

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
COORDENAÇÃO-GERAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR



Melhor em Casa

A SEGURANÇA DO HOSPITAL NO
CONFORTO DO SEU LAR

Caderno de Atenção

Domiciliar

Volume 2

BRASÍLIA – DF

ABRIL - 2012

CAPÍTULO 7

APRESENTAÇÃO

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

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

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

Todas as Equipes de Atenção Domiciliar e Gestores de Serviços de Serviços de Atenção Domiciliar - SAD devem estar minimamente preparados e atentos para lidar com estas situações no seu dia-a-dia. Desta forma, este Caderno trás um capítulo que trata destas situações que, por suas características, serão designadas de “**Situações Especiais em Atenção Domiciliar**”. São elas:

1. Violência na Atenção Domiciliar;
2. Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP) e Ventilação Mecânica Domiciliar (VMD);
3. Intercorrências na Atenção Domiciliar;
4. Óbito no Domicílio.

7.1. VIOLÊNCIA NA ATENÇÃO DOMICILIAR

7.1.1. Introdução

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

O fenômeno social da violência vem sendo discutido, mesmo que de forma incipiente, desde as últimas décadas do século XX, tornando-se presente e inserido nas políticas públicas de saúde, assistência e segurança, através de leis, diretrizes, programas e projetos para sua redução, seu combate e promoção de assistência, acolhimento e prevenção (MINAYO, 1994). Dada a magnitude e o crescimento de seus eventos, ocasionando um grande número de vítimas com seqüelas orgânicas e emocionais, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 1993), considerou que a questão da violência adquiriu um caráter endêmico e se converteu em um problema de saúde pública.

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

“Nesse sentido, apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos....Os diversos grupos populacionais são atingidos por diferentes tipos de violência com conseqüências distintas. Os homens sofrem mais violência que levam a óbito e tornam-se visíveis nos índices de mortalidade. Em outros segmentos, porém, sobretudo o de criança, adolescente, mulher e idoso, as violências não resultam necessariamente em óbito, mas repercutem, em sua maioria, no perfil de morbidade, devido ao seu impacto sobre a saúde.” (Portaria GM/MS Nº 737 de 16/05/01 publicada no DOU Nº 96 seção 1e – de 18/05/01).

Assim como todo fenômeno social, a violência é um desafio para a sociedade, e não apenas um mal, indevidamente naturalizado e biologicamente determinado; ela pode ser um elemento de mudanças (MINAYO, 1994). Como um dos mecanismos importantes e hoje presente, para a atuação diante da problemática, tem-se a Portaria GM/MS Nº 737 de 16/05/01 publicada no DOU Nº 96 seção 1e – de 18/05/01.

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

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

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

Nesse sentido, as equipes que compõem o SAD têm o papel de, além de cuidar dos pacientes no domicílio, ajudar a fazer a gestão do cuidado dos mesmos e realizar a articulação dos pontos de atenção de modo a ampliar a resolutividade e a integralidade do cuidado (Ver Cap. 1 Vol. 2 do Caderno de Atenção Domiciliar).

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

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

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

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

➤ **Fatores relacionados ao paciente:**

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

➤ **Fatores relacionados ao cuidador:**

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

➤ **Fatores sócio-familiares:**

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

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

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

A identificação dos fatores de risco para violência ou maus tratos permite que a equipe de AD procure confirmar ou excluir a suspeita. Em muitas vezes, mesmo com o

olhar voltado para a procura desta condição, há necessidade da procura direta de informações pela equipe, devendo estas serem solicitadas, se possível, somente com a pessoa cuidada, na ausência do cuidador:

1. Alguma vez alguém te maltratou ou te feriu em sua casa?
2. Alguem já pegou suas coisas sem o seu consentimento?
3. Em alguma situação você já se sentiu ridicularizado ou ameaçado?
4. Você tem medo de alguém em sua casa?
5. Alguem já te obrigou a assinar documentos que não entendia ou foi obrigado a fazer coisas que não queria?
6. Com frequência você se sente abandonado ou permanece sozinho por muito tempo, não podendo contar com ninguém no momento em que precisa?
7. Você já foi tocado fisicamente sem sua permissão?
8. Você já ficou por algum período com fome, sede, sem cuidados de higiene pessoal ou sem os seus medicamentos?

7.1.2. Estratégias na Prevenção da Violência Doméstica

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

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

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

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

7.1.3. Violência no domicílio

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

7.1.4. Famílias Vulneráveis e violência

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

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

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

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

7.1.5. Violência Urbana

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

- Garantir o reconhecimento dos profissionais das equipes de AD, pela população local - através dos conselhos locais e agentes comunitários de saúde;
- Os profissionais das equipes devem estar identificados, com uniformes e crachás indicando que são profissionais de saúde;
- Os meios de transportes devem estar devidamente identificados, garantindo o reconhecimento da população como transporte de equipe de saúde;
- As escalas de atendimentos devem propiciar horários para estas visitas em períodos com maior circulação da população, preferencialmente no período da manhã, ou início da tarde. Este horário deverá ser pré-pactuado com a família;
- Em regiões de muitos becos e alto índice de violência urbana, a equipe poderá solicitar a presença de ACS responsável pela área para que facilite o acesso da equipe;
- Os profissionais em visita devem na medida do possível estar em duplas, e sempre a viatura de transporte da equipe deve estar à espera destes profissionais;
- No caso de conflitos extremos na região, os profissionais devem buscar condição de saírem destas áreas imediatamente.

7.1.6. Violência e a legislação pertinente

A temática “violência e maus tratos” necessita atenção especial de todos, em especial dos órgãos legislativos, para garantir os fluxos e desfechos corretos. O Brasil contempla legislações pertinentes para casos de violência contra crianças e

adolescentes, mulher, idoso e a pessoa com deficiência. A seguir será descrito estas legislações de cada grupo específico de pessoas.

O Estatuto da criança e do adolescente ECA –, criado pela Lei N.º 8.069, de 13 de julho de 1990, no tocante aos casos de violência doméstica, de acordo com os artigos que regulam a conduta dos profissionais de saúde – Artigos 13, 17 e 245 –, define a obrigatoriedade da comunicação dos casos suspeitos ou confirmados às autoridades competentes, em especial ao Conselho Tutelar, cabendo aos setores de saúde e de educação a notificação¹ e a prevenção destes.

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

Qualquer tipo de discriminação ou de maus-tratos para com pessoas portadoras de necessidades especiais é crime previsto na lei 7.853, de 24.10.1985, com pena de um a quatro anos de reclusão e multa. No caso da constatação da violência, as denúncias podem ser dirigidas para o Conselho Tutelar ou para o Ministério Público.

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

O monitoramento dos acidentes e violências contra a pessoa idosa está previsto no artigo 19 do Estatuto do idoso (Lei 10741 de 2003), que trata da obrigação da comunicação dos casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra o idoso pelos profissionais de saúde, à autoridade policial, ao Ministério Público, à Vigilância Sanitária, aos Conselhos Municipal, Estadual e Nacional do Idoso. É fundamental que a equipe esteja atenta as manifestações clínicas de abuso físico, financeiro, sexual, de negligência e manifestações gerais, relativas ao cuidador e responsável, bem como as relativas à pessoa idosa (BRASIL, 2000).

A Lei Maria da Penha (nº11340 de 07/08/2006) configura violência doméstica e familiar contra a mulher, qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause

¹ www.saude.am.gov.br/docs/programas/Ficha_not_violencia.pdf

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

Da mesma forma que os demais segmentos mencionados, torna-se fundamental seguir o acompanhamento dentro dos preceitos legais, realizando uma abordagem preventiva e terapêutica, bem como executando as medidas profiláticas e preventivas de saúde específicas para casos de violência sexual. Em caso de violência contra a mulher, faz-se necessário também a notificação obrigatória conforme estabelecido através da ficha de notificação de violência² elaborada pelo ministério da saúde, bem como o encaminhamento as delegacias especializadas, ou comuns (em caso de ausência das mesmas). Outro mecanismo de orientação é a Central de Atendimento à Mulher, Ligue 180, com atendimento gratuito 24 horas por dia, de segunda a domingo, inclusive feriados. A central atende em âmbito nacional, e oferece orientações sobre o enfrentamento contra a violência e os serviços disponíveis mais próximos.

² www.saude.am.gov.br/docs/programas/Ficha_not_violencia.pdf

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa/Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília: MS; 2001.
- _____. *Estatuto do Idoso*. Lei no. 10.741 de 1o de outubro de 2003. Brasília, Diário Oficial da União, edição no. 192 de 3/10/2003.
- _____. Lei Federal n. 8069, de 13 de julho de 1990. ECA _ Estatuto da Criança e do Adolescente.
- _____. Lei Federal nº11340 de 07 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha.
- _____. Ministério da Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço* [Caderno de Atenção Básica nº 8]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- ESPÍNDOLA, C. R.; BLAY, S. L. Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2007 Apr [cited 2011 Sep 20]; 41(2): 301-306. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000200020&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000200020>.
- GOMES, M. A., PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005. Apr. 10 (2): 357-363.
- MINAYO, M. C. S. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 10 (supplement 1): 07-18, 1994
- _____, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999.
- _____, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *Hist. cienc. Saúde - Manguinhos* [online]. 1997, vol.4, n.3 [citado 2012-02-03], pp. 513-531. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701997000300006&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0104-5970.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59701997000300006>

_____, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2006, vol.11, suppl. [citado 2012-02-03], pp. 1259-1267 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000500015&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1413-8123.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000500015>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório mundial sobre violência e saúde. Brasília: OMS/Opas; 2002.

PRATI, L. E.; COUTO, M. C. P. P.; KOLLER, S. H. Famílias em vulnerabilidade social: rastreamento de termos utilizados por terapeutas de família. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 25, n. 3, Sept. 2009.

PERIL-LEVIN, Silvia. Discussing screening for Elder abuse at primary health care level. WHO, 2008.

SOUZA, E. R.; RIBEIRO A. P.; PENNA, L. H. G.; FERREIRA, A. L.; SANTOS, N. C.; TAVARES, C. M. M. O tema violência intrafamiliar na concepção dos formadores dos profissionais de saúde *Ciênc. saúde coletiva* vol.14 no. 5 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2009.

SOUZA, E. R.; LIMA, M. L. C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1211-1222, 2006. Suplemento.

SEMFYC. Grupo de trabajo de Atencion AL Mayor de La semFYC. Atencion a La personas mayores desde La Atención Primaria. Espanã: Barcelona, 2010.

7.2. OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA - ODP - E VENTILAÇÃO MECÂNICA DOMICILIAR (VMD)

7.2.1. Introdução

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

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

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

O cuidado a pacientes que estão em ODP se torna mais eficaz e eficiente quando acompanhado periodicamente por uma Equipe de Atenção Domiciliar. Muitas vezes, pacientes e familiares recebem os equipamentos de oxigenoterapia, mas não possuem um acompanhamento rotineiro por profissionais de saúde, fazendo com que o custo seja exacerbado e a forma de utilização inadequada, podendo prejudicar a saúde dos pacientes.

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

Considerando a oxigenoterapia um tratamento de alto custo, sua indicação deve impreterivelmente seguir alguns critérios com bases científicas. É de suma importância

que a equipe de saúde oriente detalhadamente como a ODP deve ser usada no domicílio, visto que, muitas vezes, observa-se uso inadequado deste, seja por desconhecimento dos riscos pelos próprios usuários ou por orientação pouco esclarecedora por parte da equipe responsável.

7.2.2. Riscos, Toxicidade e Efeitos Colaterais

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

- **Riscos físicos**: como incêndios e explosões, traumas ocasionados pelo cateter ou máscara ou ressecamento de secreções devido à umidificação inadequada;
- **Efeitos funcionais**: retenção de CO₂ e atelectasias;
- **Efeitos tóxicos**: Manifestações citotóxicas do oxigênio.

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

A retenção de CO₂ pode ser observada, em alguns pacientes, durante a administração de oxigênio. Nestes casos, é comum situações nas quais a Equipe de Atenção Domiciliar encontra alterações da quantidade de fluxo de O₂ prescrita. Nestas, familiares, cuidadores ou os próprios pacientes elevam o fluxo de O₂ em determinados momentos de fadiga ou descompensação por excesso de atividade muscular.

Freqüentemente, é referido que esse fato é ocasionado pela diminuição do estímulo respiratório hipóxico que resulta em diminuição da ventilação minuto (Vm) e aumento concomitante do CO₂. Entretanto, estudos recentes sugerem que a hipótese mais provável é que o aumento da PaO₂, resultante da administração de oxigênio, pode aumentar o espaço morto devido à reversão da vasoconstrição hipóxica pulmonar. Tal reversão aumentaria a perfusão de áreas com pequena ventilação, desviando sangue de áreas bem ventiladas, resultando em alterações da relação ventilação/perfusão, aumento do espaço morto e, conseqüentemente, da PaCO₂.

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

De fato, cada litro de O₂ associado ao ar ambiente eleva a FiO₂ total em quatro

pontos percentuais, como, por exemplo, com um fluxo de O₂ de 1 L/min, corresponde a uma FiO₂ de 24%.

O efeito da oxigenoterapia sobre a PaCO₂ pode ser monitorado por meio do pH. Mesmo no caso de aumentos da PaCO₂, a oxigenoterapia de baixo fluxo pode ser utilizada com segurança nos casos em que o pH se mantiver normal.

A toxicidade pulmonar por oxigênio pode ocorrer quando forem utilizadas frações inspiradas superiores a 50% por longos períodos. De qualquer maneira, o bom senso recomenda que seja utilizado o menor fluxo de O₂ necessário para manter a saturação adequada.

7.2.3. Critérios Clínicos para Indicação de ODP

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

Segundo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia constitui indicação para prescrição de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada a baixos fluxos, os seguintes achados laboratoriais e de exame físico:

1) Oxigenoterapia prolongada:

- a) PaO₂ menor ou igual a 55mmHg ou Saturação de O₂ menor ou igual a 88%; ou
- b) PaO₂ entre 56 e 59mmHg ou Saturação de O₂ igual a 89% associado a: edema por insuficiência cardíaca, evidência de *cor pulmonale* ou hematócrito superior a 56%.

2) Oxigenoterapia durante o exercício:

- a) PaO₂ menor ou igual a 55mmHg ou Saturação de O₂ menor ou igual a 88% documentada durante o exercício.

3) Oxigenoterapia noturna (comprovação através de polissonografia)

- a) PaO₂ menor ou igual a 55mmHg ou Saturação de O₂ menor ou igual a 88% documentada durante o sono

- b) Queda da saturação de O₂ superior a 5% com sinais e sintomas de hipoxemia (embotamento cognitivo, fadiga ou insônia).

Para a prescrição da Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada é necessária a gasometria arterial recente, realizada durante doença estável, em repouso e em ar ambiente, pois ela permite a avaliação da condição ventilatória do paciente pela análise da PaCO₂. Não é suficiente para a prescrição, o uso de oximetria de pulso. O acompanhamento domiciliar do paciente estável, entretanto, pode ser feito por oximetria de pulso.

Crêterios Administrativos para Admissão ao Programa de Oxigenoterapia Domiciliar

Para admissão ao Programa de Oxigenoterapia Domiciliar, são necessários:

- Laudo atualizado emitido por médico (**SUS/ e ou Serviço de Saúde de Referência vinculado ao SUS**), com solicita o da ODP, comprovando a necessidade de oxigênio, discriminando a doença pulmonar de base, co-morbidades associadas, resultado da gasometria arterial, medicamentos (nomes e doses) em uso e data da última internat o, bem como a prescri o que incluí o fluxo de oxigênio necessário, o número de horas por dia a ser usado e o tipo de cateter ou máscara.
- Exames complementares:
 - o Gasometria arterial recente, em repouso e em ar ambiente nos parâmetros especificados pela Sociedade de Pneumologia e Tisiologia; na impossibilidade de realiza o da gasometria, poderá ser utilizada a oximetria de pulso, se os valores se enquadrarem nos seguintes parâmetros: SpO2 menor ou igual a 88% em repouso e SpO2 menor ou igual a 88% após teste de esforço.
 - o Hematócrito; se necessário exame radiológico de tórax atualizado; eletrocardiograma ou ecocardiograma atualizados que constatem (ou não) sinais de *cor pulmonale* Cr nico.
- Documentos: apresenta o da cópia do RG, CPF, cartão SUS e comprovante de endereço do paciente ( rea de abrangência do SAD) e cópia do RG e do CPF do seu responsável. Termo de compromisso e adesão ao programa de Oxigenoterapia Domiciliar assinado pelo paciente ou responsável legal.

A situa o domiciliar compatível com as condi es mínimas para a presta o do serviço, possibilitando a manuten o do equipamento, constitui outro critério para admissão.

Monitoriza o dos Pacientes Cadastrados

A monitoriza o do paciente em uso de oxigenoterapia domiciliar prolongada será realizada de duas formas:

- A cada 6 meses, para renova o do cadastro, com atualiza o da prescri o através de relatório médico, realizada pelo pneumologista;

- Reavaliação após episódio de exacerbação da doença ou após alta hospitalar, para verificar necessidade de estabelecer novo fluxo de oxigênio;
- Acompanhamento periódico pelo fisioterapeuta (reabilitação pulmonar- revisão do fluxo de oxigênio após aumento da tolerância ao exercício com O2);

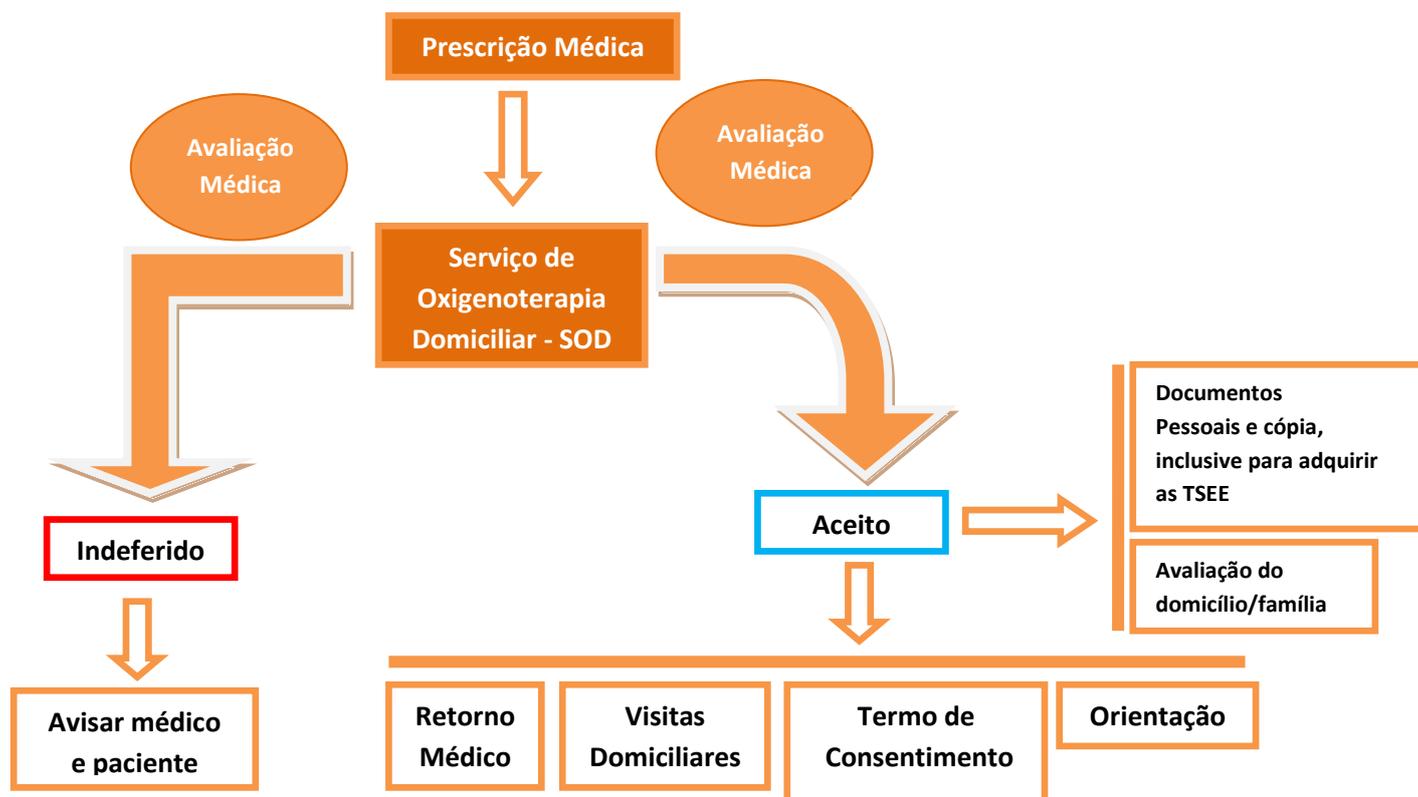
Critérios de Exclusão: Não serão autorizadas solicitações de OPD para os seguintes casos:

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

Fontes de Oxigênio

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

Exemplo de Fluxograma de ODP



Dificuldades com a ODP

- Desconforto das cânulas nasais;
- Vergonha, limitação da mobilidade e deambulação, principalmente se fonte fixa;
- Dificuldade para adquirir fontes portáteis;
- Fontes portáteis muito pesadas e caras;
- Custo elevado da energia elétrica (concentrador) – atualmente existe a Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE, que possibilita desconto dessa taxa de acordo com a renda familiar (Vide Portaria Interministerial nº 630 de 08.11.2011 em anexo);
- Medo de manusear o equipamento;
- Falta de conhecimento da doença pelo paciente ou familiar/cuidador.

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

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

Responsabilidades da Equipe de Atenção Domiciliar ou Empresa Fornecedora de Oxigênio

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

Responsabilidades do Paciente

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

Segurança no Manuseio de Cilindros

- Nunca role o cilindro na horizontal;
- Nunca movimente cilindros com capacetes mal rosqueados;
- Nunca suspenda o cilindro pelo capacete.

- Não utilize ferramentas para abertura das válvulas dos cilindros
- Nunca transfira gás de um cilindro para outro.

Leia Mais:

- **Jornal de Pneumologia. Oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). Acesse:**

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-3586200000600011

- **Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Acesse:**

http://www.jornaldepneumologia.com.br/pdf/supl_124_40_dpoc_completo_finalimpresso.pdf

Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI)

Constitui-se modalidade AD3 de atenção domiciliar o uso de Oxigenoterapia com Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI). Hoje não há dúvidas de que o uso da VMNI em grupos selecionados de pacientes, como, por exemplo, pacientes com exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), é responsável pela diminuição da necessidade de intubação, mortalidade e custos do tratamento, motivo pelo qual o seu uso vem se tornando cada vez mais freqüente.

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

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

É recomendado o uso de VMNI em pacientes com DPOC, Asma, Edema Agudo do Pulmão, Insuficiência Respiratória Hipoxêmica (Imunossuprimidos, pós

transplantes, Pneumonia e outros), pós ressecção pulmonar, doenças terminais (Câncer e Esclerose Lateral Amiotrófica dentre outros).

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

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

Nestes casos é importante acompanhamento sistematizado do médico pneumologista e se necessário, de neurologista, dentro de fluxos pré-estabelecidos pela equipe de AD. Para estes pacientes é imprescindível a avaliação do domicilio antes do início do acompanhamento para avaliar condições da rede elétrica. Também a empresa fornecedora do oxigênio e muitas vezes destes aparelhos deve garantir a manutenção dos referidos equipamentos, trocas e reposições de circuitos bem como a orientação da família para sua correta utilização.

Seguem critérios usados pela SMS de São Paulo para dispensar CPAP para doentes com síndrome de apnéia obstrutiva do sono (SAOS):

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

Saiba mais:

-III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. Acesso em:

http://www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/Suple_151_47_3cap3.pdf

- Inquérito Eurovent sobre Ventilação Mecânica Domiciliar:

<http://erj.ersjournals.com/content/25/6/1025.full.pdf+html>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, A. F. et al. Análise das Alterações Ventilatórias e Hemodinâmicas com Utilização de Ventilação Mecânica Não-Invasiva com Binível Pressórico em Pacientes com Insuficiência Cardíaca Congestiva. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 88, n. 01, p. 96-103, 2007.

BERSTEN, A. D. et al. Treatment of severe pulmonary edema with continuous positive airway pressure delivered by face mask. **N Engl J Med.** v. 325, p. 1825-30, 1991.

CARVALHO, C. R. R. Ventilação Mecânica. São Paulo: **Editora Atheneu.** v. 1 e 2, 2000.92

CARVALHO, W. B.; JOHNSTON, C. Efeitos da Ventilação Não-Invasiva com Pressão Positiva no Edema Agudo de Pulmão Cardiogênico. **Rev Assoc Med Brás.** v. 52, n. 4, p.187-201, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 160 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 25)

CRANE, S. D. et al. Randomised controlled comparison of continuous positive airway...

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Consenso Brasileiro de Oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP).** Apud J Pneumol 26(6), p 341 350, setembro 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Temas em revisão-Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada,** 2008. Disponível no site: www.sbpt.org.br.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica.** J Bras Pneumol; 33(Supl 2): S 92-S 105, 2007.

DIRETRIZES DO PROGRAMA PULMÃO PAULISTANO E DE OXIGENOTERAPIA

DOMICILIAR PROLONGADA- disponível em

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/nupes/Diret_ODP_DPA_2010.pdf

7.3. INTERCORRÊNCIAS EM ATENÇÃO DOMICILIAR

7.3.1. Introdução:

Com a expansão e a qualificação da atenção domiciliar, aumentando consideravelmente a quantidade de pacientes sendo cuidados em domicílio, é necessário reconhecer a possibilidade de ocorrência de eventos inesperados, ou intercorrências.

Dessa forma, o Serviço de Atenção Domiciliar - SAD deve organizar seu processo de trabalho para que o paciente tenha acesso ágil à sua EMAD ou Equipe de Atenção Básica nestas ocasiões, para que possam ser dadas orientações simples ou até encaminhamento rápido aos Serviços de Urgência/Emergência de referência, quando necessário.

Deve ficar claro, no plano de cuidados traçado pela equipe de saúde e pactuado com o paciente/familiares/cuidador, em quais situações o paciente deve ser levado para um serviço de urgência/emergência (chamar o SAMU-192 ou ser levado para UPA, por exemplo) – através do reconhecimento de “sinais de alerta”, e em quais situações a equipe deve ser acionada para avaliar a situação.

Nestas situações, além de capacidade técnica, conta-se com o discernimento dos profissionais acionados, quando cabe a eles a ponderação de todos os riscos e benefícios de se manter este paciente em AD ou transferi-lo para outro local.

Algumas intercorrências mais frequentes são listadas abaixo, e a seguir far-se-á uma breve explicação sobre cada uma.

INTERCORRÊNCIAS FREQUENTES NA AD	
1.	Hipoglicemia
2.	Dispneia
3.	Febre
4.	Náuseas e vômitos
5.	Crise convulsiva
6.	Quedas /Trauma Crânio encefálico
7.	Diarréia
8.	Delirium
9.	Dor abdominal
10.	Suspeita de Acidente Vascular Cerebral
11.	Administração errada de medicamentos
12.	Disfagia
13.	Broncoaspiração
14.	Obstrução de Sonda nasoentérica
15.	Dor torácica

7.3.2. CONDIÇÕES FREQUENTES:

a) Hipoglicemia:

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

- ✓ **Sinais prováveis de hipoglicemia:** instalação abrupta de sudorese fria, tremores, diminuição do sensorio, taquicardia, palidez, convulsões, alteração comportamental (agressividade, delírio);
- ✓ **Sinal de certeza de hipoglicemia:** sinais e sintomas melhoram com administração de glicose;
- ✓ **Possíveis medidas no domicílio:** confirmar a suspeita fazendo uma rápida glicemia capilar com o glicosímetro que deve estar em todas as maletas de visita domiciliar. As medidas obtidas no glicosímetro que demandam ação:

< **60 mg/ml, mesmo sem sintoma:** recomenda-se a ingestão de bebida adoçada com açúcar (100ml) ou mel, repetir a medida de glicemia após 15 minutos, repetir a dose do líquido adoçado até a glicemia atingir acima de 100. É seguro que os valores fiquem acima do normal por algum período, principalmente no período noturno, pelo risco de lesão em SNC.

- < **70 mg/ml com sintomas:** ingerir 100ml de líquido adoçado;

- **70 – 100 mg/ml com sintomas:** ingerir 50ml de líquido adoçado;

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

✓ **Cuidados na administração de hipoglicemiantes:**

- pacientes com má ingestão oral.
- insuficiência hepática e renal.
- polifarmácia.
- dificuldade na adesão medicamentosa, com risco de tomada/aplicação errada de hipoglicemiantes.

Atenção: Caso o paciente perca a consciência e não tenha acesso via sonda enteral, utiliza-se a massagem de açúcar na bochecha ou aplicação de mel via retal, até se conseguir aplicação de glicose endovenosa ou injeção de glucagon.

✓ **Quando encaminhar para a urgência:**

- coma hipoglicêmico.
- torpor persistente após medidas adotadas.
- alteração hemodinâmica.
- insuficiência ventilatória.

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

b) Dispnéia:

Definida como sensação subjetiva de falta de ar (aflição, aperto de peito, falta de fôlego e sufocamento).

- ✓ **Sinais e sintomas:** taquipnéia, cianose, suor frio, bradipnéia, alteração comportamental e fala entrecortada.

Causas:

Paciente hígido	BCE; Infecção respiratória; Ansiedade; Gravidez; Dor
Com comorbidades	Congestão pulmonar (ICC, IRC); Infecção; TEP; IAM/equivalente; DPOC descompensado; Anemia grave; Fibrose pulmonar; Ascite; Dor; Acidose; Broncoaspiração
Com neoplasia avançada	Lesão de trato respiratório; Infecção; TEP; Ascite; Dor
Causas externas	Seqüela de inalação de fumaça; Envenenamento; Beta-bloqueador; trauma

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

Conduta: Pode-se instalar um cateter de oxigênio a 2l/min até que se chegue a um diagnóstico e conduta definitivas. Por isso, no veículo que transporta as equipes sempre deverá haver um pequeno cilindro de O₂, com fluxômetro, mangueira de látex e cateteres nasais prontos para uso.

- ✓ **Quando remover:** todo paciente com dispnéia grave demanda conduta imediata – remoção e tratamento sintomático. Na ausência do médico da equipe, o regulador do SAMU poderá dar os encaminhamentos necessários.

c) Febre

Nem sempre o ponto de valorização da temperatura axilar como febre será 37,8°C, principalmente em relação a idosos com massa muscular diminuída e localidades com temperatura ambiental baixa. A temperatura de corte de 37,5°C talvez seja um parâmetro a ser considerado nesses contextos. Da mesma maneira, hipertermia por causas ambientais (quarto pouco ventilado, verão tórrido, tetos zincados ou de amianto) ocorrem e não são consideradas febre. Para a febre relacionada à infecção devem ser checados:

- a. Estado geral, estado mental, apetite e hidratação.
- b. Tosse, catarro (aspecto, quantidade e cheiro) e falta de ar.
- c. Urina fétida, oligúria, incontinência de início recente, disúria, piúria, dor em baixo ventre, retenção urinária e lombalgia.
- d. Lesões de pele: vermelhidão, edema, feridas e secreção.
- e. Diarréia, muco ou sangue nas fezes, dor abdominal e vômitos.
- f. Se possível, sinais vitais: PA, FC e FR.

- ✓ **Indicação de permanência no domicílio:** estado geral bom, sem sinais de infecção grave;
- ✓ **Indicação de visita domiciliar breve, até em 24h:** estabilidade clínica, mas com risco de disfunção orgânica (falta de ar, diarreia, perda de marcha, *delirium*) ou pacientes com baixa reserva funcional e queda do estado geral;
- ✓ **Indicação encaminhamento ao setor de emergência:** instabilidade hemodinâmica, falta de ar, dor, desidratação grave, não controlado no domicílio, crise convulsiva.

d) Náuseas e vômitos:

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

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

Paciente hígido, poucas comorbidades	Dispepsia crônica, esofagite, úlcera péptica; Etilismo; Refluxo Gastroesofágico; Gastroenterocolite aguda, parasitoses; Descompensação diabética (hipo ou hiperglicemia); IAM; Gravidez/hiperêmese gravídica; Vestibulopatia; Anorexia/bulimia depressão; Pielonefrite.
Paciente com múltiplas comorbidades	Em uso de sonda/gastro: posicionamento incorreto, infusão rápida de dieta, migração da sonda de gastrostomia; Hiponatremia, hipercalcemia, acidose metabólica, uremia; Hepatopatia (medicamentosa ou infecciosa); Obstrução/suboclusão intestinal; Efeito colateral de medicamentos; Gastroparesia; Hérnia de hiato; Isquemia mesentérica; Vestibulopatia; IAM; Pielonefrite; Tosse de difícil controle;
Pacientes com doença oncológica avançada	Efeitos colaterais de medicamentos e tratamentos (quimioterapia, radioterapia, morfina...); Metástases hepáticas; Obstrução/suboclusão intestinal; Lesão em SNC (SHC, tumor); Gastroparesia

- ✓ **Lista de medicamentos que ocasionam frequentemente náuseas e vômitos:** Antibióticos; Analgésicos; Anti-inflamatórios, Cortico-esteróides; Digoxina; Metformina; Anticonvulsivantes; Levodopa; Sulfato ferroso e Opióides. **Importância da Intervenção:** para evitar desidratação, distúrbios hidroeletrólíticos e ácido- básicos.
- ✓ **Medidas de Intervenção possíveis no domicílio:**
 - Dieta rica em líquidos e preferencialmente sem ou com pouca gordura e poucas fibras;
 - Refeições em pequenas porções, mais frequentes;
 - Evitar odores que nauseiam o paciente;
 - Decúbito elevado durante e após as refeições;
 - Medicamentos antieméticos.
 - Hidratação VO e parenteral (EV ou SC = hipodermóclise) sob prescrição médica.
- ✓ **Indicação de hospitalização/encaminhamento para a urgência:**
 - Pacientes incapazes de alimentar-se ou ingerir líquidos pela via oral, que não tenham uma via alternativa de ingesta mesmo após uso de antieméticos via parenteral (IM, SC, EV);
 - Indivíduos que apresentem doença debilitante como o Diabetes, pelo risco de hipoglicemia, risco de insuficiência renal pela desidratação, caso não tenha uma via alternativa de hidratação;
 - Sinais vitais sugestivos de desidratação grave (hipotensão, taquicardia, alteração do estado mental, oligúria), de acordo com os padrões basais do paciente.

e) Crise convulsiva:

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

A crise convulsiva isolada não caracteriza epilepsia e pode ser manifestação aguda, dentre outros, de condições físico-estruturais do Sistema Nervoso Central, causas metabólicas ou externas como evidencia o quadro a seguir:

Estruturais do SNC	Isquemia; Infecções do SNC ou sistêmicas; Tumores; Eclampsia; Doenças cérebro-vasculares; Epilepsia.
Causas externas	Intoxicação exógena por cocaína, anfetaminas, antidepressivos, salicilatos, pesticidas, hidrocarbonetos, metais, cânfora; Abstinência de medicamentos/drogas; Picada de escorpião.

Metabólicas

Hipo e hipernatremia, hipocalcemia, hipomagnesemia, hipo e hiperglicemia; Febre; Hipóxia; Insuficiência hepática ou de supra-renal; Eclampsia; Hipertireoidismo; Abstinência; Etilismo.

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

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

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

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

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

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

1. Monitorar sinais vitais;
2. Oferecer oxigênio por cateter ou máscara nasal;
3. Protegê-lo contra quedas;
4. Medir glicemia capilar;
5. Medir oximetria se possível.

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

Indicação de hospitalização/encaminhamento para a urgência:

- Se as medidas acima não puderem ser realizadas por qualquer motivo, ou se realizadas e ineficazes, acionar o plantão do SAMU imediatamente;
- Se as crises estiverem repetidas, convém avaliação com propedêutica específica para ajuste de doses dos antiepiléticos;

- Se houver sinais de TCE ou infecção de Sistema Nervoso Central ou sinal neurológico localizatório;
- Se permanecerem alterações ao exame neurológico, torpor, cianose e hipoventilação.

f) Quedas

Evento que resulta numa mudança de posição abrupta ficando sobre o chão ou em nível inferior. Pode ser também consequência de um golpe violento, perda da consciência, ataques súbitos de paralisia e ataques epiléticos (THE KELLOGG INTERNATIONAL WORKING GROUP, 1987 *apud* SKELTON E TODD, 2004).

Configura não apenas uma intercorrência, mas também a indicação de abordagem domiciliar pelos profissionais de saúde que executam práticas de cuidado no domicílio para que as armadilhas arquitetônicas sejam reconhecidas e as orientações de modificação ambiental possam ser melhor direcionadas. Alguns pacientes podem se beneficiar da reabilitação de marcha e vestibular no domicílio, com incremento das Atividades Básicas de Vida Diária. Outros, com prognóstico de reabilitação e que apresentam maior grau de mobilidade, inclusive em ambientes externos, devem ser encaminhados a centros especializados de reabilitação.

Uma situação às vezes esquecida no domicílio é *que nem sempre quem cai é quem anda* – nas transferências da cama à cadeira e vice-versa, pacientes também podem cair e apresentar lesões corporais, com risco de morte.

O período após alta hospitalar de um idoso frágil que deambulava é muito perigoso – houve perda de massa muscular pela permanência prolongada no leito com conseqüente síndrome do desuso, uso de medicamentos que diminuem apetite ou são deletérios ao tecido muscular, e realização de procedimentos ou condições clínicas que causavam falhas na oferta periódica de refeições – tudo isso favorece a piora funcional e conseqüentemente, quedas no domicílio e também a síndrome da imobilidade.

Na literatura, os cuidados domiciliares interdisciplinares, focados para as necessidades do cliente, após internação hospitalar de idosos frágeis, diminuem reinternação e quedas (extraído do Cap. 3 Vol. 2 – Situações Comuns na Atenção Domiciliar).

As quedas, mais frequentes nos idosos, podem ocasionar expressivo aumento na sua mortalidade (que é aumentada em 30% após o primeiro ano da queda). Na maioria das vezes evoluem com possibilidade de fraturas diversas e necessidade de hospitalização para tratamento cirúrgico, com frequentes intercorrências e institucionalização. Assim, não é raro o paciente evoluir para imobilidade com todas as

suas conseqüências. Quando se recupera, pode deixar de levar uma vida mais ativa devido ao medo e/ou disfunções geradas pela queda. Além disso, há um aumento nos custos decorrentes da busca por serviços de saúde e hospitalização (PERRACINI; RAMOS, 2006).

Os riscos de queda estão relacionados a fatores multicausais, que variam desde o estado prévio de saúde do paciente, e a fatores externos como sociais e ambientais. (TODD; SKELTON, (2004); PERRACINI; RAMOS, 2002; RIBEIRO et al, 2008). Síndrome da imobilidade, problemas relacionados ao aparelho locomotor, neurológico (processamento neuromotor, déficits sensoriais, cognição), doenças crônicas, uso excessivo de medicamentos (principalmente para distúrbios do sono e neurológicos) e problemas de equilíbrio aumentam sobremaneira o risco de quedas.

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

- ✓ **Medidas de intervenção no domicílio:** Um estudo realizado por Fabrício e cols. (2004) relacionado a quedas com a população idosa mostrou que 54% de sua casuística referem-se a um ambiente inadequado, onde 66% ocorreram no próprio lar. Das pessoas que sofreram quedas, grande parte teve como conseqüências dificuldades de manutenção das AVD.

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

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

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

Outro passo importante é a boa orientação quanto a hábitos e comportamentos de risco, por exemplo: subir em no telhado, subir em escadas para pegar algum objeto fora de seu alcance, andar nos cômodos de sua casa no escuro, andar de meias pela casa, carregar objetos

pesados, ingerir bebidas alcoólicas em excesso, ingerir medicações em excesso, entre outros fatores.

✓ **Abordagem pós-queda:**

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

✓ **Indicação de hospitalização/encaminhamento à urgência:**

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

Como o TCE (Trauma Crânio Encefálico) é uma das conseqüências mais temidas das quedas, pois a maioria das mortes evitáveis nos pacientes que chegam conscientes ao hospital vítimas de TCE decorre de sua abordagem inadequada pré-hospitalar relacionamos abaixo **dicas úteis ao abordar possível TCE recém ocorrido ainda no domicílio:**

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

Sinais de alerta no domicílio:

- ✓ Alteração do estado mental,
- ✓ Perda transitória ou imediata da consciência
- ✓ Cefaléia progressiva e refratária
- ✓ História concomitante de uso de drogas ou álcool
- ✓ Convulsões ou vômitos
- ✓ Sangramento pelo ouvido ou nariz
- ✓ Fratura concomitante de face ou outra parte do corpo
- ✓ Idade abaixo de 2 anos
- ✓ Possibilidade de trauma penetrante

Conduta nestes casos: estabilizar o paciente (garantir oxigenação e PA adequadas), e acionar o SAMU para transferir para Centro de Referência onde haja possibilidade de realização de TOMOGRAFIA e abordagem neurológica. O RX simples de crânio não acrescenta nada, é desnecessário!

g) Diarréia:

A frequência da evacuação normal varia de 3 vezes por semana a 3 vezes por dia. Um aumento de volume das fezes acompanhado por diminuição da consistência e maior número de evacuações configura um quadro de diarreia.

A diarreia pode ser classificada como:

Diarréia aguda: presença de 3 ou mais evacuações com fezes de consistência diminuída e aquosa em um período de 24 horas.

Disenteria: diarreia sanguinolenta, presença de sangue visível e muco.

Diarréia persistente: episódios de diarreia durando mais de 14 dias.

Diarréia crônica: duração maior de 30 dias.

São inúmeras as **causas** de **diarreia aguda**. As mais prováveis de serem encontradas na prática de cuidado em AD estão listadas no quadro abaixo:

Causas prováveis de diarréia aguda
Infecções virais (Rotavírus).
Parasitoses intestinais (Giardia).
Infecções bacterianas (Shigela, Salmonela, ECEH, Staphylococcus)
Medicamentosa (laxantes, antibióticos, AINE, quimioterápicos)
Dietas por SNE/SGE (administração rápida, dieta aquecida, intolerância)

Anamnese e exame físico na diarréia aguda: A avaliação inicial deve focar em parâmetros que possam indicar gravidade e sintomas de desidratação, que devem prontamente ser abordados. A provável causa deve ser investigada para a determinação da terapêutica. Deve-se avaliar o início do quadro, a frequência das evacuações e a quantidade de fezes, as características das fezes, a presença de vômitos ou febre associados, a historia clínica prévia e o estado atual de saúde da pessoa, como a presença de imunossupressão e de co-morbidades, a presença de informações epidemiológicas, como viagens recentes e epidemias atuais.

Os sinais físicos são mais úteis para a determinação da gravidade da diarréia do que da sua etiologia. O aspecto mais importante a ser avaliado na diarréia aguda é o nível de hidratação da pessoa.

✓ **Os principais sinais de desidratação que devem ser identificados são:**

- Prolongamento do tempo de reperfusão capilar;
- Redução do turgor da pele;
- Alteração do padrão respiratório;
- Taquicardia;
- Hipotensão;
- Mucosas secas;
- Extremidades frias;
- Olhos fundos;
- Pulsos finos;
- Mau estado geral.

Classificação da gravidade da desidratação segundo parâmetros clínicos:

Grau de desidratação	Estado clínico
Hidratado ou desidratação mínima	Alerta, bebe normalmente, podendo até recusar líquido
	Apresenta lágrimas e mucosas úmidas
	Apresenta pulso, perfusão capilar, FC e FR sem alterações
	Extremidades quentes, com turgor da pele preservado
	Débito urinário normal ou diminuído
Desidratação leve ou moderada	Estado de consciência normal, cansado, agitado ou irritado
	Ansioso para ingerir líquidos
	Diminuição das lágrimas, mucosas secas, olhos ligeiramente afundados
	Pulso normal ou diminuído, perfusão capilar prolongada
	Extremidades com pele fria
	Diminuição do turgor da pele
	Diminuição do débito urinário
Desidratação grave	Letárgico ou inconsciente
	Tem dificuldade ou não consegue ingerir líquido
	Ausência de lágrimas, mucosas secas, olhos afundados e sem brilho
	Respiração profunda
	Aumento da FC e, posteriormente, diminuição da FC com o aumento da gravidade da desidratação
	Pulsos fracos ou não palpáveis, perfusão capilar prolongada ou mínima
	Extremidades com pele fria, manchada e cianótica
Diminuição do turgor da pele	

✓ **Sinais ou sintomas que indicam risco, aumentado de progressão para o quadro de choque:**

- Estado geral ruim ou que está se deteriorando;
- Estado de consciência alterado (irritado ou letárgico);
- Olhos fundos;
- Taquicardia;
- Taquipnéia;

- Turgor da pele reduzido.

✓ **Importância da Intervenção:** Deve-se a possibilidade de prevenir uma desidratação e/ou distúrbios Hidroeletrólitos e/ou ácido- básicos.

✓ **Medidas de Intervenção possíveis no domicílio:**

-Hidratação via oral ou parenteral (EV, SC) conforme o grau de desidratação.

-Tratar a causa base quando indicado.

OBS.: Lembrar que a maioria das diarreias agudas são autolimitadas!

✓ **Indicação de hospitalização/encaminhamento para a urgência:**

- Desidratação grave;

- Risco de choque;

h) Delirium:

É um estado confusional agudo que resulta de uma disfunção cerebral orgânica difusa e caracteriza-se pela presença de flutuações do nível de consciência, com alterações do ciclo sono-vigília e distúrbios de atenção, percepção, pensamento, memória e comportamento. Pacientes com Delirium apresentam maior risco de institucionalização e redução de funcionalidade após a alta hospitalar.

Na AD, parte dos casos de *delirium* é advinda da alta hospitalar. Por outro lado, um quadro de *delirium* é motivo de investigação, que pode levar a uma internação hospitalar. O *delirium* freqüentemente prediz ou acompanha alguma doença em idosos.

São causas de Delirium

Medicamentos	Anticolinérgicos; Quimioterápicos; Benzodiazepínicos; Opióides; Sedativos/hipnóticos; AIH; Beta-bloqueadores; Digitálicos; Anti-histamínicos.
Distúrbios metabólicos	Hidroeletrólitos; Hipo/hiperglicemia; Tireóide/paratireoide; Adrenal; Pituitária; Hipovitaminoses (Tiamina, B6, Ácido fólico).
Doenças	Insuficiência renal; Insuficiência hepática; Hipoxemia (DPOC); Insuficiência Cardíaca; Doenças neurológicas; Alcoolismo; Abstinência a drogas.
Patologias estruturais	Metástases; Lesões cerebrais; TCE (quedas)
Infecções	Sepse; Meningites; Encefalite
Outras situações	Retenção urinária; Fecaloma; Dor; Infecção hospitalar recente; Restrição física; Uso de sondas e cateteres.

São **fatores de risco** para apresentar *delirium*:

- Maior de 65 anos

- Sexo masculino

- Delirium prévio
- Demência
- Depressão
- Imobilidade
- Polifarmácia
- Déficit visual e/ou auditivo
- Insuficiência renal ou hepática
- Desnutrição
- Dependência funcional
- Múltiplas doenças crônicas
- Quedas
- Neoplasias
- SIDA
- Doenças em fase terminal

Quadro Clínico:

- Confusão mental com curso de flutuações dos sintomas agudos ou subagudos;
- Variação do sensorio acompanhada de prejuízo do alerta, da orientação (pessoal, no tempo e no espaço), da cognição e da atenção;
- Anormalidades psicomotoras acompanhadas por agitação, sonolência, alucinação ou ilusão;
- Pensamento desorganizado e fala incoerente ou inapropriada (é comum palavras);
- Instabilidade emocional (irritabilidade, fome, euforia, labilidade, choro inapropriado...);
- Sintomas neurológicos como asterixes, tremores, mioclonias, descoordenação, incontinência urinária ou fecal.

Tipos de *Delirium*

- Hiperativo: confusão, agitação, com ou sem alucinação, ilusão ou mioclonia (pode confundir com ansiedade ou epilepsia);
- Hipoativo: confusão, com sonolência, com ou sem prostração (pode confundir com depressão);
- Misto: sintomas de hiperativo e hipoativo.

Importância do manejo no domicílio: O mais importante é prevenir o Delirium. Para evitar uma internação hospitalar deve-se manter uma alta suspeita, a fim de ocorra o diagnóstico precoce. Deve-se realizar uma boa anamnese e um bom exame físico em busca da possível causa, revisar todos os medicamentos utilizados pelo paciente e recomenda-se o uso da escala

de avaliação de confusão mental (CAM – Confusion Assessment Method) por apresentar uma boa sensibilidade e especificidade além de fácil aplicação.

Tratamento no domicílio

- **Medidas gerais:** ambiente silencioso, boa luminosidade, relógios ou calendários visíveis.
- **Tratamento da causa:** infecção, desidratação, distúrbios hidroeletrólitos (...).

Medicamentos utilizados:

Medicamentos	Dose (mg)	Frequência(h)	Via	Efeitos adversos
Risperidona	0,5-3	02 a 12	VO,	Efeito extra piramidal em doses altas, hipotensão, ganho de peso
Haloperidol	0,5-5	02 a 12	VO, IM, EV, SC	
Olanzapina	2,5-20	02 a 12	VO, SL	Sonolência, aumento do apetite, boca seca, agitação, cefaléia, constipação
Lorazepam	0,5-2	01 a 06	VO, IM, EV, SL	

Indicação de hospitalização/encaminhamento para a urgência:

- Necessidade de investigação complementar que não seja possível de realizar no domicílio;
- Causa que não seja possível tratar no domicílio;
- Sem resposta ao tratamento convencional.

i) **Dor abdominal:**

Existe uma grande variedade de causas, que vão desde situações mais simples como constipação até situações de abdome agudo, com uma úlcera péptica perfurada. A dor pode ser aguda ou crônica. Neste tópico daremos ênfase a dor aguda que se caracteriza por apresentar início recente e de forte intensidade.

Principais mecanismos de dor abdominal	Condição patológica
Obstrução	Obstrução total ou parcial de estômago, intestinos, trato biliar e trato urinário
Irritação peritoneal	Infecção, irritação química, processo inflamatório sistêmico
Insuficiência vascular	Embolização, oclusão arterial, hipotensão, dissecação de aneurisma de aorta

Ulceração de mucosa	Úlcera péptica, câncer gástrico
Alteração de motilidade	Gastroenterocolite aguda, Diabetes tipo II, Síndrome do Intestino irritável, Diverticulose.
Distúrbios metabólicos	Cetoacidose diabética, porfiria, envenenamento por chumbo
Lesão nervosa	Herpes Zoster, compressão de raiz, cicatriz cirúrgica
Lesão da parede abdominal	Trauma, miosite, hematoma
Dor referida	Pneumonia, infarto do miocárdio ou pulmonar
Causas psicogênicas	Ansiedade, depressão, neuroses

Causas comuns de dor abdominal segundo a localização	
Quadrante superior direito	Doenças do trato biliar, hepatite, hepatomegalia
Quadrante superior esquerdo	IAM, Pneumonia, anemia falciforme, linfoma, esplenomegalia, gastrite
Quadrante inferior direito	Apendicite, Doença de Crohn, causas ginecológicas (ruptura de cisto ovariano, gestação ectópica, DIP), causas renais (litíase, Pielonefrite)
Quadrante inferior esquerdo	Diverticulite, obstrução intestinal, colite, sacroileite, causas ginecológicas (ruptura de cisto ovariano, gestação ectópica, DIP), causas renais (litíase, Pielonefrite)
Mesoepigástrica	Dispepsia, DRGE, pancreatite, DUP, apendicite inicial
Suprapúbica	Cistite, prostatite, retenção urinária, causas ginecológicas
Difusa ou generalizada	Lesão de parede abdominal, doença celíaca, constipação, diarreia, SII, Gastroenterocolite aguda, linfadenite mesentérica, colo perfurado, ruptura de aneurisma aórtico abdominal, trauma

Anamnese: É fundamental na história, a caracterização da dor abdominal para auxílio no diagnóstico e manejo adequado. Logo, é importante verificar o início (súbito ou insidioso), o caráter (em cólica, queimação, facada, pontada), intensidade, frequência, localização, irradiação, fatores que pioram e que aliviam. Importante também, questionar sobre outros sinais ou sintomas associados para auxílio diagnóstico.

Atenção redobrada nos pacientes idosos que podem modificar a apresentação e a percepção da dor. Nestes casos, atentar para patologias potencialmente fatais como a Divertilite, a Isquemia Mesentérica e o Aneurisma de Aorta abdominal.

Exame físico: Durante a avaliação no domicílio, mais do que nunca, faz-se necessária a realização de um bom e minucioso exame físico, utilizando-se da semiologia, para chegarmos a um diagnóstico com maiores chances de acerto.

Importância da intervenção no domicílio

- Identificar causas possíveis de manejo domiciliar
- Evitar procura a serviços de urgência desnecessários
- Identificar situações de gravidade com agilidade e com o devido encaminhamento

Sinais de Alarme:

- ✓ Dor que muda de localização
- ✓ Dor que desperta do sono
- ✓ Dor que persiste por mais de 6 horas ou piora
- ✓ Dor seguida de vômitos
- ✓ Perda de peso

Possibilidade de manejo no domicílio: O tratamento deve ser direcionado para a causa base da dor abdominal. Iniciar analgesia para alívio da dor do paciente, ainda que sem uma causa definida.

Quando encaminhar para Urgência/Hospital:

- Pacientes com quadro de dor abdominal aguda que necessitem de elucidação diagnóstica por exames complementares não oferecidos no domicílio ou para uma segunda opinião especializada.
- Casos de dor abdominal aguda emergencial que possam requerer cirurgia (apendicite, obstrução intestinal, gravidez ectópica).

j) Suspeita de AVC (Acidente Vascular Cerebral)

É bastante comum o atendimento domiciliar pessoas que apresentam seqüelas de AVC, e também a hipertensos graves. Por isso, a equipe deve sempre estar alerta a sinais de um AVC primário ou recidivante. Por isso seu reconhecimento rápido, para pronto encaminhamento poderá ser decisivo no prognóstico do paciente. Um bom atendimento inicial – se possível em hospital ou pronto socorro, vai reduzir a mortalidade, as sequelas e a necessidade de cuidados especiais.

Etiologia: Pode ser um Acidente Vascular Isquêmico (falta de sangue, e conseqüentemente oxigênio no cérebro, devido a trombose arterial ou embolia venosa) ou hemorrágico, por hipertensão elevada, trauma e outros.

Aspectos clínicos importantes:

- Déficit neurológico de início súbito ou abrupto (dificuldade de falar, perda de movimento de um lado do corpo);
- Cefaléia muito intensa, com ou sem pressão arterial muito alta precedendo o déficit neurológico;
- Desmaio.

Conduta - acionar o SAMU: Em serviços de urgência e emergências, possivelmente, o paciente passará por avaliação da neurologia e exames complementares (tomografia cerebral de urgência). Também necessitará estabilização da pressão arterial-que deve ser reduzida gradativamente e das demais alterações que podem surgir.

k) Administração errada de medicamentos:

Em toda internação, inclusive a domiciliar, existe o risco da falha humana - por motivos que aqui não cabem questionar. Um erro frequente é a administração inadequada em dose, horário, via ou espécie de medicações. Dependendo do tamanho do erro, as consequências podem ser graves.

Portanto, a equipe deve estar preparada para orientar as famílias quanto as medidas que devem ser tomadas em situações de erros na administração de medicamentos, com possibilidade de intoxicação medicamentosa. Deve-se ter Antes de tudo, devem ser consideradas as seguintes questões:

- 1) **Qual a medicação dada por engano?Por qual via?**
- 2) **Em que dose?**
- 3) **Há quanto tempo?**
- 4) **Já era usuário prévio?**
- 5) **Como o paciente está neste momento?**
- 6) **Foi feita tentativa de retirada da droga (indução de vômito)??**
- 7) **Tomou, ou foi administrada outra medicação ou alimento concomitante?**

Todas estas perguntas são essenciais e norteadoras da conduta a ser tomada. O médico da EMAD ou o regulador do SAMU deve ser informado imediatamente, para ponderar sobre a farmacologia do medicamento em questão (absorção, pico de ação, excreção, toxicidade, efeitos colaterais e interações medicamentosas) e indicar ou realizar o procedimento necessário. O matriciamento de um farmacêutico é muito útil nestes casos. Em todos os Estados do Brasil há Centros de Informação Toxicológica gratuitos por telefone, que funcionam 24h.

Em linhas gerais, podemos orientar o seguinte:

- Se tratar-se de medicação usual, em dose usual ou terapêutica, mas em horário equivocado: suspender a próxima dose e observar.

- Se for medicação não usual, em dose terapêutica: avaliar junto ao médico e ou farmacêutico a possibilidade de interação medicamentosa com os demais medicamentos em uso. Habitualmente nenhuma medida é necessária.
- Se for medicação usual ou não em dose alta: Sugere-se transferência do paciente para Unidade de Urgência, para avaliação das medidas cabíveis (esvaziamento gástrico, dependendo do tempo de ingestão, ou administração de carvão ativado ou antídotos).
- Se dose alta ou terapêutica, de medicação usual ou não, já transcorrido o pico de ação da droga e sem efeitos clínicos: Análise do potencial de toxicidade da medicação pelo médico e/ou farmacêutico. Geralmente orienta-se observação apenas, pela EMAD no domicílio ou na Unidade de Urgência. Intervir caso desenvolva sinais ou sintomas tardios.

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- A presença de alimentos no estômago pode retardar a absorção e os para efeitos da droga;
- Medicações com maior toxicidade: atuam no coração, no Sistema Nervoso, como é o caso de alguns analgésicos;
- De qualquer maneira, a melhor orientação em cada caso será dada pelo Centro de Informações Toxicológicas de referência. Nunca deixar de ligar!!
- É muito importante a visita de urgência nesses casos, para avaliação médica do paciente: se a EMAD não tiver condições de ir, deve-se comunicar ao SAMU.

Alguns sinais de alerta, que indicam necessidade de encaminhamento para a Urgência:

- ✓ Agitação ou alucinações;
- ✓ Bradicardia ou taquicardia;
- ✓ Hipo ou hipertensão;
- ✓ Convulsões;
- ✓ Cianose e /ou dificuldade respiratória;
- ✓ Tremores ou fasciculações musculares;
- ✓ Torpor ou coma;
- ✓ Alterações oculares (midríase, miose, nistagmo);
- ✓ Hipo ou hipertermia;
- ✓ Queimaduras de pele ou mucosas;
- ✓ Enrijecimento articular e dificuldade de fala;
- ✓ Vômitos incoercíveis.

No atendimento domiciliar a equipe multiprofissional cuida de uma vasta variedade de comorbidades. Muitas vezes, ao iniciar o acompanhamento, os pacientes podem não apresentar disfagia. Vigiar os sinais que nos façam pensar em sua instalação seria o ideal, porém, é muito frequente uma chamada por telefone informando que o paciente está com dificuldade para se alimentar, ou está comendo muito pouco, ou a comida é vista toda na boca e o paciente não consegue engolir. Quando a dificuldade para ingesta ocorre de forma aguda, em um dia em que

o atendimento domiciliar pela equipe do SAD não seja possível e nem pela equipe de saúde da família, temos que tentar evitar que este paciente apresente alguma complicação devido a não ingestão de comida e líquidos.

Conceitos

- Disfagia – disfunção da ingestão segura e eficiente de qualquer consistência alimentar.
- Disfagia orofaríngea ou alta – acomete a fase oral e/ou faríngea da deglutição. Podem ter sinais associados como tosse, engasgos, pneumonias aspirativas e regurgitação nasal.
- Disfagia esofagiana ou baixa – compromete a fase esofagiana da deglutição. Há sensação de entalo em algum lugar atrás do esterno, que ocorre logo após a deglutição.
- Odinofagia – dor ao deglutir.

Principais causas de Disfagia	
Disfagia orofaríngea	Doenças neurológicas agudas e crônicas (D. Parkinson, D. Demenciais, Acidente Vascular cerebral, Esclerose Múltipla) AVC é responsável por 80% dos casos de disfagia alta; Doenças musculares (Miastenia gravis, Distrofias Musculares).
Disfagia esofagiana	Obstrução mecânica intrínseca (câncer de esôfago, estenose péptica); Obstrução mecânica extrínseca (aneurisma de aorta, massa mediastinal, aumento do átrio esquerdo); Alterações na motilidade (espasmo esofágico).

Indicações de hospitalização ou remoção para urgências: Principalmente nos quadros de instalação aguda, devido o risco de Broncoaspiração. Deve-se orientar o paciente e ou o cuidador da necessidade de uma via alternativa para ingestão de comida, líquidos, remédios. A instalação de sonda nasointestinal ajudará a evitar desnutrição, desidratação, garante que os medicamentos sejam administrados até que se defina a causa da disfagia, caso ainda não tenha sido identificada.

m) Broncoaspiração

É a passagem de conteúdo líquido ou sólido para as vias aéreas baixas, podendo causar desde engasgos simples, pneumonias até a insuficiência respiratória aguda e morte. São sinais de risco para Broncoaspiração:

1. Dificuldade para deglutição;
2. Sialorréia e dificuldade no manejo de secreções;
3. Tosses e/ou engasgos;
4. Regurgitação nasal;
5. Pigarro;
6. Mudança do padrão respiratório;
7. Reflexo nauseoso ausente;

8. Rebaixamento do nível de consciência;

Diante destes sinais de risco, deve-se instalar sonda nasogástrica, de preferência, e solicitar acompanhamento da fonoaudiologia, caso já não o tenha.

Uma vez já instalada a Broncoaspiração, o tratamento médico deve ser instituído prontamente, bem como a avaliação da permanência em domicílio ou encaminhamento para outro ponto de atenção.

n) Sonda nasoenteral obstruída:

O principal e mais frequente problema de urgência relacionado com a sonda nasoenteral (SNE) é sua obstrução. Primeiramente, deve-se tentar desobstruí-la (orientar ao cuidador como realizar a tentativa).

Não logrando a desobstrução, orientar o deslocamento para um hospital ou serviço de pronto-atendimento de urgência, e liberar a dieta com os testes (primeiro com ar e em seguida com água), dispensando o raio x para comprovar a localização da mesma.

Caso seja repassada e permaneça com dúvidas sobre a localização da sonda, deve encaminhar o paciente com nota escrita explicando de forma clara o motivo do encaminhamento e solicitando que o paciente seja liberado para casa assim que a radiografia abdominal for avaliada.

Importante esclarecer que este procedimento de repassagem de sonda só deve ser realizado por um profissional da saúde.

o) Dor torácica:

Muitos pacientes em acompanhamento domiciliar tanto pela equipe do saúde da família como pelo serviço de atenção domiciliar) apresentam uma variedade de tipos de dores, que quando reportadas ao tórax devem ser muito bem avaliadas devido o risco de significarem eventos agudos que indiquem risco de morte em pacientes que não se encontrem em processo de morte.

A dor como quinto sinal vital deve ser bem tratada e sempre valorizada. Orientar ao cuidador que diante de uma dor torácica sempre entre em contato no momento que a dor ocorrer.

Conceitos e classificação da dor torácica: A dor torácica é uma queixa frequente e pode ser decorrente a uma variedade de causas. É importante tentar reconhecer as causas que oferecem risco de morte ao doente, principalmente as síndromes coronarianas agudas (SCA) e a dissecção de aorta.

Classificação da dor torácica:

Definitivamente anginosa	Desconforto retroesternal precipitado pelo esforço, com irradiação para o ombro, mandíbula ou face interna do braço, aliviada pelo repouso.
Provavelmente anginosa	Dor torácica com grande possibilidade de ser devido insuficiência coronariana aguda, porém necessita de exames complementares para excluí-la.
Definitivamente não anginosa	Dor torácica não relacionada ao esforço, com aspectos que excluem a origem cardíaca.

Na presença de sintomas outros e fatores de risco para Doença Coronariana deve ser investigado:

1. Lesões ateroscleróticas em outras áreas (AVC prévio ou claudicação intermitente);
2. Doenças associadas, uso prévio de medicações antianginosas, contra-indicações ao uso de anticoagulantes ou de trombolíticos.

Uma dor torácica mais intensa com duração acima de 20 minutos, acompanhada de dispnéia, sudorese, palidez cutânea e náuseas frequentemente representa infarto agudo do miocárdio.

É importante saber que a melhora da dor com o repouso ou com o nitrato não deve nos conduzir apenas ao diagnóstico de angina cardíaca, pois outras dores torácicas podem melhorar com o uso do nitrato, e neste caso um eletrocardiograma deve ser realizado.

Principais causas de dor torácica:

Dor na parede do tórax	Lesões nas costelas (herpes zoster); Costocondrite (Síndrome de Tietze); Fibromialgia; Dores musculares inespecíficas
Causas pulmonares	Pneumonia; Câncer de pulmão
Causas psiquiátricas	Transtorno do pânico; Transtorno de ansiedade generalizada; Depressão; Transtornos somatoformes
Causas gastroesofágicas	Refluxo gastroesofágico; Espasmos esofágicos; Úlcera péptica/gastrite

Indicações de hospitalização ou de remover para urgências:

Será de acordo com a história clínica colhida e exame médico efetuado, e se houver suspeita de uma das causas abaixo:

1. Causas cardíacas:
 - Síndromes coronarianas agudas
 - Pericardite
 - Dissecção de aorta
 - Estenose aórtica
 - Cardiomiopatia hipertrófica

2. Causas pulmonares:

- Pneumotórax
- Embolia pulmonar
- Hipertensão pulmonar

3. Pancreatite.

4. Colecistite.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABADE, V. S. E.; TIEPPO, C. O. Riscos de queda no ambiente doméstico: a segurança do idoso sob o olhar do terapeuta ocupacional In: (Prata da casa, 3 : escritas do cotidiano de uma equipe que cuida / São Paulo Interações Domiciliares Grupo MAIS . -- 1. ed. -- São Paulo: Oboré, 2010.

ANDRADE FILHO A; CAMPOLINAD; DIAS MB- Toxicologia na Prática Clínica /1ªedição- Belo Horizonte, Editora Folium, 2001.

AVENA, L. A.; MARTINS, H. S. Pronto- socorro: condutas do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/cap. 61- Dor Torácica. Barueri, SP: Manole, 2007.

CARDOSO, O. B. “Crises convulsivas” in Erazo Manual de Urgências em Pronto socorro, 4ª edição, Pires, MTB, Editora Medsi, Rio de Janeiro,1993.

CAVALCANTI, E. A.; RÜEGG, D; MARTINS, H. S. Pronto-socorro: condutas do Hospital das clinicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/ cap. 64 Barueri, SP: Manole, 2007

ULHOA, T. H.,” Convulsões e estado de mal epiléptico “in:MELO, M C B e cols - Urgência e Emergência Pré-Hospitalar, Belo Horizonte, Editora Folium, 2009.

_____. T. H. Traumatismo crânio encefálico; in: MELO, M. C. B., NUNES,T. A., e ALMEIDA, C. T.: Urgência e Emergência Pré hospitalar- Belo Horizonte, Editora Folium, 2009;

GUSSO, Gustavo; LOPES, J. M. C. [et al.]. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática – 1. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. 1354 p.

YAMAGUCHI, Angélica Massako *et al.* Assistência Domiciliar: uma proposta interdisciplinar.

NADI /HC-FMUSP – Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Barueri, SP: Manole, 2010.

7.4. O ÓBITO NO DOMICÍLIO

7.4.1. Introdução

A morte faz parte dos ciclos da vida, e em diversas culturas, desde os tempos mais remotos, vem permeada por simbolismos e rituais. Antes da criação das instituições de saúde, pessoas adoecidas faleciam no seu ambiente de recolhimento – por isso, a morte era cercada por membros da família ou da comunidade. A atenção domiciliar vem resgatar essa tradição, modificada principalmente nos centros urbano, onde os momentos finais, enfim a morte e os rituais, como velório, foram deslocados para espaços impessoais, distantes dos lares, das famílias e da comunidade. Atualmente, face às mudanças sociais e dos sistemas de saúde, modificou-se a maneira como a morte é conduzida no domicílio, não tão simplista como se supõe, mas levando-se em consideração as dificuldades de cuidados das famílias e das equipes, diante do suporte necessário aos pacientes com falecimento iminente.

A manutenção em domicílio de um paciente com agravo agudo ou em fase final de doença demanda conhecimento e domínio das situações que envolvem os aspectos técnicos, éticos e legais. Envolvem também a segurança do paciente e a garantia ao acesso de medicamentos e outros recursos de suporte, inclusive o apoio efetivo para os cuidados básicos.

No processo de trabalho da Atenção Domiciliar é comum a vivência de situações do morrer no domicílio. Nestas condições de falecimento, o usuário cursa com condições clínicas que evidenciam sinais de agravamento, que possibilitam a equipe de saúde prever o óbito no domicílio e se antecipar nas condutas e orientações. Desta forma, a equipe de atenção domiciliar deverá estar preparada para este tipo de abordagem a família.

Existem contextos culturais extremamente diversos no país, com particularidades regionais e influência de culturas de outros países, que devem ser considerados diante do processo da doença e do falecimento. Há de se respeitar as crenças e valores de cada núcleo familiar, como os cultos e rituais preparatórios, adaptando as ações a serem realizadas no domicílio com o intuito de minimizar possíveis conflitos e constrangimentos.

7.4.2. Prevendo o falecimento

A abordagem sobre a finalização da vida pode ser iniciada quando o paciente apresentar condições para tal e interesse em conhecer sua real situação. Para aqueles que puderem opinar sobre sua finitude, torna-se necessário criar um espaço de escuta e acolhimento, onde se possa manifestar quais as prioridades em relação aos cuidados, à preservação da qualidade de vida e/ou ao seu prolongamento, assim como de procedimentos invasivos, caso seja necessário. Ainda, ouvi-los quanto aos seus desejos e avaliar as possibilidades de realizá-los, inclusive quanto ao sepultamento ou cremação.

Muitos não poderão opinar sobre aquilo que não conhecem, cabe então à equipe de saúde ter sensibilidade e discernimento para decidir o que é adequado ou não para cada contexto clínico. Do mesmo modo, cuidadores e familiares devem participar dessa discussão, pois são parte do processo de cuidado e, muitas vezes, se veem diante de dificuldades decisórias, necessitando de ajuda para se manifestarem. Ajuda esta, baseada em argumentos claros e fundamentada na ética e na lei, que deve nortear a condução de tão difícil processo. Lembrar ainda que decisões sobre o final da vida podem ser modificadas após acordo inicial, pois os quadros clínicos, psíquicos e os movimentos da vida mudam o seu rumo.

Algumas discussões sobre o processo de falecimento, nem sempre são expostas ao paciente, por uma questão de delicadeza e respeito, e não como uma forma de conspiração do silêncio. Assim, por vezes, o paciente não está preparado para ouvir ou não tem condições para manifestar sua vontade. Sendo assim, a consulta deve ser dirigida aos familiares, principalmente obedecendo à ordem prevista pelo Código Civil, quanto à responsabilidade, “são parentes em linha reta as pessoas que estão umas para com as outras na relação de ascendentes ou descendentes”, ou seja, os pais quando o paciente for solteiro, o cônjuge quando for casado e na falta destes, os filhos.

Atentar-se em relação aos cuidadores, que nem sempre são os responsáveis legais. Para opinar sobre controles de sintomas e decisões no final da vida, é prudente um consenso entre paciente, quando possível, e familiares afim de que a equipe se sinta segura em estabelecer um plano e as estratégias que nortearão as condutas a serem adotadas. Para que o óbito do paciente ocorra no domicílio com relativa tranquilidade é necessário reconhecer em sua situação os fatores facilitadores e/ou limitantes.

Fatores favoráveis em relação ao paciente:

- Condição clínica que permita um manejo seguro dos sintomas;
- Instrumental mínimo para que o paciente tenha seus sintomas bem controlados no final da vida;
- Dietas e medicamentos, inclusive os controlados, disponíveis na quantidade necessária;
- Equipamentos disponíveis como oxigênio, aspirador, sondas e cateteres, entre outros, dependendo das necessidades do paciente atendido.

Fatores favoráveis em relação aos familiares e cuidadores:

- Cuidadores preparados e em condições de prestar assistência na fase final;
- Colaboração de outros familiares nos cuidados finais, com revezamento e divisão das tarefas;
- Consenso entre os familiares e cuidadores na realização das tarefas de acordo com a possibilidade de cada um.

Fatores favoráveis em relação à moradia e localização:

- Moradia em local seguro e de fácil acesso;
- Localidade que possui Serviço de Saúde que mantém parceria com a AD, com condições de atestar e fornecer a Declaração de Óbito - DO.
- Bairro ou município equipado de Serviços de Remoção de Urgência

Fatores favoráveis em relação à equipe de saúde (Atenção Básica e/ou EMAD):

- Equipe articulada com os recursos sociais locais de apoio e de retaguarda;
- Equipe preparada tecnicamente para:
 - lidar com intercorrências clínicas;
 - dar os suportes finais de alívio e conforto ao paciente e apoio aos familiares;
 - oferecer orientação quanto às providências de funeral e sepultamento.

✓ Comunicação:

Para atenuar as dificuldades e os conflitos das equipes de saúde com o paciente e família, assim como diminuir o desconforto nas tratativas de algumas questões delicadas que envolvem o processo de falecimento, principalmente o período que o antecede, é necessário:

- Comunicação adequada entre equipe, paciente e cuidadores e entre serviços de saúde;
- Prontuário domiciliar atualizado, que possa subsidiar adequadamente as condutas a serem adotadas, principalmente quando dos episódios agudos e inesperados;
- Articulação com os serviços de apoio, dentre eles as equipes de atenção primária que possam compartilhar a responsabilidade sobre o tratamento do paciente e principalmente à emissão da Declaração de Óbito. Isto é: o cuidado em rede, ou seja, o matriciamento em relação também ao óbito domiciliar.

7.4.2.a. Quando a morte ocorrer no domicílio:

Para um planejamento do óbito no domicílio, a equipe precisa orientar a família antecipadamente sobre como proceder em caso do falecimento fora do horário de funcionamento da EMAD ou Equipe de Atenção Básica (AD1).

É de suma importância tranquilizar previamente os familiares, por exemplo, para a ocorrência de óbito noturno: neste caso o SAMU ou equivalente pode ser acionado para constatar o óbito. Há possibilidade de o corpo ser velado no próprio domicílio durante a noite, para aguardar a DO, a ser realizada pela EMAD ou sua retaguarda estabelecida, a partir do início das atividades do serviço (por volta das 7:00h da manhã).

As DO são distribuídas pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, oriundas do Ministério da Saúde. Orienta-se não atravessar os limites de uma cidade, usando a DO da mesma para atestar na cidade vizinha - motivo de deturpação para as estatísticas de saúde sobre mortalidade.

Uma das prerrogativas do SAD que mais é valorizada pelas famílias é a tranquilidade oferecida em caso de óbito durante o período de atenção domiciliar. A garantia do atestado DO é, em muitas ocasiões, um fator importante na decisão da família para concordar com a desospitalização do paciente e na pactuação desta modalidade de cuidados. Em caso do falecimento ocorrer fora do horário de funcionamento da EMAD ou Equipe de Atenção Básica (AD1), descreve-se algumas alternativas que podem ser levantadas nas experiências de vários serviços:

- Quando não há retaguarda garantida da emissão de DO nos horários de não cobertura do SAD e é esperado que a morte ocorra no domicílio, ou se deseja cuidar do paciente o máximo de tempo possível em casa: a família é orientada a

reconhecer sinais de morte iminente e trazer o paciente ao pronto-atendimento, apresentando o prontuário domiciliar com todas as informações clínicas que auxiliam na emissão na DO. Vários gerentes de PA têm sua lista de pacientes com risco de falecimento, apresentada pela equipe do SAD previamente, integrados na mesma região de atuação;

- Dependendo do acordo regional na área de cobertura do SAD, pode haver pactuação com o SAMU para a constatação do óbito e/ou emissão de DO. Em alguns municípios esta retaguarda funciona muito bem para óbitos esperados no domicílio quando há impossibilidade da EMAD emití-lo. Para isto é fundamental ter o prontuário domiciliar bem preenchido e haver comunicação prévia com a base do SAMU.

7.4.2.b. A morte não esperada, mas possível

Alguns pacientes com doenças graves, mas não com previsão de risco iminente de falecimento, podem subitamente vir a óbito. Para emitir a Declaração de Óbito o médico assistente da Atenção Domiciliar ou o médico substituto deverá:

- Com o prontuário domiciliar em mãos, examinar o paciente falecido e realizar entrevista com os cuidadores e familiares para checar possíveis causas do óbito;
- Caso não se sinta seguro quanto às causas do óbito, o médico deverá fazer encaminhamento ao SVO (Serviço de Verificação do Óbito);
- Para que o corpo seja encaminhado para o SVO, a família deverá fazer a notificação do Óbito por morte natural à Delegacia da cidade ou do bairro mais próximo do domicílio para providências quanto ao traslado do corpo para o referido Serviço, que, após verificação, emitirá a Declaração de Óbito.

7.4.3. Impossibilidade de o óbito ocorrer em domicílio

Quando o paciente e a família manifestam a vontade de que o falecimento ocorra no domicílio, mas há dificuldades intransponíveis. Nestes casos, é preciso ponderar os riscos que inviabilizam esta escolha:

a) Dificuldades do ponto de vista clínico:

- Paciente com sintomas de difícil controle como: hemorragias incontinentes, obstrução maligna, dispneia grave e agitação mental;

- Indisponibilidade de equipamentos de apoio: oxigênio, aspirador, material de curativos e outros;
- Indisponibilidade de medicamentos de controle de sintomas como dor, náusea e vômitos e agitação mental, entre outros;
- Indisponibilidade de via de acesso para alimentação e medicação.

b) Dificuldades quanto à emissão da Declaração de Óbito (DO):

- Inexistência de plantonista ou Serviço que possa emitir a Declaração de Óbito em períodos não cobertos pela AD;
- Residência de difícil localização e/ou com restrições de acesso.

Mediante as dificuldades apontadas recomenda-se a internação em Instituição de Saúde, de preferência as de retaguarda, destinadas ao acolhimento de pacientes nesta fase final de cuidados. Recomenda-se também que a solicitação desta internação seja pautada em avaliação criteriosa do estado clínico do paciente, bem como mediante acordo com a família em questão, evitando-se internação muito prolongada e/ou estresse familiar.

7.4.4. Quando o falecimento ocorrer no Hospital

Se o falecimento se der em hospital, onde o paciente já fora atendido, mesmo que a entrada tenha se dado pela emergência, há prontuários com informações que se complementam com as do prontuário domiciliar que poderão subsidiar o médico para a elaboração da Declaração, salvo dúvidas quanto à causa do falecimento. No caso de permanência da dúvida, o corpo deve ser encaminhado para o SVO, ou ao Instituto Médico Legal (IML) para causas não naturais.

7.4.5. Para o correto preenchimento da Declaração de Óbito.

- É recomendável a consulta ao manual do CFM atualizado;
- É necessário atentar-se para os dados pessoais do paciente mediante consulta à documentação de Identificação;
- É importante lembrar-se que para o sepultamento ocorrer antes da 24 horas, esta autorização deverá ser anotada pelo médico na DO;

✓ **Sobre algumas situações especiais na emissão da DO**

Para pacientes acompanhados em domicílio, mesmo que por longo período, não se deve emitir Declaração de Óbito, quando do falecimento, se este teve episódios prévios como:

- Acidentes que ocasionaram fraturas, lesões ou outras sequelas;
- Ferimentos por arma de fogo, ou por arma branca;
- Tentativa de suicídio;
- Outros episódios igualmente traumáticos como inundações, incêndios, contaminação que ocasionaram morte tardia.

Obs: A família deverá fazer a Notificação do Óbito na Delegacia da cidade ou do bairro mais próximo do domicílio, a qual tomará providência quanto ao traslado do corpo para o Instituto Médico Legal, onde procederá a autópsia.

7.4.6. Orientações de ordem prática sobre o sepultamento:

A pessoa responsável pelas providências do sepultamento deverá estar de posse do de seu documento de identificação pessoal (RG) ou de um documento com foto da pessoa falecida. É imprescindível, tanto para o sepultamento/cremação, quanto para lavrar a Certidão de Óbito no Cartório de Registro Civil a apresentação dos documentos originais, para que não haja dúvidas quanto à grafia de nomes, datas e outras informações. Uma vez lavrada a certidão, esta só poderá ser retificada por decisão judicial. A documentação para as providências quanto ao funeral, em qualquer situação é:

- A Declaração de Óbito;
- Cédula de Identidade do falecido;
- Certidão de Nascimento, Casamento ou Declaração de União Estável;
- Certidão de Nascimento dos filhos.

É importante também, caso a família tenha jazigo próprio, levar a escritura, comunicando antecipadamente ao cemitério o sepultamento, para que haja tempo para a preparação do local que receberá a urna.

a) Sepultamentos em outros Municípios - traslados

Os sepultamentos a serem realizados em municípios distantes ou em outro Estado exigem outras providências, como:

- Tratamento do corpo,
- Aquisição de uma urna adequada,
- Autorização de livre trânsito expedido por órgão competente
- Contato prévio com a cidade onde o corpo será sepultado.

É importante que a família esteja ciente de que haverá um aumento das despesas, em função do custo com a formolização do corpo, transporte e aquisição de urna especial.

➤ Translado via aérea

Poderá ser feito o translado no setor de cargas das empresas aéreas com pagamento no ato do embarque (DAC, 2002).

Verificar antecipadamente os horários dos vôos, pois o esquife só poderá ficar no aeroporto por aproximadamente 03 (três) horas.

O translado só poderá ser feito com a **Autorização de Livre Trânsito**, fornecido mediante apresentação da documentação de contratação de funeral e **Certidão de Formolização** na Delegacia mais próxima.

O corpo só poderá ser transladado formalizado e este serviço é feito nos **Serviços de Verificação de Óbito (SVO)** mediante pagamento.

Atenção: Para os óbitos ocorridos na residência, com Atestado de Óbito emitido por médico particular, a formalização também será feita no S.V.O., mediante requisição do Serviço Funerário Municipal, após a contratação do funeral.

Para pacientes que tenham sido encaminhados pelo SUS por TFD – Tratamento Fora de Domicílio (conforme portaria n.º55 de 24 de fevereiro de 1999), o translado é feito pelo Serviço Funerário da região onde ocorreu o óbito, mas pago pelo município de origem do paciente.

7.4.7. Cremação

Além de todos os documentos acima citados, para a cremação é necessário:

- Declaração de Óbito assinada por dois médicos;

- Manifestação do paciente em vida, através de documento público ou particular ou ainda em manifestação verbal na presença de três testemunhas;
- Caso a manifestação tenha sido verbal, a autorização será do marido ou da esposa, mediante certidão de casamento civil e na falta destes, de parentes de acordo com o que dispõe o Código Civil;
- Se a morte for violenta serão necessários para cremação: atestado médico assinado por um médico legista, autorização judicial, laudo do IML, Boletim de Ocorrência e uma declaração de um delegado, não se opondo à cremação;
- Só poderão ser cremadas, sem ordem judicial, as pessoas que tiveram morte natural.

✓ **Observações importantes**

- Quando o paciente apresentar lesões no corpo, tumores exóticos e/ou úlceras por pressão, ou ainda, quando o sepultamento se der após as 24 horas, é necessário optar por uma urna fechada com visor;
- A Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS 8.742/93 dispõe sobre a gratuidade dos custos com o funeral para as famílias cuja renda mensal per capita seja inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo;
- Alguns municípios já garantem à família da pessoa que tiver **doado algum órgão para fins de transplante médico** o benefício da dispensa do pagamento de algumas taxas, emolumentos e tarifas do funeral. Para isso, na contratação do funeral, é importante informar-se a esse respeito e apresentar o comprovante de doação de órgãos do falecido, bem como da imediata comunicação do óbito à instituição médica habilitada em receber os órgãos.

7.4.8. Luto

Baseada nos princípios que norteiam as ações em cuidados paliativos, a preocupação com luto dos cuidadores e familiares também deve nortear as ações em domicílio.

É necessário oferecer, através do trabalho em equipe, um sistema de apoio para ajudar a família a enfrentar a situação vivenciada, durante a doença do paciente e em

seu próprio luto. Dessa forma, espera-se dos profissionais envolvidos preparo técnico e emocional para o atendimento da demanda trazida pela família reconhecendo os processos normais e complicados de luto e oferecendo atenção adequada aos mesmos (OMS, 2002).

Há indiscutivelmente muitos estudos a respeito da morte e dos processos de luto em vários campos do saber. Alguns autores apontam para as dificuldades maiores a serem enfrentadas no período de luto pelos familiares que presenciam o falecimento de seus entes queridos, ou por aqueles que conviveram com momentos de extremo sofrimento vividos pelos mesmos (PARKES,1998; KOVÁCS,1992; BROMBERG, 1996).

Outros trabalhos nos mostram que os mais difíceis processos de luto, que resultam em muito sofrimento, e/ou em luto complicado são os decorrentes “das mortes sem aviso”, dos falecimentos repentinos para os quais as famílias não estavam preparadas.

Na perspectiva da atenção domiciliar é necessário pontuar que o enfrentamento do processo de luto por parte do cuidador também deve ser motivo de atenção das equipes atuantes, conforme pontuado acima, visto que nem sempre estes, os cuidadores, serão acompanhados após o falecimento do familiar.

Nas intervenções referentes à Atenção Básica e à Atenção Domiciliar, o acompanhamento aos familiares pode facilitar a elaboração do processo. Todavia, nos serviços cujo foco de atenção é somente o paciente em questão, é importante perceber com antecedência os fatores que podem levar a um processo “inadequado” de luto.

A literatura a respeito pontua situações de risco que podem levar ao luto complicado: famílias muito reduzidas e isoladas socialmente (endógenas), cuidadores que apresentam problemas relacionados ao alcoolismo, uso de drogas ilícitas ou problemas psiquiátricos sem acompanhamento adequado e famílias cujo evento “morte” não é aceito de forma natural.

Assim, podemos perceber que o processo de luto das famílias é relacionado a vários fatores que vão desde traços de personalidade de seus membros, organização/desorganização familiar para o cuidado, até o aceite/negação da morte como parte da vida.

Independente disso, parte da qualidade de luto das famílias em cuidados paliativos dependerá única e exclusivamente da atenção que obtiveram por parte da equipe. Assim, os profissionais devem estar atentos aos grandes eixos que compõem uma ação interdisciplinar e holística, abrangendo paciente e família: como conhecer esse núcleo

familiar, percebendo os fatores socioculturais que influenciam no cuidado e enfrentamento do processo de luto e, como atuar nos diferentes desenhos de família e de cuidados propostos por esta.

No primeiro item, é importante considerar que o “tempo de reconhecimento” será dado pela família em questão. Atuações inadequadas e invasivas, invariavelmente, prejudicam o estabelecimento do vínculo tão necessário em cuidados paliativos. Ninguém conta sua história, principalmente se for marcada por dor e perdas, em uma primeira conversa. Investigar sem objetivo é tão ou mais destrutivo que a falta de interesse. Existe um limite tênue, em cuidados paliativos, entre o saber sobre o núcleo familiar como forma de auxiliá-lo ou controlá-lo. Assim, importa conhecer: quem pode/deve cuidar do paciente (responsáveis legais X vínculos estabelecidos), condições socioeconômicas da família (renda, rede de suporte social, local de moradia), lugar do paciente nesse núcleo (é amado, odiado, desprezado), desejo do paciente e cuidador sobre o lugar de óbito e os fatores que interferem, positiva ou negativamente, no cuidado (religião, perspectiva sobre dependência e morte, resistência ou aceitação do cuidado etc).

Mediante essas informações é possível planejar ação adequada focando não somente na morte digna para o paciente, mas também no equilíbrio familiar durante o cuidado e após o falecimento do paciente. Divisão de responsabilidades e tarefas, respeito aos rituais familiares, consenso entre paciente/família/equipe sobre local de óbito, orientações sobre providências legais e burocráticas, conforme já exposto no capítulo em questão, podem ser pontos decisivos para o cuidado adequado e também para um processo de luto tranquilo.

Às equipes que não mais acompanharão àquela família é recomendável a realização de uma visita após o falecimento do paciente, tendo como objetivo constituir-se em um espaço de escuta, de esclarecimento de dúvidas, de avaliação do atendimento e de finalização da assistência.

Nessa visita, a equipe compartilha com a família a finalização de uma etapa e o recomeço de outra, agora sem aquele familiar. É a finalização do período de cuidados - o ser cuidador - e o início da reconstrução de outra fase para este familiar, marcada agora pelo processo de deixar de ser cuidador de alguém gravemente enfermo. É nesse momento em que é possível, em uma abordagem mais próxima e atenta, perceber se este familiar irá sozinho superar seu período de luto ou se precisará de ajuda especializada para tal. É claro que ainda é muito cedo para que no momento da realização desta visita

seja possível se perceber com certeza se haverá ou não a necessidade de uma ajuda especializada, mas os indícios já estão presentes e merecem atenção.

Este último contato é também o momento para as **informações burocráticas e orientações** legais sobre documentação, direitos previdenciários (em alguns casos, conversão de aposentadoria em pensão, regularização de auxílio-doença etc.), direitos a serem garantidos aos filhos menores etc. Orientações estas de responsabilidade do assistente social.

A **avaliação do atendimento realizado** também é objetivo desta visita, sendo uma das alternativas para que a equipe se aprimore através da avaliação de seus “pontos fracos” e acatamento, como rotina, do apontado pela família como correto e de acordo com as necessidades apresentadas pelo paciente e pelos familiares.

É também o **momento de despedida**, de finalização do atendimento; é a última visita naquela residência e, na maioria das vezes, o último encontro com aquela família; daí a importância de que esta visita aconteça sempre que for desejo dos familiares.

A sensação de “dever cumprido” é esperada para todos os envolvidos: para os familiares e cuidadores que assumiram até o final os cuidados para com o paciente e para a equipe que, juntamente com a família vê mais uma vez um atendimento ser finalizado.

Por isso, a visita de encerramento do atendimento constitui-se verdadeiramente em um encontro das pessoas envolvidas no cuidado com aquele paciente, é a finalização de todo um processo e o reconhecimento sempre presente de que o cuidado paliativo domiciliar é possível e de que todos merecem e devem ser cuidados de forma responsável e digna até a sua morte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 6 maio 2007.

_____. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 11 set. 2011.

_____. *Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 11 set. 2011.

_____. *Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993*. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília. Diário Oficial da União, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm Acesso em 17 jun. 2012.

_____. *Portaria nº 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005*. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Diário Oficial da União, 2005. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/1096-2439.html?q=>>. Acesso em: 8 de jul. 2011.

BROMBERG, Maria Helena P. F.; KOVÁCS, M. Júlia; CARVALHO, M. Margarida; CARVALHO, Vicente A. *Vida e morte: Laços da existência*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

DAC. Departamento de Aviação Civil, 20 02. Disponível em:

<http://www2.anac.gov.br/biblioteca/iac/IAC1606.pdf>. Acesso em: 17/06/2012.

GALRIÇA NETO. Cuidados paliativos em Portugal. in *Revista de Medicina Paliativa*, v. 13, no 04, p.171-172. 2006. Disponível em:

http://www.secpal.com/medicina_paliativa. Acesso em: 17/06/2012.

KLUBER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo, Martins Fontes, 1969.

KÓVACS, Maria Júlia. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

NASCIMENTO-SCHULZE, Clélia M. (Org.). *Dimensões da dor no câncer. Reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma de saúde*. São Paulo: Robe Editorial, 1997

PARKES, Colin M. *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus Editorial, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Cancer. Palliative Care*. 2002.

Disponível em: <<http://www.who.int/câncer/palliative/en/>>..Acesso em: 17/06/2012.