo uma compreensão mais abrangente e precisa do perfil dos pacientes atendidos. Isso, por sua vez, contribuiu para a elaboração de planos terapêuticos mais eficazes e personalizados, além de facilitar a comunicação e a sinergia entre os profissionais de saúde envolvidos no cuidado aos pacientes da EMAP e das equipes de atenção básica.

#### 2. Objetivos

Sistematizar o processo assistencial da EMAP Lapa Pinheiros, por meio do uso do instrumento tecnológico através da Planilha online e Google Forms, estruturando o processo de avaliação multiprofissional e gestão dos casos.

### 3. Metodologia

A análise de dados quantitativos foi realizada através da importação e organização dos dados coletados pelas equipes, em planilhas do Excel, permitindo uma análise descritiva abrangente. Foram calculadas medidas de tendência central e dispersão, como média, mediana, desvio padrão e intervalos interquartis, para dados como idade dos pacientes, tipos de dificuldades em deglutir, frequência de atendimentos e intervenções terapêuticas. Gráficos e tabelas foram produzidos e utilizados para representar visualmente essas informações, proporcionando uma compreensão clara dos padrões presentes nos dados.

### 4. Resultados e Discussão

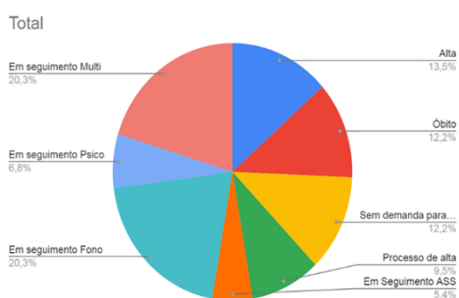
Desenvolvemos uma nova metodologia de trabalho para a EMAP Lapa Pinheiros, baseada na literatura sobre atenção domiciliar e na experiência da equipe. Foram encontradas dificuldades no levantamento de literatura nesta temática.

Os resultados demonstram o número de pacientes em acompanhamento, em avaliação, em seguimento multiprofissional, em seguimento com apenas um profissional, de alta, e destes quantos estão em acompanhamento pelo EMAP. Desta forma, os recursos digitais para monitoramento e acompanhamento de saúde apoiam a gestão dos casos.

#### 4.1 Sistematização dos Processos de trabalhos do EMAP

Segue demonstrativo na figura 1 contendo a quantidade de atendimentos qualificados de 80 pacientes atendidos, dos quais a EMAP tem assistência direta de 48 pacientes.

Figura 1: EMAD EDITE

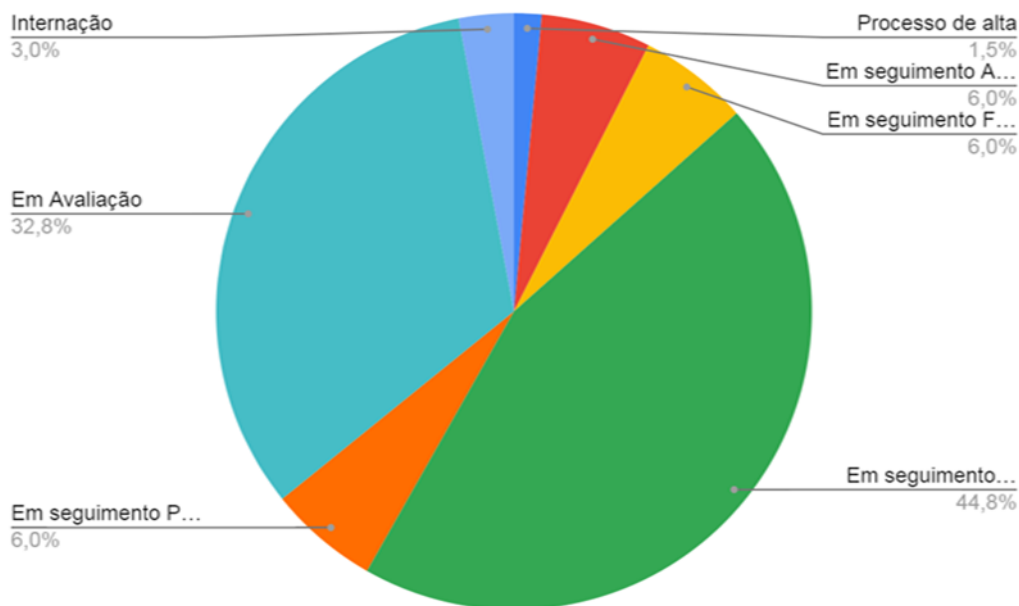


Dados do Atendimento	Total
Alta	11
Óbito	9
Sem demanda para EMAP	9
Processo de alta	7
Em Seguimento ASS	5
Em seguimento Fono	14
Em seguimento Psico	5
Em seguimento Multi	17
<b>Total de pacientes acompanhados</b>	<b>48</b>

Dados sujeitos a alterações conforme atualização de acompanhamento.

Segue demonstrativo da figura 2, contendo a quantidade de atendimentos qualificados de 102 pacientes atendidos, dos quais a EMAP tem assistência direta de 65 pacientes.

Figura 2: EMAD LAPA



Dados do Atendimento	Total
Alta	18
Óbito	22
Sem demanda para EMAP	7
Processo de alta	1
Em seguimento ASS	3
Em seguimento Fono	4
Em seguimento Multi	26
Em seguimento Psico	5
Em Avaliação	24
Internação	2
<b>Total de pacientes acompanhados</b>	<b>65</b>

Dados sujeitos a alterações conforme atualização de acompanhamento.

## 5. Considerações finais

Com base nas informações apresentadas, é evidente o papel crucial desempenhado pela Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) no suporte às Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e às equipes de atenção básica. A implementação de uma abordagem mais sistemática e tecnológica, utilizando ferramentas como o Google Forms e planilhas online, mostrou-se essencial para a coleta, organização e análise de dados sobre os pacientes atendidos, permitindo uma compreensão mais abrangente de seu perfil epidemiológico e suas necessidades de saúde.

A análise quantitativa dos dados coletados demonstrou a eficácia dessas ferramentas na gestão do acompanhamento e monitoramento dos pacientes pela EMAP. A visualização dos resultados através de gráficos e tabelas proporcionou uma compreensão clara dos padrões presentes nos dados, contribuindo para a identificação de áreas de atuação prioritárias e a elaboração de planos terapêuticos mais eficazes e personalizados.

A sistematização dos processos de trabalho da EMAP, como evidenciado pelos dados apresentados nas figuras 1 e 2, reflete um avanço significativo na organização e eficiência do acompanhamento dos pacientes. Através dessa nova abordagem, foi possível acompanhar de forma mais precisa e contínua o progresso dos pacientes, garantindo a gestão dos casos, com a utilização de recursos digitais para monitoramento e acompanhamento de saúde.

Portanto, conclui-se que a integração de tecnologias como o Google Forms e planilhas online na rotina de trabalho da EMAP é fundamental para otimizar a prestação de serviços de saúde, possibilitando uma abordagem mais integrada, eficiente e personalizada para o cuidado dos pacientes atendidos pela equipe multiprofissional de apoio.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2012). Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_domiciliar\\_cab36.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_cab36.pdf)

Google Maps. (16 de março de 2024). Busca EMAD. Recuperado de <https://www.google.com/maps/d/u/0/viewer?mid=1xF-LSfPIRbPPmQClcydAYRFHOZ4&ll=-23.577980494725395%2C-46.664075988151396&z=11>.

Ministério da Saúde. (2016). PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016. Recuperado de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html).

MAXQDA. (16 de março de 2024). Guia de Introdução ao MAXQDA 2022. Recuperado de <https://www.maxqda.com/download/GettingStarted-MAXQDA2022-pt.pdf>.

Software-Shop. (16 de março de 2024). NVivo. Recuperado de <https://www.software-shop.com.br/nvivo-portugues>

Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (17 de março de 2024).

**CRS NORTE**

**“TRANSFORMANDO A ATENÇÃO DOMICILIAR COM  
INOVAÇÕES NO PROGRAMA MELHOR EM CASA”**

**PMeC**

**São Paulo  
2025**

## NORTE 01

### REESTRUTURAÇÃO DA REDE FAMILIAR NA ATENÇÃO DOMICILIAR.

(trabalho inscrito nº 3)

Autores: Alexandre Ligeiro da Costa, Rita de Cássia Magalhães Belmiro, Ozelha Ferreira Nunes Oliveira, Cláudia Ayumi Oshiro, Flávio Carlos Cardoso.

#### 1. Introdução:

A Atenção Domiciliar (AD) deve estar integrada a Rede Assistencial de Saúde (RAS), devido ser um modelo de atenção à saúde que possui ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção a saúde. Sendo indicada para pessoas que estão em condições de restrição ao leito ou domicílio, vulnerabilidade ou condições clínicas, sejam temporárias ou permanentes; e esta atenção seja mais oportuna.<sup>1 2</sup>

Os profissionais da AD têm como prerrogativas além de trabalhar integrado a RAS e realizar assistência livre de danos para o indivíduo; identificar, orientar e capacitar o cuidador / familiar para realização de cuidados e entendê-los como parte integrante do processo.<sup>1</sup>

A Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar (EMAD) segue os princípios da AD, sendo a abordagem integral da família uma premissa do atendimento, tendo em vista que a Equipe ao adentrar no domicílio se depara com as relações familiares instituídas e deve buscar a construção de um ambiente que seja favorável para a recuperação e estabilidade clínica do indivíduo em atendimento.<sup>3</sup>

Paciente, idosa, admitida aos cuidados da EMAD Jardim Japão devido fratura de fêmur após queda de própria altura, com presença de lesão por pressão (LP) em região sacral e lesão vascular em membro inferior esquerdo. Quando admitida aos cuidados da equipe, paciente não andava e necessitou de reabilitação motora, cuidados com lesões e capacitação de familiares para os cuidados diários com paciente. Durante o processo de acompanhamento foi identificado pela equipe, fragilidade nas relações familiares e necessidade ajustes na organização familiar, que causavam impactos na evolução da paciente. Com a intervenção da equipe, que realizou reunião familiar para melhora dos cuidados com paciente e responsabilização, atualmente a família realiza o acompanhamento do atendimento domiciliar e de serviços de especialidades; além de cuidados efetivos.

Diante do exposto, a equipe da AD, deve contar com profissionais que desenvolvam o olhar holístico para além do indivíduo que está sendo assistido, uma vez que a família faz parte do processo saúde-doença e desenvolvem um papel fundamental para que o atendimento seja efetivo. Buscando sempre identificar os potenciais e fragilidades de cada membro do núcleo familiar considerando a singularidade de cada rede.

#### 2. Objetivos:

Reabilitar a paciente, fortalecer e organizar a rede familiar para os cuidados com o apoio da Equipe.

#### 3. Metodologia:

Discussão de caso entre a Equipe para construção do plano terapêutico singular (PTS) e alinhamento de orientações multiprofissionais. Com realização de visitas domiciliares semanais de Enfermagem e Fisioterapia até reabilitação da paciente. O serviço social realizou visitas domiciliares quinzenais durante o ajuste familiar, e fortalecimento da rede de apoio da paciente.

#### 4. Resultados:

Paciente apresenta cicatrização da LP em região sacral, deambulando com auxílio de andador, melhor mobilidade no domicílio e lesão venosa com boa evolução. Houve melhora nas relações e organização nos cuidados pelos integrantes da rede familiar, que antes da intervenção da equipe em algumas visitas domiciliares a família não acompanhava, e paciente não era levada para as consultas com especialistas. As intervenções da Equipe com a família refletiram na melhora do quadro de saúde da paciente. Onde os vínculos eram fragilizados, atualmente estão fortalecidos, existe a preocupação com os cuidados a paciente e reflete na harmonia familiar.

#### 5. Considerações finais:

Um dos princípios da AD é a abordagem integral à família, pois a Equipe acessa as residências e se deparam com as relações e particularidades de cada indivíduo e cada domicílio. Os profissionais que realizam as visitas devem ser treinados e instigados a desenvolver um olhar crítico e amplo para que cada indivíduo possa ser cuidado respeitando a característica de cada família e membro pertencente deste núcleo. Quando há envolvimento de toda rede familiar do paciente, fica evidente que estes exercem um papel importante no processo saúde-doença, e quando há o fortalecimento dessas relações identifica-se uma melhor evolução e um acompanhamento mais seguro do paciente.

#### Referências:

1. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro [Internet]. Available from: [https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria\\_Consolidacao\\_5\\_28\\_SETEMBRO\\_2017.pdf](https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_5_28_SETEMBRO_2017.pdf).
2. Nacional I. PORTARIA GM/MS No 3.005, DE 2 DE JANEIRO DE 2024 - DOU - Imprensa Nacional [Internet]. [www.in.gov.br](http://www.in.gov.br). Available from: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.005-de-2-de-janeiro-de-2024-535816012>.
3. Caderno de Atenção Domiciliar Brasília -DF 2012 MINISTÉRIO DA SAÚDE Volume 1 [Internet]. Available from: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad\\_vol1.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf).

## NORTE 02

### ATENÇÃO DOMICILIAR: ABORDAGEM INTEGRAL À FAMÍLIA E O EMPODERAMENTO DO CUIDADOR / FAMILIAR.

(trabalho inscrito nº 4)

Autores: Alexandre Ligeiro da Costa, Rita de Cássia Magalhães Belmiro, Gabriela Roberta da Silva, Cláudia Ayumi Oshiro, Flávio Carlos Cardoso.

#### 1. Introdução:

A Atenção Domiciliar (AD) deve estar integrada a Rede Assistencial de Saúde (RAS), devido ser um modelo de atenção à saúde que possui ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção a saúde. Sendo indicada para pessoas que estão em condições de restrição ao leito ou domicílio, vulnerabilidade ou condições clínicas, sejam temporárias ou permanentes; e esta atenção seja mais oportuna.<sup>1 2</sup>

A Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar (EMAD) segue os princípios da AD, sendo a abordagem integral da família uma premissa do atendimento, tendo em vista que a Equipe ao adentrar no domicílio se depara com as relações familiares instituídas e deve buscar a construção de um ambiente que seja favorável para a recuperação e estabilidade clínica do indivíduo.<sup>3</sup>

Paciente em acompanhamento da EMAD Jardim Japão, após internação devido acidente vascular encefálico (AVE). No início o paciente se encontrava em condições de acamado, com presença de lesão por pressão (LP) em região sacral e afasia. Neste momento, a Equipe se deparou com a cuidadora, esposa do paciente, com dificuldades relacionadas aos cuidados e sem autonomia para gestão financeira da família, tendo em vista que paciente era o responsável pela gestão financeira do domicílio. O Plano Terapêutico Singular (PTS) foi planejado visando a cicatrização da LP, reabilitação motora, melhora da afasia, compensação das comorbidades; melhor articulação dos cuidados, organização domiciliar e capacitação da esposa para gerir o papel de cuidadora e autonomia para a gestão financeira no domicílio. Atualmente paciente apresenta estabilidade clínica, domiciliado e com melhora significativa da LP; além disso a esposa do paciente consegue exercer o papel como cuidadora e com empoderamento para tomar as decisões referentes a gestão familiar.

A equipe de Atenção Domiciliar deve buscar fortalecer a rede de apoio do paciente; e possuir um olhar direcionado para identificar as possíveis fragilidades e potenciais de cada membro da relação familiar do domicílio que assiste. Tendo em vista a particularidade de cada indivíduo e suas relações.

#### 2. Objetivos:

Reabilitar o paciente e trabalhar o empoderamento da esposa para realizar o papel como cuidadora e protagonista do domicílio.

#### 3. Metodologia:

Discussão de Plano Terapêutico para direcionar os cuidados multiprofissionais, assim como organizar as visitas semanais. Com programação de visitas domiciliares de Enfermagem e Fisioterapia semanais e acompanhamento do Serviço Social a cada 15 dias inicialmente para reajuste familiar e orientações, após os resultados obtidos retorno mensal.

#### 4. Resultados:

Paciente apresenta melhora significativa da LP com diminuição de extensão e profundidade, atualmente em condições de domiciliado e não mais acamado. Mantendo o acompanhamento de Enfermagem e Fisioterapia semanal, com ganhos significativos.

Inicialmente a cuidadora / esposa desconhecia o fluxo de gestão financeira familiar, bem como os serviços disponíveis para o auxílio, após orientações e direcionamento para órgãos e serviços relacionados as expressões das questões sociais, passou a apresentar autonomia para solucionar os problemas voltados para organização domiciliar, além de desenvolver os cuidados com paciente com mais segurança e autonomia.

#### 5. Considerações finais:

Um dos princípios da AD é a abordagem integral à família, pois a Equipe acessa as residências e se deparam com as relações e particularidades de cada indivíduo e cada domicílio. Os profissionais que realizam as visitas devem ser treinados e instigados a desenvolver um olhar crítico e amplo para que cada indivíduo possa ser cuidado respeitando a característica de cada família e membro pertencente deste núcleo. Quando há envolvimento de toda rede familiar do paciente, fica evidente que estes exercem um papel importante no processo saúde-doença, e quando há o fortalecimento dessas relações identifica-se uma melhor evolução e um acompanhamento mais seguro do paciente.

#### Referências:

1. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro [Internet]. Available from: [https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria\\_Consolidacao\\_5\\_28\\_SETEMBRO\\_2017.pdf](https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_5_28_SETEMBRO_2017.pdf).
2. Nacional I. PORTARIA GM/MS No 3.005, DE 2 DE JANEIRO DE 2024 - DOU - Imprensa Nacional [Internet]. [www.in.gov.br](http://www.in.gov.br). Available from: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.005-de-2-de-janeiro-de-2024-535816012>.
3. Caderno de Atenção Domiciliar Brasília -DF 2012 MINISTÉRIO DA SAÚDE Volume 1 [Internet]. Available from: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad\\_vol1.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf).

## NORTE 03

### POTENCIALIZANDO O TRABALHO EM REDE: ARTICULAÇÃO DA EMAD COM UM HOSPITAL ESTADUAL DA ZONA NORTE.

(trabalho inscrito nº 8)

Autores: Graziella Batista Dallaqua Forte, Adailton de Souza, Mariani Tambarim Vieira, Thais Coelho Habib, Juliana D' Andretta S Camargo, Márcia de Oliveira Rodrigues

#### 1. Introdução:

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência em relação ao processo de articulação de desospitalização entre a EMAD Penteadado e o Hospital Geral Vila Penteadado. Sabe-se que um dos objetivos principais do Serviço do Atendimento Domiciliar é promover desospitalização segura, o mais precocemente possível (1), "sendo uma estratégia complementar de cuidado motivada por diversas preocupações, como desospitalização, racionalização do uso de leitos hospitalares e organização do cuidado centrado no paciente" (2). Partindo desse pressuposto, observamos a necessidade de melhorar nossa articulação com hospitais para aumentar nosso número de desospitalizações, pois a maioria dos pacientes acompanhados eram oriundos de encaminhamentos das UBS e já chegavam na EMAD tardiamente, privando-os da produção de um cuidado ampliado no domicílio em tempo oportuno (3).

#### 2. Objetivo:

Melhorar a articulação da EMAD com os hospitais para aumentar as desospitalizações

#### 3. Metodologia:

A partir desse desafio, iniciamos buscar estratégias de aproximação com hospitais da região. Devido à dificuldade em articular desospitalização, principalmente com hospitais estaduais, conseguimos, com apoio da supervisão técnica de saúde entrar em contato com a articuladora de humanização do Núcleo Gestor de Humanização da Secretaria Estadual de Saúde, que propôs reuniões bimestrais para criar um espaço de diálogo entre as equipes. No primeiro encontro (março/23) foi realizada aproximação das EMAD da região da Freguesia do Ó/ Brasilândia e compartilhamento dos contatos dos serviços da região com os representantes de diferentes setores do hospital Penteadado. Os demais encontros foram para alinhamento de fluxo, discussões de caso, bem como a participação das EMADs na visita multidisciplinar realizada na enfermaria da clínica médica do hospital. Além disso, a criação de um grupo de whatsapp também agilizou a comunicação entre as equipes na sinalização da alta. Em dezembro/2023 tivemos a primeira desospitalização com articulação direta com o hospital.

#### 4. Resultado e discussão:

Sr. Sebastião, com HD D. de Alzheimer, diabético e hipertenso; internado no Hospital Geral Vila Penteadado devido a um AVCi, recebeu alta dia 11/12/23 e foi desospitalizado com a articulação entre hospital e EMAD. A assistente social entrou em contato com a EMAD para passar o caso e ajustar conosco a transição para residência. O paciente recebeu o primeiro atendimento em domicílio no dia seguinte, proporcionando os cuidados necessários, pois encontrava-se acamado, com hemiparesia a D, afásico global, em uso de CNE. Foi possível prevenir uma re-internação dois dias após alta por um bexigoma, com a colocação de CVD, iniciamos terapia

de reabilitação com fono e fisio, orientações nutricionais e ajuste medicamentoso; conseguindo acolher e preparar a família para os cuidados em casa. Atualmente, desmamou do CNE, retirou CVD, houve melhora na compreensão da linguagem oral, na mobilidade de membros e irá iniciar reabilitação no CER. Em encontro periódico com o hospital no mês de março/24 foi possível levantar esse e outros casos de sucesso na desospitalização.

## **5. Considerações finais:**

A aproximação EMAD Penteado e Hospital Geral de Vila Penteado tem proporcionado a revisão de fluxos e processos de trabalho, bem como o acompanhamento dos casos atendidos. A possibilidade de envolvimento de outros serviços nas discussões (polo de curativos, UBS, outras EMAD's), a ampliação do processo para outros hospitais da região (já iniciado no Hospital Geral de Vila Nova Cachoeirinha) e o compartilhamento dessa experiência com outras regiões do município, podem potencializar o trabalho das equipes, dando maior segurança aos cuidadores na transição do cuidado e garantindo o acesso à atenção domiciliar no SUS.

## **Referências**

- (1) Site da prefeitura de São Paulo, acessado em 07/03/2014: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao\\_basica/index.php?p=12923](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=12923)
- (2) Rajão FL, Martins M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2020May;25(5):1863-77.
- (3) Silva KL, Sena RR de, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Rev Saúde Pública [Internet]. 2010Feb;44(1):166-76.

## NORTE 04

### ARTICULAÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL À SAÚDE: FORTALECENDO TRANSIÇÃO DOS CUIDADOS DO HOSPITAL PARA ATENÇÃO DOMICILIAR.

(trabalho inscrito nº 30)

Autores: Cláudia Ayumi Oshiro, Ozelha Ferreira Nunes Oliveira, Alexandre Ligeiro da Costa, Juliana Carminatto da Silva, Daiane Lopes, Janaina Santiago da Silva Alves

#### 1. Introdução:

A visita beira-leito pelos profissionais que darão continuidade nos cuidados deve ser uma prática recorrente, pois além de preparar a Equipe que irá realizar o plano de cuidados para este paciente, permite que os profissionais dos serviços hospitalares, sintam segurança na transição dos cuidados para outros pontos de atenção da RAS e a família entendendo que há outro serviço que assumirá o acompanhamento, com conhecimento sobre este, visando a alta hospitalar segura. Neste caso, fica evidente que esta é uma prática que garante a continuidade dos cuidados no pré e pós desospitalização.

#### 2. Objetivo:

Descrever a importância da visita beira-leito e articulação dos serviços da RAS, no pré e pós desospitalização.

#### 3. Metodologia:

Levantamento do histórico de e-mail enviado com solicitação de visita beira-leito pelo HSPM e histórico de atendimento dos profissionais que realizaram a visita para o paciente quando este estava internado, sendo esta visita realizada pela Médica e Enfermeira da EMAD Jardim Japão que foram acompanhadas pelo Serviço Social do HSPM que solicitou a visita beira-leito, após ajustes de datas para que os profissionais imprescindíveis para este atendimento pudessem estar na visita compartilhada para transferência de cuidado. Levantamento do histórico de atendimento e continuidade dos cuidados domiciliares do paciente após a alta hospitalar. O Plano Terapêutico Singular (PTS), foi construído em conjunto com a família, direcionando os cuidados de acordo com a necessidade do paciente. As técnicas de Enfermagem contribuíram com a capacitação da família com o curativo durante a realização dos procedimentos in loco e com supervisão da Enfermeira, Assistente Social articulou o serviço de transporte sanitário para as consultas e acompanhamentos com serviço especializado e a médica realizou o controle de comorbidades de base.

Relato de Experiência: A Atenção Domiciliar como ponto de atenção a Rede Assistencial a Saúde (RAS) que complementa os cuidados da Atenção Primária a Saúde (APS) e os serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, deve estar articulada com outros serviços para garantir a continuidade do cuidado.<sup>1</sup> A Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar (EMAD) Jardim Japão, foi acionada via e-mail pelo Serviço Social do Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM) para realização de visita beira-leito e avaliação de elegibilidade para o Programa Melhor em Casa, pois paciente estava internado há aproximadamente 2 meses, após perda de força motora em membros inferiores sem causa definida e infecção de pele devido lesões e com previsão de alta. Este residia com seus irmãos e que possuíam dúvidas e insegurança relacionadas aos cuidados a serem realizados em

domicílio quando paciente recebesse alta. Realizada discussão de caso entre EMAD Jardim Japão e equipe de HSPM, para alinhamento da inclusão do paciente no Programa Melhor em Casa. Após avaliação e paciente com critérios de elegibilidade para acompanhamento da EMAD Jardim Japão, paciente recebe alta hospitalar com presença de lesões, acamado, sem vínculo na Rede Assistencial a Saúde (RAS), necessidade de capacitação das irmãs para os cuidados com o paciente em domicílio e familiares mais seguros para continuidade dos cuidados no domicílio. A equipe da EMAD deve traçar estratégias que envolvam a família e o paciente como protagonista no processo saúde-doença que possa garantir a continuidade dos cuidados no domicílio; além de coordenar o cuidado envolvendo os serviços que compõe a RAS utilizando ferramentas que facilitem as discussões e compartilhamentos dos casos de acordo com a singularidade de cada indivíduo.<sup>2</sup>

#### **4. Resultado e Discussão:**

A experiência de visita beira-leito neste caso evidenciou a importância da articulação entre os serviços da RAS, tendo em vista que foi possível que a EMAD Jardim Japão, obtivesse as informações mais detalhadas da complexidade do caso. Muitas vezes ocorre a transição de cuidados de pacientes que necessitam de cuidados ou possuem histórico de maior complexidade de saúde sem esta articulação, fragilizando a transição, pois a Equipe que recebe este paciente necessita de informações que por vezes ficam atreladas ao entendimento dos familiares / sobre o processo de saúde-doença. Há casos que a EMAD Jardim Japão coleta as informações do paciente / familiares e documentos de alta hospitalar, porém, quando há o questionamento sobre alguma informação mais específica que não consta no resumo de alta, estes não sabem informar com precisão, deixando dúvidas referentes ao acompanhamento de pacientes que necessitam de cuidados mais complexos.

#### **5. Considerações Finais:**

Com esta experiência ficou evidente que a articulação entre os serviços de ponto de atenção da RAS, fortalece o trabalho das Equipes de AD quando os profissionais que irão continuar os cuidados possuem todas as informações detalhadas da complexidade do caso, permitindo que a Equipe de AD possa construir um PTS mais específico para cada paciente e respeitando a singularidade de cada caso. É importante que os serviços da RAS fortaleçam e disseminem esta prática de visita beira-leito, entendendo que esta é uma ferramenta importante nos casos de maior complexidade e que necessite de um olhar amplo e diferenciado pelos profissionais que darão continuidade aos cuidados no domicílio.

#### **Referências:**

1. Página 56 do Diário Oficial da União - Seção 1, número 4, de 05/01/2024 - Imprensa Nacional [Internet]. pesquisa.in.gov.br. [Acesso em 18 de março 2024]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=05/01/2024&jornal=515&pagina=56>.
2. Caderno de Atenção Domiciliar Brasília -DF 2012 MINISTÉRIO DA SAÚDE Volume 1 [Internet]. [Acesso em 19 de março 2024] Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/nupes/Caderno\\_MelhorCasa\\_vol1.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/nupes/Caderno_MelhorCasa_vol1.pdf).

## NORTE 05



### O LEAN NAS EMERGÊNCIAS E O MELHOR EM CASA: DESOSPITALIZAÇÃO COM FOCO NOS NÍVEIS DE CAPACIDADE PLENA HOSPITALARES.

(trabalho inscrito nº 40)

Autores: Paula R. Gan Rossi, Erika Simões Viana

#### 1. Introdução:

O Lean é uma metodologia de otimização de fluxos e processos de trabalho e há alguns anos vem sendo utilizada em um projeto do Ministério da Saúde (PROADI/SUS) com a finalidade de reduzir a crescente superlotação dos serviços de urgência e emergência dos hospitais públicos no país. Ao todo, até final de 2023, foram 200 hospitais assistidos pelo projeto e o Hospital Municipal Vereador José Storopoli (HMOVJS) foi um dos contemplados, o único com a participação da desospitalização assistida pelo Melhor em Casa. A desospitalização fundamenta-se na construção do processo de transição do cuidado de modo seguro, dialógico, humanizado, respeitando as necessidades e as escolhas possíveis do usuário e da família. Por isso, suas diretrizes são pautadas no princípio da integralidade e exigem que a equipe multidisciplinar trabalhe de forma coordenada e em rede para ter resolutividade (MS, 2021).

#### 2. Objetivo:

O objetivo do trabalho é apresentar as ferramentas implantadas e adaptadas para a realização de ações de grande impacto na desospitalização segundo a metodologia Lean. O projeto prevê um olhar bastante crítico no cenário do serviço e setores com objetivo de diagnosticar sua realidade operacional e suas possibilidades. Com a utilização de ferramentas como diagrama de Ishikawa, espaguete, determinação de indicadores, estratégias de fluxo, entre outros, chegando ao ideal de capacidade plena do serviço.

#### 3. Resultados e discussão:

A partir desse número, conhecida a rotina de trabalho, desenvolvemos planos de capacidade plena para intervenções em cada nível de superlotação da unidade. Em todos os ciclos e hospitais acompanhados pelo projeto, o único em que a participação da desospitalização com a assistência domiciliar foi fidelizada foi o HMOVJS. Até agora. O reconhecimento do impacto dessa participação foi amplamente divulgado pelo grupo parceiro, a saber o Hospital Sírio Libanês (HSL), mostrando como conseguimos sair de um cenário de lotação média de 45 pacientes em sala de emergência e média de permanência de 14 dias para pacientes internados para um cenário onde chegamos a ter apenas 1 (sim, um) paciente na sala vermelha e reduzir em 3 dias a média de permanência dos internados, para citar apenas alguns dos indicadores impactados no projeto.

#### 4. Considerações finais:

Defender a importância e relevância da assistência domiciliar como fator preponderante na assistência à saúde da população, com grande ênfase no impacto em relação à superlotação dos hospitais é tarefa árdua e contínua a todos nós, trabalhadores da assistência domiciliar. Poder comprovar essa importância através de projetos como esse é realmente satisfatório, empolgante e animador!

**Referências:**

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/maio/desospitalizacao-reflexoes-para-o-cuidado-em-saude-e-atuacao-multiprofissional#:~:text=A%20desospitaliza%C3%A7%C3%A3o%20fundamenta%2Dse%20na,do%20usu%C3%A1rio%20e%20da%20fam%C3%ADlia. MS,2021>

Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional. Disponível: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/maio/desospitalizacao-reflexoes-para-o-cuidado-em-saude-e-atuacao-multiprofissional. MS,2022>

[https://hc.famema.br/wp-content/uploads/2022/09/04\\_PCP\\_-REV\\_01.pdf](https://hc.famema.br/wp-content/uploads/2022/09/04_PCP_-REV_01.pdf)

**CRS SUDESTE**

**“TRANSFORMANDO A ATENÇÃO DOMICILIAR COM  
INOVAÇÕES NO PROGRAMA MELHOR EM CASA”**

**PMeC**

**São Paulo  
2025**

## SUDESTE 01

### PRONTUÁRIO AFETIVO: UMA FERRAMENTA TERAPÊUTICA EM CUIDADOS PALIATIVOS.

(trabalho inscrito nº 11)

Autores: Bruna Aparecida Correa Silva, Alessandra Zago de Melo, Vanessa Cristina dos Santos Pollo, Carlos Eduardo Santa Cruz Vieira

#### 1. Introdução:

O Programa Melhor em Casa (PMeC) está inserido na Rede de Atenção à Saúde, atua de forma complementar ao cuidado ofertado pela Atenção Primária e continuidade do cuidado na desospitalização<sup>1</sup>. Tem como papel ser referência de cuidado à pacientes de alta complexidade, incluindo suporte ao fim de vida e Cuidados Paliativos (CP) no domicílio. O CP é uma abordagem de assistência multidisciplinar diante de doenças ameaçadoras a continuidade da vida e, utilizando-se da comunicação compassiva, busca minimizar sofrimentos gerenciando sintomas de natureza física, psicossocial e espiritual<sup>2</sup>, com impactos na qualidade de vida da unidade paciente-família. O prontuário afetivo é uma ferramenta de cuidado construída por profissionais de saúde diante de demandas psicossociais, que tem como premissa humanizar a assistência<sup>3</sup>. No caso exposto, foi ampliada sua aplicabilidade como ferramenta terapêutica e a iniciativa ganhou importância à medida que as abordagens terapêuticas de gerenciamento de sintomas foram limitadas na sua efetividade.

#### 2. Objetivo:

Relatar a experiência da utilização do prontuário afetivo como ferramenta terapêutica no gerenciamento de sintomas em paciente domiciliada em CP, no exercício de sua autonomia.

#### 3. Metodologia:

O prontuário afetivo foi utilizado em uma paciente com 46 anos, admitida no PMeC Hospital Municipal Vila Santa Catarina por Síndrome do Neurônio Motor de Primeira Ordem (Doença neurodegenerativa incurável) para CP e fim de vida por meio da assistência de equipe multidisciplinar. Na evolução do adoecimento os sintomas respiratórios progrediram associados a dor torácica, ampliando a percepção da paciente sobre a sua finitude, seus sintomas ansiosos e de incontinência emocional. A partir do olhar integral da equipe, surgiu a iniciativa do prontuário afetivo como instrumento de humanização do cuidado e manejo de propósito de vida para modulação do sintoma dor total. A paciente foi acompanhada em psicoterapia semanal no período de 29/03/2023 a 09/02/2024, demandava ser compreendida em seus desejos, sentimentos e apresentava ansiedade e oscilações de humor. O instrumento foi desenvolvido com protagonismo da paciente durante atendimento psicológico, no qual essas demandas emergiram com maior intensidade e construído a partir de elementos importantes para a paciente. Foi fixado na cabeceira de sua cama, visível a todos que chegavam no quarto da paciente. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado.

#### 4. Resultados e Discussão:

Quando o instrumento foi lido pela psicóloga, a paciente afirmou o quanto se surpreendeu positivamente com a potência de expressar seus desejos. O uso dessa ferramenta em CP, no

qual houve envolvimento da paciente com cuidadores, familiares e profissionais em temas tão íntimos e difíceis, trouxe sentimentos de esperança na melhora de suas relações, maior contato físico com as pessoas que amava e maior autonomia e respeito aos desejos da paciente. Em relação a família, houve mudança na postura perante a paciente, maior cuidado na abordagem de assuntos relacionados ao processo de finitude. Houve ainda impacto na redução da intensidade dos sintomas, fortalecendo vínculos, gerando sentimento de pertencimento e retroalimentando a construção do cuidado.

## **5. Considerações finais:**

O prontuário afetivo pode ser considerado uma inovação como ferramenta terapêutica em CP na atenção domiciliar. É uma iniciativa com potencial de ser replicada e ampliada, por se tratar de uma tecnologia leve, de fácil aplicação aos pacientes em CP em domicílio, promovendo reflexões acerca dos valores de vida, cuidado singular e resultados positivos no gerenciamento dos sintomas.

## **Referências:**

1. Portaria GM/MS N° 3.005, de 2 De janeiro De 2024. Available from: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.005-de-2-de-janeiro-de-2024-535816012>
2. Ribeiro JR, Poles K. Cuidados Paliativos: Prática dos Médicos da Estratégia Saúde da Família. Revista Brasileira de Educação Médica [Internet]. 2019; 43 (3) : 62 - 72. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/sqGJCJcSsC5mbKZkRHHfnNm/?format=pdf&lang=pt>
3. Souza KF, Silva JHS. Elaboração de Prontuário Afetivo para Pacientes Oncológicos: Um relato de experiência. Revista Eletrônica Acervo Saúde | ISSN 2178-2091. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/9821/5971>

## SUDESTE 02



### DESUPALIZAÇÃO: UM PROCESSO POSSÍVEL E FUNDAMENTAL COM O USO DE FERRAMENTAS ADEQUADAS.

(trabalho inscrito nº 14)

Autores: Thais Brandão Carvalhães, Vanessa Cristina dos Santos Pollo, Vitor Della Rovere Binhardi, Carlos Eduardo Santa Cruz Vieira

#### 1. Introdução:

O Programa Melhor em Casa visa ampliar o atendimento domiciliar (AD) pelo Sistema Único de Saúde, reduzir demanda de atendimento hospitalar, otimizando o processo de desupalização precoce e seguro, através das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD). A superlotação da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) se dá, em maioria, pela população que não realiza acesso regular a atenção primária, havendo agudização de sintomas, aumento da longevidade de usuários com doenças crônicas, acrescidos da dificuldade de transferência para leito hospitalar. A desupalização é considerada uma alternativa para minimizar essa lotação além de desconstruir um padrão que só se recebe atendimento correto, se hospitalizado. É possível oferecer continuidade do tratamento com qualidade e segurança no ambiente domiciliar, quando o usuário se apresenta estável e já determinado a abordagem terapêutica a seguir. As ações da EMAD possibilitam a desupalização e identificação de usuários que acessam as UPAs, que apresentam demandas passíveis de intervenção e acompanhamento em domicílio.

#### 2. Objetivo:

Relatar experiência do fortalecimento da EMAD Hospital Municipal Vila Santa Catarina frente à desupalização.

#### 3. Metodologia:

Utilizou-se um instrumento adaptado pelo serviço como norteador, treinamento dos profissionais que iriam preenchê-lo, discussão com lideranças da RAS e mapeamento dos processos sensíveis a desupalização com enfoque no antibiótico endovenoso.

#### 4. Resultados:

O processo de implantação foi iniciado com mapeamento do território, identificando as UPAs e doenças prevalentes de atendimento, reunião com os serviços para apresentação da EMAD e situações clínicas sensíveis a atuação mediante critérios de elegibilidade AD2 e AD3, além de capacidade técnica e acordo dos recursos necessários para o processo, exemplo a disponibilização dos medicamentos para administração domiciliar. Neste processo, as farmacêuticas das UPAs foram acionadas e criado fluxos para garantir o processo. A partir de então, foi criada uma Ficha de Acionamento adaptada para os serviços, que continham informações mínimas necessárias para breve avaliação do acionamento e assim identificar se o usuário possuía critérios para admissão. Com a implantação do instrumento adaptado "Formulário de Solicitação de Atendimento domiciliar" foi possível resposta em até 12 horas da elegibilidade. Além disso, foram alinhados canais de comunicação de acordo com a possibilidade de recurso das UPAs: telefone fixo, aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e e-mail para resolução de dúvidas. Após o acionamento, a equipe de enfermagem

direciona um profissional para avaliação imediata do usuário presencialmente. Os resultados do estudo permitiram o entendimento do AD como importante espaço na organização da atenção à saúde, permitindo redução de internações em UPA, corroborando com a literatura<sup>2</sup>. Como resultado, entre janeiro de 2022 e dezembro de 2023 as UPAs passaram do patamar de quarto serviço de acionamento da EMAD para primeiro, consolidando como maior “fornecedor” de admissões ao Programa.

##### **5. Considerações finais:**

Concluimos que o trabalho desenvolvido com êxito pela EMAD quanto a desupalização se fez relevante para assegurar a não hospitalização dos usuários, promovendo autonomia e confiança às famílias dos usuários domiciliados no processo do cuidado compartilhado e favorecendo o gerenciamento de leitos de internações diante da sobrecarga do sistema. O uso deste instrumento adaptado proporcionou segurança no acionamento e comunicação com EMAD no tempo ideal de impacto na permanência nas UPAS além de possuir potencial de ser replicado em serviços da RAS.

##### **Referências:**

1. Turci MA. Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2008.
2. Andrade AM, Brito MJM, Silva KL, Randow RMV, Montenegro LC. Singularidades do trabalho na atenção domiciliar: imprimindo uma nova lógica em saúde. R. pesq.: cuid. fundam. Online. 2013. Jan-mar 5(1):3383-93.

## SUDESTE 03



### DESOSPITALIZAÇÃO: UM RELATO EXITOSO DE PNEUMOPATIA DESCOMPENSADA E SEU DESMAME DO OXIGENIO.

(trabalho inscrito n° 36)

Autores: Isabel Cristina de Oliveira, Luciana Alves Reis, Juliana Moraes Branco, Edlaine Duarte, Sandra Aparecida, Wellysse Brás

Realizada a visita em meados de setembro de 2018 no Hospital municipal Alexandre Zaio, acompanhada pela enfermeira do serviço Vanessa e assistente social Kelly, Emad Maringá fisioterapeuta Isabel e auxiliares de enfermagem Ana Claudia e Renata, paciente Jose Carlos de Oliveira, 70 anos na ocasião, estava na enfermaria por exacerbação da DPOC, hipertensão pulmonar, HAS. Estava em uso de O<sub>2</sub> a 5 l/m no hospital, apresentava desconforto respiratório aos mínimos esforços, rubor facial, uso de musculatura acessória. Durante a entrevista intra-hospitalar. A admissão na EMAD foi realizada no dia 25/10/2018, posteriormente foi realizada a avaliação fisioterápica, onde paciente apresentou índice de percepção de esforço de 8 em repouso para dispneia e 10 em realização de esforço, realizado teste do degrau. Foi solicitado a acompanhamento nutricional devido a pneumopatia e necessidade de ganho de massa muscular. O objetivo da fisioterapia para este paciente a curto prazo era manter a higiene brônquica e evitar uma nova internação, diminuir desconforto respiratório aos mínimos esforços, a médio prazo era o ganho de funcionalidade (tomar banho sozinho, alimentar-se sem fadiga), a longo prazo ganho de endurance, diminuir O<sub>2</sub> e alta do serviço. Prescrição fisioterápica Exercícios de fortalecimento muscular com carga de 2 kg em diagonais de MMSS associado ao exercício com bola com movimentação ativa. Inicialmente para ganho de força global foi usado exercícios de pilates em solo para ganho de força em (MMSS, Tronco, MMII). Após 2 meses foi iniciado juntamente com o fortalecimento muscular o exercício aeróbio intervalado em circuito de treinamento por 3 minutos. Em 2019 foi realizado a redução do O<sub>2</sub> de 3 litros para 2 litros e houve aumento do exercício aeróbio para 25 minutos associado aos exercícios de fortalecimento muscular. 05/2019 repetição do teste do degrau com melhora no índice de percepção de esforço de borg dispneia de 10 para 7. 07/2019 iniciado exercício aeróbio com trote. 10/2019- Início exercício aeróbio com caneleira de 1 kg em MMII por 5 minutos e depois de 7 dias aumento para 10 minutos em ciclo ergômetro portátil. Em duas semanas aumentou para 15 minutos. 12/2019 20 minutos de aeróbio com carga de 2 kg mais rodilha para treino de abdominais. Em junho de 2021 realizada a redução do O<sub>2</sub> de 2 litros para 1 litro mantendo a SPO<sub>2</sub> de 93 % sem desconforto respiratório. Em 2022 manteve O<sub>2</sub> em 1 litro mantendo SPO<sub>2</sub> 96% durante os exercícios. 2023- Já permanecia sem O<sub>2</sub> por longos períodos, realizava atividades externas sem uso de O<sub>2</sub> e conseguia subir escadas e ladeiras. 08/2023. Recebeu alta de EMAD por melhora do quadro clínico e estabilidade, vale ressaltar que este paciente foi acompanhado mensalmente pela Dra. Juliana e que nos 5 anos que permaneceu na EMAD não teve nenhuma internação e foram mantidas as visitas durante a pandemia e o paciente não foi infectado pela Covid.

#### Referência Bibliográfica

Fisiologia do exercício: Teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho

## SUDESTE 04

### PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES DE EQUILÍBRIO EM PACIENTES NA INTERNAÇÃO DOMICILIAR.

(trabalho inscrito nº 41)

Autores: Isabel C. Oliveira, Luciana Alves, Edlaine Duarte, Sandra Aparecida, Wellysse Bras, Juliana Branco

#### 1. Introdução

O envelhecimento mundial hoje é uma realidade presente na grande maioria dos países, estima-se que para o ano de 2050 haja mais de 2 milhões de pessoas com 60 anos ou mais e destes cerca de 17,6 milhões estarão aqui no Brasil (Ministério da Saúde, 2006). Segundo dados do Ministério da Saúde (MS) do total de pacientes atendidos pelo programa Melhor em Casa 70% tem 60 anos ou mais, cerca de 31% têm 80 anos ou mais. Destes a maioria é portadora de doenças crônicas com dificuldade de locomoção. Há uma estimativa que cerca de 85% das pessoas acima de 65 anos apresentam queixas sobre o equilíbrio e este pode ser associado a diversas etiologias, essas alterações poderão contribuir com declínio da marcha, instabilidade postural e diminuição da capacidade funcional. (Bittar et al.2003; Hirvonen et al,1997).

Os gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) no tratamento de pacientes da terceira idade aumentam a cada ano, só em 2009 foram quase R\$ 81 milhões. Um simples desequilíbrio pode causar sérios prejuízos à qualidade de vida daqueles que têm mais de 60 anos e, nos casos mais graves, o acidente pode até levá-los à morte (globo.com).

As alterações do controle postural estão diretamente ligadas ao envelhecimento devido às alterações sofridas no sistema nervoso central. Segundo o periódico The Journal of Rehabilitation Medicine a falta de equilíbrio pode acarretar numa diminuição de atividade aeróbia e causar impactos a vida das pessoas idosas, como diminuição da capacidade funcional. The Journal of Physical Therapy cita que o equilíbrio é essencial para as atividades de vida diária assim como levantar-se, sentar-se e andar.

O controle postural é dado por uma interação de múltiplos sistemas, tais sistemas são o sensorial e o motor que juntamente realizam a organização e mantem o controle postural. O equilíbrio é dado por esta integração juntamente com a criação de estratégias para organizar o centro de massa corporal quando o corpo é exposto a oscilações internas e externas, a parte essencial de tal controle se dá pela capacidade do corpo se organizar em tempo e espaço com relação à gravidade. (Aviroop et al.2018).

Dessa forma se faz necessário conhecer a prevalência das alterações de equilíbrio encontradas nos pacientes em internação domiciliar e reconhecer a dimensão do problema a fim de se estabelecer melhores fluxos de atendimento melhorando a reabilitação desses pacientes.

#### 2. Objetivo

Conhecer a prevalência de distúrbios de equilíbrio estático e dinâmico e associar suas consequências na perda de funcionalidade.

### 3. Desenvolvimento

As alterações mais encontradas na população idosa são a instabilidade postural e alterações do sistema sensorio-motor e vestibular. A instabilidade postural pode levar ao declínio da força muscular ou vice-versa, da flexibilidade, redução da velocidade de marcha e a função vestibular muitas vezes encontra-se afetada. (Guimares et. al, 2004; Pickles et. al, 2000),

Quando pelo menos um dos sistemas acima descritos encontra-se alterado existe a uma condição de isolamento social e diminuição da funcionalidade destes pacientes segundo YUASO, 1999.

De acordo com Bresser et. al (2008), o controle postural é essencial para executar tarefas de vida diária, e pode ser avaliado em condições estáticas e dinâmicas, ambas exigem integração do sistema vestibular, proprioceptivo e visual afim de se obter uma resposta motora adequada.

Dentro do programa de internação domiciliar tais condições são preditivas não só apenas de quedas, mas também de outras alterações na homeostase que podem levar o paciente a uma piora de sua condição clínica e total dependência. Das alterações mais importantes para pacientes em internação domiciliar e pouco descrita ainda por nós fisioterapeutas, está o declínio da função imunológica associada ao imobilismo.

Com o envelhecimento existe um aumento da inflamação sistêmica, ocasionado pela perda da reserva muscular e perda da função física, tal alteração é mediada pela liberação de citocinas pró inflamatórias, interleucina 1 e 10, proteína C reativa (PCR) e fator de necrose tumoral (TNF- $\alpha$ ), tais alterações contribuem para a piora clínica dos pacientes levando a uma resistência aos tratamentos. Outros sistemas afetados são o tecido cardiovascular, colagenosos, ósseo, composição corporal, tecido esquelético, e sistema nervoso. (Guccione et al. 2013)

Quando identificamos as alterações presentes em nossos pacientes podemos intervir de forma mais eficaz ajudando a diminuir as complicações sistêmicas, para isso devemos cada vez mais usar ferramentas que nos ajudem a mensurar tais déficits e a partir disso traçar uma conduta de reabilitação de todos os sistemas.

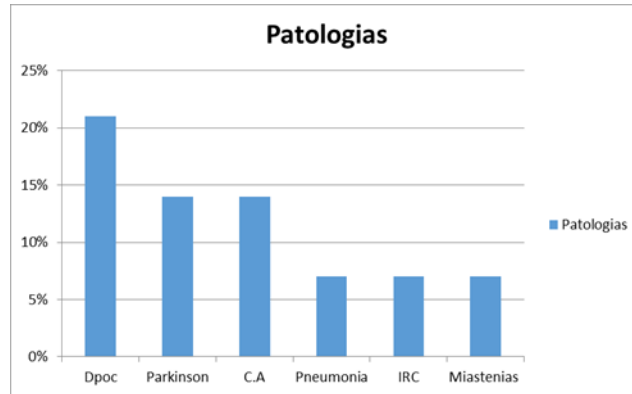
### 4. Metodologia

Foram avaliados os pacientes que estavam em internação domiciliar, num total de 63 pacientes, destes apenas 14 tinham condições de realizar os testes da bateria curta de equilíbrio estático, dinâmico e marcha (SPPB). O critério de exclusão usado foi não conseguir adotar ortostatismo; cognição prejudicada não sendo capaz de atender as solicitações do teste.

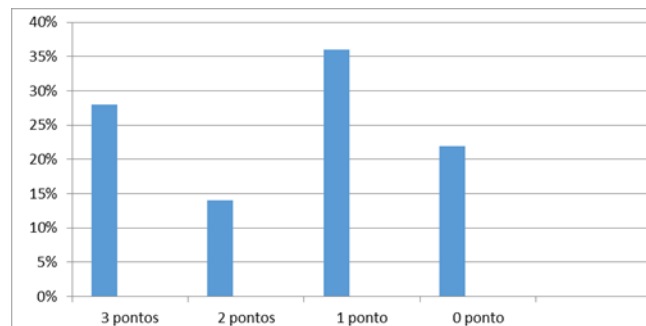
O instrumento usado para avaliar o desempenho de membros inferiores foi a Short Physical Performance Battery (SPPB) que consiste na avaliação dos 3 itens, equilíbrio estático, habilidade de caminhar e habilidade de levantar-se da cadeira. Cada item varia de 0 a 4, somando 12 pontos

### 5. Resultados

Gráfico 1 Média de patologias



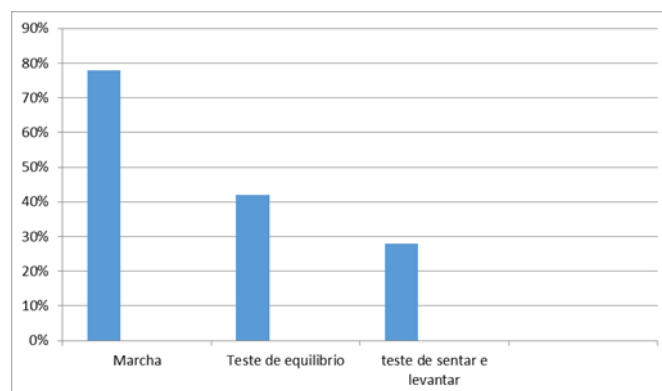
### Pontuação nos testes



Na realização dos testes 28% fizeram 3 pontos, 14% fizeram 2 pontos, 36% fizeram 1 ponto e 22% fizeram 0 pontos.

Os pacientes que não conseguiram pontuar realizaram o teste, porém ultrapassaram o tempo estimado para cada teste por isso pontuaram 0.

Gráfico 3 Porcentagem de pontuação em cada teste



8% pontuaram 1 na marcha, 42% pontuaram 1 no teste de equilíbrio, 28% pontuaram 1 no teste de sentar e 21% não conseguiram realizar nenhum dos testes no tempo estimado.

Tabela 1 Velocidade de marcha de cada indivíduo.

	<b>Segundos</b>
PACIENTE 1	55
PACIENTE 2	80
PACIENTE 3	60
PACIENTE 4	89
PACIENTE 5	0
PACIENTE 6	49
PACIENTE 7	60
PACIENTE 8	60
PACIENTE 9	80
PACIENTE 10	0
PACIENTE 11	45
PACIENTE 12	240
PACIENTE 13	50
PACIENTE 14	40

A tabela 1 demonstra a velocidade de marcha de cada paciente durante o teste de 3 metros, a média de velocidade alcançada foi de 1,5 minutos, sendo esta velocidade considerada ruim para uma distância de 3 metros.

## 6. Discussão

Os resultados acima demonstram um baixo desempenho das pessoas avaliadas, sendo que estes atingiram o pior score na pontuação do teste, de 0 a 3 pontos o desempenho é considerado ruim ou incapacidade funcional, nenhum paciente atingiu a pontuação máxima de 12 pontos.

Dos itens avaliados, o pior índice encontrado foi no teste de levantar e sentar, sendo que este revela uma perda importante na potência de membros inferiores e equilíbrio e este tem uma relação direta com as atividades de vida diária, o declínio demonstrado nos testes revela a perda da funcionalidade, pois conforme o envelhecimento ocorre há um declínio de neurônios sensoriais e motores, além das patologias que os pacientes já apresentam.

A marcha exige uma interação do sistema somatossensorial, órgãos vestibulares e sistema optocinetico, tal função está prejudicada conforme demonstram os números nos pacientes avaliados, tais sistemas quando acometidos prejudicam a mobilidade e causam uma cascata de reações que aumentam a perda de funcionalidade levando o paciente a não se movimentar devido as oscilações provocadas pelo sistema vestibular que pode ser alterado não só pela idade mas também pela poli farmácia, o desuso culmina não só com hipotrofia muscular, mas também com a redução do números de capilares na musculatura, diminuição no consumo de oxigênio, aumento da inflamação sistêmica gerada pela perda da massa muscular e redução do sistema imunológico.

## 7. Conclusão

Precisamos elaborar programas de reabilitação domiciliar que não visem apenas as patologias de base do paciente, mas também avaliar pequenas alterações que podem influenciar grandemente na capacidade funcional do paciente interferindo diretamente no processo de reabilitação e alta do paciente. Isso envolve saber associar todos os sistemas, cardiovascular, pulmonar, osteomuscular e sistema vestibular a fim de tratar nosso paciente como um todo aumentando o sucesso de nossas intervenções e desta forma reduzindo a morbidade ocasionada pelas alterações de equilíbrio e declínio na capacidade funcional.

## Referências bibliográficas

Bressel E, Yonker JC, Kras J, Heath EM. Comparison of static and dynamic balance in female collegiate soccer, basketball, and gymnastics athletes. *J Athletic Train.* 2007;42(1):42

Maisonobe T, Hauw JJ, Dani SU, et al. Changes in the peripheral nervous system. In: Dani SU, Hori A, Walter GG, et al., editors. *Principles of neural aging.* Amsterdam: Elsevier; 1997. pp. 304-316.

Shumway-Cook A, Woollacott MH. *Motor control: translating research into clinical practice:* Lippincott Williams & Wilkins; 2007.p.12-89.

Terao S, Sobue G, Hashizume Y, et al. Age-related changes in human spinal ventral horn cells with special reference to the loss of small neurons in the intermediate zone: a quantitative analysis. *Acta Neuropathol.* 1996;92(2):109-114.

GUCCIONE, et al. *Fisioterapia Geriátrica*, 3 ed. 2013.

Bittar RSM, Pedalini MEB, Szniffer J, Formigoni LG. Reabilitação Vestibular: opção terapêutica na síndrome do desequilíbrio do idoso. *Gerontologia.* 2003; 8(1):9-12.

Hirvonen TP, Pyykko I, Juhola M, Jantti P. Changes in vestibulo-ocular reflex of elderly people. *Acta Otolaryngol Suppl (Stockh).* 1997; 529:108-10

## SUDESTE 05

### **PARTICIPAÇÃO DO FARMACÊUTICO NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE ATENÇÃO DOMICILIAR – EMAD.**

(trabalho inscrito nº 2)

Autor: Daniel Scarcelli Pinheiro

#### **1. Introdução:**

A EMAD (Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar) foi criada pelo Governo Federal com objetivo de ampliar o atendimento domiciliar pelo SUS. A EMAD Vila das Mercês não possui exclusivamente um profissional farmacêutico que acompanhe pacientes que recebem atendimento domiciliar. Fazendo parte da equipe da UBS Vila das Mercês como farmacêutico da unidade, e tendo contato constante com os profissionais da equipe EMAD responsável pelo território da STS Vila Maria/Vila Guilherme, pude verificar diversas demandas que a equipe possuía sobre medicamentos que poderiam ser resolvidas e ou facilitadas com a atuação do farmacêutico.

#### **2. Objetivo:**

Relato de experiência sobre as contribuições do farmacêutico na Atenção Domiciliar, junto a equipe da EMAD.

#### **3. Metodologia:**

Desde março de 2022, após articulação entre unidade, STS e SPDM/PAIS, foi iniciada a participação do farmacêutico nas visitas domiciliares junto à equipe EMAD Vila das Mercês. O farmacêutico inicialmente foi conhecer os pacientes da equipe, se apropriar das medicações utilizadas por eles e as demandas dos pacientes/cuidadores em relação ao uso de medicamentos. Foram elucidadas dúvidas sobre administração, diluição, acesso, interações medicamentosas etc. Também foi realizada participação nas reuniões de equipe da EMAD Vila das Mercês, para as discussões de caso, compartilhamento de conhecimentos não apenas sobre o manejo das medicações, mas também para uma atuação em equipe multidisciplinar na busca em ofertar o cuidado integral para os pacientes.

#### **4. Resultados e Discussão:**

Foi importante a atuação do farmacêutico em situações em que os pacientes precisam alimentar-se e administrar a passagem de comprimidos e cápsulas por sondas, bem como a orientação para pacientes com disfagia que precisam fazer uso de comprimidos de forma correta, evitando engasgos. De forma articulada com os médicos foi utilizada a via de acesso subcutânea para administrar medicamentos por hipodermoclise quando o paciente não consegue mais receber medicamentos por via oral, com seleção das medicações que podem ser utilizadas, considerando as interações que exijam que os medicamentos sejam feitos por vias separadas devido a alguma incompatibilidade e diluições corretas antes da aplicação, bem como sua estabilidade. São medicações que visam principalmente proporcionar controle de sintomas e conforto ao paciente, de acordo com a fase da doença em que ele se encontra. São realizadas discussões com os prescritores da escolha de formas farmacêuticas ideais, já que temos alternativas em soluções que são mais fáceis de serem administradas por

sondas. Aos pacientes/cuidadores são realizadas orientações relevantes, como explicar sobre conservação de alguns medicamentos sob refrigeração devido a estabilidade, maneira correta de reconstituí-los e se podem ou não ser administrados com as refeições, considerando os princípios ativos que são melhor absorvidos junto de alimentos. O acesso à medicação também foi facilitado, visto que o farmacêutico possui um amplo conhecimento sobre o fluxo no SUS, que não se restringe às farmácias das unidades básicas de saúde.

## **5. Considerações Finais:**

O relato acima demonstra como a participação do farmacêutico na EMAD contribui para o melhor manejo medicamentoso, considerando as necessidades do paciente, promovendo uso racional de medicamentos, de forma correta e de acordo com a via de administração, articulando as orientações e assistência em equipe. Existe demanda contínua da participação do farmacêutico na equipe já que há captação contínua de pacientes que na grande maioria das vezes fazem uso de polifarmácia e com dispositivos para administração de medicamentos por diferentes vias.

## **Referências:**

1. Programa Melhor em Casa | Secretaria Municipal da Saúde | Prefeitura da Cidade de São Paulo [Internet]. [www.prefeitura.sp.gov.br](http://www.prefeitura.sp.gov.br). Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/nupes/index.php?p=12923> - acessado em 18/07/2023
2. Modalidades de Atenção Domiciliar [Internet]. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar/modalidades-de-atencao-domiciliar> - acessado em 25/07/2023

