

**PREFEITO**

**Gilberto Kassab**

**SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**Maria Cristina Faria da Silva Cury**

de: mai. de 2005 a 11 de out. de 2006

**Maria Aparecida Orsini de Carvalho Fernandes**

de: 11 de out. de 2006 à publicação deste

**COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA**

**Maria de Fátima Faria Duayer**

de: abr. de 2006 a 07 de nov. de 2006

**Neide Miyako Hasegawa**

de: 07 de nov. de 2006 à publicação deste

**COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DA  
GESTÃO DE PROGRAMAS E POLÍTICAS DE  
SAÚDE – CODEPPS – ANTERIOR**

**Silvia Takanohashi**

**COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DA  
GESTÃO DE PROGRAMAS E POLÍTICAS DE  
SAÚDE – CODEPPS – ATUAL**

**Cassio Rogério Dias Lemos Figueiredo**

**COORDENAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS  
– CRH**

**Marly Hatsuco Kajimoto**

**FICHA TÉCNICA**

**Projeto gráfico e editoração:** Olho de Boi Comunicações

**Impressão:** Uni Repro Soluções para documentos

**Fotos:** Rogério Lacanna

**Endereços:**

- **ATENÇÃO BÁSICA**
- **CODEPPS - DST/Aids**
- **CRH-G/CEFOP**

Rua General Jardim nº 36 – República – CEP: 01223-906 – PABX: 3218-4000

- **COVISA**

Rua Santa Isabel nº 181 – Vila Buarque – CEP: 01221-010 – PABX: 3350-6619

## **CUIDADOS DOMICILIARES DE SAÚDE GUIA DE APOIO**

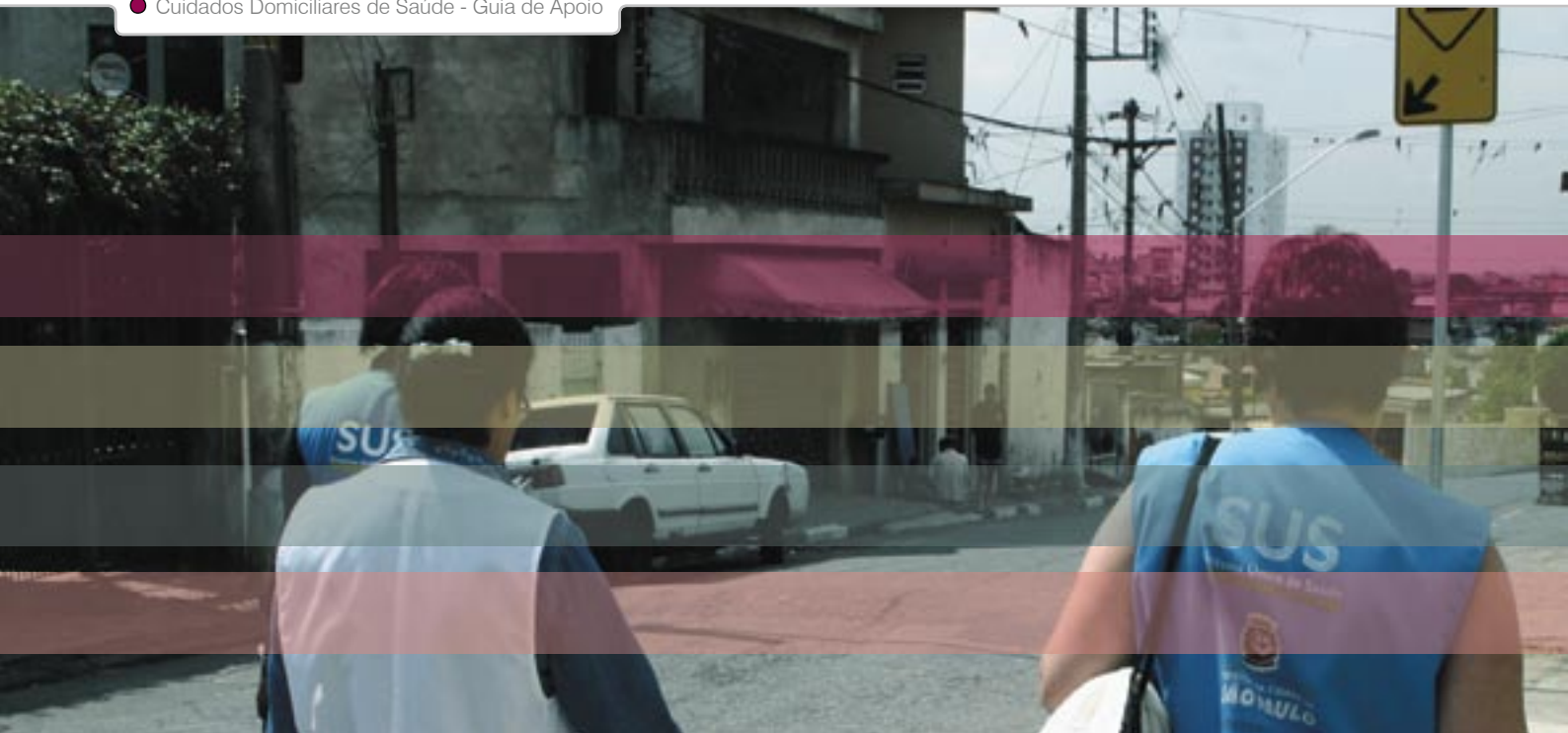
- CONCEITO E CRITÉRIO DE ELEGIBILIDADE
- NECESSIDADES DE SAÚDE
- O PROCESSO DE TRABALHO DE CUIDAR NO DOMICÍLIO
- ORIENTAÇÕES RELATIVAS AO CUIDADO DAS PESSOAS COM PERDAS FUNCIONAIS E DEPENDÊNCIA

### **RESPONSÁVEL TÉCNICO**

Coordenação da Atenção Básica  
Rua General Jardim, 36 – 8º andar  
Tel.: (11) 3218-4045  
E-mail: [atencaobasica@prefeitura.sp.gov.br](mailto:atencaobasica@prefeitura.sp.gov.br)

### **COLABORADORES**

Maria Amélia de Campos Oliveira



Ficha Catalográfica

S241c

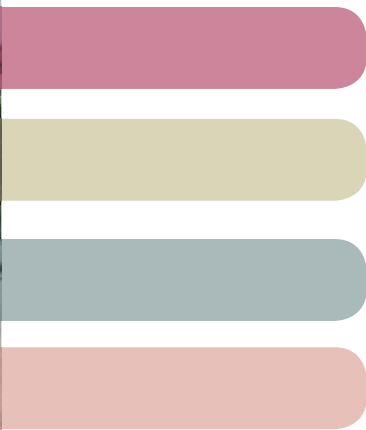
São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde  
Cuidados domiciliares de saúde: guia de apoio./  
Secretaria da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. São Paulo: SMS, 2007.

80p.

1.Atenção à saúde. 2.Cuidados domiciliares de saúde. 3.Serviços de assistência domiciliar. 4.Manual de serviço.  
I.Coordenação da Atenção Básica. II.Título.

CDU 614

# APRESENTAÇÃO



É crescente a demanda por cuidados domiciliares de saúde, e são grandes os esforços dos trabalhadores da rede municipal para provimento desses cuidados em resposta às necessidades de assistência de pessoas que, de forma temporária ou permanente, estão incapacitadas para se deslocarem até os serviços de saúde. A complexidade desta assistência supõe o preparo e a inclusão dos cuidados domiciliares.

Neste sentido a Secretaria Municipal de Saúde, por meio da Coordenação da Atenção Básica, coordenou a elaboração do presente guia que foi construído com a participação dos trabalhadores da rede municipal de saúde, atuantes no cuidado domiciliar de pessoas com perdas funcionais e dependência, e teve como ponto de partida a reflexão sobre o trabalho desenvolvido na prestação desses cuidados.

A Secretaria de Saúde apresenta, com satisfação, este Guia, que visa orientar a prática dos trabalhadores municipais no provimento de cuidados domiciliares de saúde.

Coordenação da Atenção Básica

# 00

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>

### 01

<b>CONCEITO E CRITÉRIO DE ELEGIBILIDADE .....</b>	<b>12</b>
---	-----------

1.1 - CONCEITOS E BASES LEGAIS .....	13
1.2 - A INSERÇÃO DOS CUIDADOS DOMICILIARES NO SUS .....	14
1.3 - CRITÉRIO DE ELEGIBILIDADE .....	15
1.4 - HIERARQUIZAÇÃO DOS CUIDADOS .....	17

### 02

<b>NECESSIDADES DE SAÚDE .....</b>	<b>19</b>
------------------------------------	-----------

### 03

<b>O PROCESSO DE TRABALHO DE CUIDAR NO DOMICÍLIO... 24</b>	
--	--

3.1 - TECNOLOGIAS LEVES .....	25
3.1.1 - RESPEITO À INDIVIDUALIDADE E À AUTONOMIA .....	26
3.1.2 - ESCUTA .....	27
3.1.3 - ESTABELECIMENTO DE UM VÍNCULO DE CONFIANÇA BASEADO NA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL .....	28
3.2 - TECNOLOGIAS LEVE-DURAS.....	29
3.2.1 - TECNOLOGIAS RELATIVAS À ASSISTÊNCIA DIRETA À PESSOA COM PERDAS FUNCIONAIS E DEPENDÊNCIA E SEU CUIDADOR .....	29
3.2.2 - TECNOLOGIAS RELATIVAS À ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS .....	45

## 04

**ORIENTAÇÕES RELATIVAS AO CUIDADO DAS  
PESSOAS COM PERDAS FUNCIONAIS E DEPENDÊNCIA .... 48**

INDICAÇÕES E REQUERIMENTOS PARA OXIGENOTERAPIA	
DOMICILIAR PROLONGADA (OPP) .....	49
ALGUMAS ORIENTAÇÕES PARA CONTROLE DA DOR .....	49
ESTUDO DOS RECURSOS FARMACOLÓGICOS .....	52
PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO .....	56
CATETERISMO INTERMITENTE .....	56
MANIPULAÇÃO DO CATETER URINÁRIO .....	56
PREPARO DE DIETAS ENTERAIS E HIGIENIZAÇÃO DOS UTENSÍLIOS .....	58
ONDE SABER SOBRE CUIDADOS COM OSTOMIAS E TRAQUEOSTOMIA .....	58
HIGIENE ORAL .....	58
ORIENTAÇÕES PARA O DIÁLOGO COM A PESSOA COM	
DIFICULDADE DE COMUNICAÇÃO .....	59
ALIMENTAÇÃO DE PESSOAS COM DISFAGIA .....	60
POSICIONAMENTO DA PESSOA NO LEITO .....	62
ORIENTAÇÕES PARA O MANUSEIO DA PESSOA COM DEPENDÊNCIA .....	63
ORIENTAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIAS POSTURAIS .....	63
ORIENTAÇÕES DE PREVENÇÃO DA OCORRÊNCIA DE PERDAS	
FUNCIONAIS E DEPENDÊNCIA .....	64
ORIENTAÇÕES PARA A PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO ATIVO .....	65
<b>TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO .....</b>	<b>66</b>
<b>PLANO DE ATENÇÃO .....</b>	<b>67</b>
<b>RESUMO DE ALTA DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR.....</b>	<b>68</b>
<b>FICHA TÉCNICA.....</b>	<b>69</b>
<b>INSTRUÇÃO SIASUS .....</b>	<b>70</b>
<b>REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>72</b>



# INTRODUÇÃO

Os serviços para provimento de cuidados domiciliares de saúde estão em rápida expansão em todo o mundo. No Brasil são descritas várias experiências de serviços de Assistência Domiciliar, tanto no setor público como no privado.

No setor público, esses serviços, em sua maior parte vinculados a hospitais, originaram-se de tentativas de otimização dos leitos e de promoção de uma melhor qualidade de vida às pessoas com dependência para as atividades da vida diária. Tais serviços respondiam à demanda de um grupo restrito de pessoas com formas graves de dependência, egressas de uma internação hospitalar e que tiveram o mérito de demonstrar que é possível realizar, no domicílio e com melhoria da qualidade de vida, cuidados até então restritos ao ambiente hospitalar.

A implementação de serviços para provimento de cuidados domiciliares de saúde no âmbito do SUS ainda constitui um grande desafio, apesar do aumento dos serviços de Assistência e Internação Domiciliares e da aprovação do Estatuto do Idoso pelo Congresso Nacional, em outubro de 2003, garantindo a esse segmento o acesso a essas modalidades assistentes.

Em São Paulo, nos serviços ligados à Secretaria de Saúde do Município, houve um aumento na oferta de cuidados domiciliares de saúde, tanto pela implantação do Programa Saúde da Família (PSF), como pela formação de várias equipes de Assistência Domiciliar (AD) na Atenção Básica, ligadas às UBS ou a Ambulatórios de Especialidades.

A necessidade de maior sistematização desta modalidade assistencial em expansão na Atenção Básica no Município de São Paulo justificou a elaboração deste Guia, cuja finalidade é servir de apoio à prática dos profissionais no provimento de cuidados domiciliares de saúde.

A sua elaboração envolveu trabalhadores da rede municipal de saúde que atuam no cuidado



domiciliar de pessoas com perdas funcionais e dependência, em um processo de reflexão conjunta que revelou conhecimentos e habilidades, relações e sentimentos e formas de agir desses trabalhadores no seu cotidiano.

Assim, o Guia foi construído a partir de três oficinas realizadas em agosto e setembro de 2003, que contaram com a participação de 100 profissionais da rede municipal de saúde de São Paulo, entre os quais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, odontólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos e agentes comunitários de saúde de todas as regiões da cidade e atuando nas equipes do PSF ou em equipes de Assistência Domiciliar.

Nessas oficinas discutiu-se o processo de trabalho do cuidado domiciliar de pessoas com perdas funcionais e dependência. O material foi transcrito e reapresentado aos participantes. Reuniões subsequentes foram organizadas por categoria profissional para chegar-se a um consenso sobre as atividades comuns à equipe e sobre as intervenções específicas de cada profissional na singularidade do cuidado domiciliar e à luz dos conhecimentos técnicos disponíveis. O texto final foi elaborado coletivamente, incorporando contribuições dos vários trabalhadores. As concepções sobre o processo de trabalho em saúde de Mehry (1997), orientaram a fundamentação e a ordenação do material, entre eles:

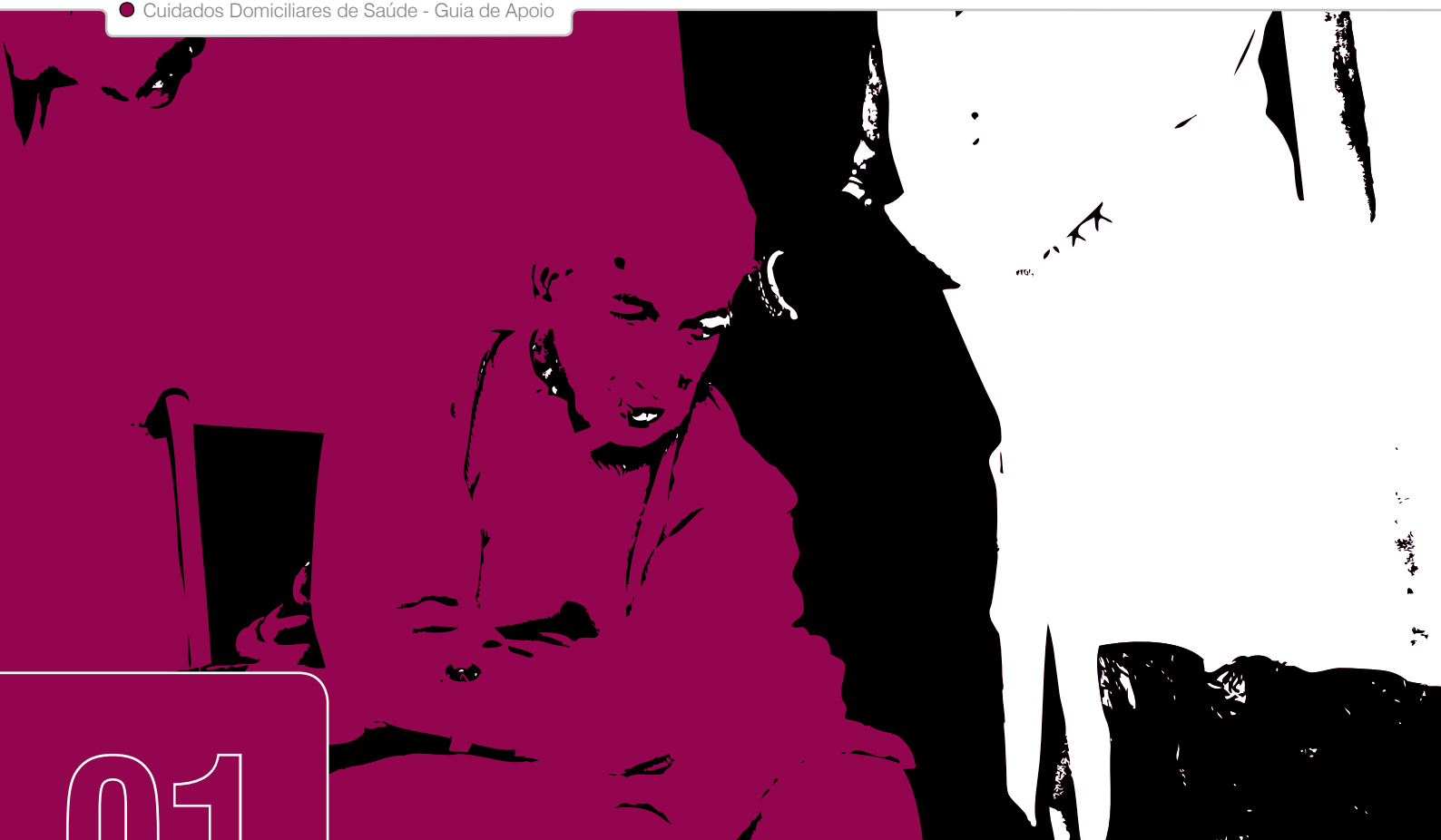
- O trabalho em saúde é um trabalho vivo, que acontece em ato.
- As práticas de saúde operam tecnologias baseadas no conhecimento científico e nas relações que se estabelecem entre os trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Essas tecnologias são classificadas por Mehry (1997) em: **leves**, que envolvem as relações entre trabalhador e usuário a exemplo do acolhimento, do vínculo; **leve-duras**, representadas pelos saberes estruturados, como a Epidemiologia e a Clínica; e **duras**, em que são exemplos os equipamentos tecnológicos.

- O “encontro de subjetividades” que acontece no espaço das relações trabalhador / usuário pode favorecer o desenvolvimento de uma prática em saúde na qual “os Sujeitos reconheçam e expressem seus interesses e desejos para, em seguida, recompô-los segundo o interesse e a necessidade de outros, de acordo com o contexto e com as imposições institucionais” (Campos, 2003).

Essa construção participativa apoiou-se no entendimento de que a prática em saúde produz conhecimentos que podem ser apropriados e compartilhados pelos próprios trabalhadores. Segundo Campos (2003), tais conhecimentos podem contribuir para a formação dos vários sujeitos sociais envolvidos, ampliando a capacidade deles de superar suas próprias limitações e lidar com aquelas impostas pelas condições do trabalho.

Após isso, no segundo capítulo deste Guia são conceituadas Atenção, Assistência e Internação Domiciliar. Também é discutida a inserção dos cuidados domiciliares no SUS, apresentando um critério de elegibilidade para o recebimento desses cuidados e quais as atividades necessárias para o provimento dos envolvidos. No terceiro capítulo discutem-se necessidades de saúde de pessoas com perdas funcionais e/ou dependência que orientam as intervenções no cuidado domiciliar. No quarto capítulo descreve-se o processo de trabalho de cuidar no domínio, identificando as tecnologias leves e leve-duras, discriminando atividades relativas à assistência para a pessoa com perdas funcionais e dependência, e à organização do trabalho. No quinto capítulo apresentam-se algumas orientações voltadas aos profissionais de saúde, referentes ao cuidado das pessoas com perdas funcionais e dependência.

Fragments das falas dos trabalhadores durante as oficinas foram destacados para facilitar a compreensão, além de dar voz aos participantes.



# 01

## CONCEITOS E CRITÉRIO DE ELEGIBILIDADE

## 1.1. Conceitos e bases legais

Dada a existência de controvérsias sobre os conceitos de Atenção, Assistência e Internação Domiciliar, adotam-se aqui as definições de Atenção e Assistência Domiciliar que se encontram no documento “Diretrizes para Assistência Domiciliar na Atenção Básica/SUS” (Ministério da Saúde, 2004).

O termo Atenção Domiciliar é utilizado para designar o conjunto de ações integradas em saúde que ocorrem no domicílio são destinadas à população em geral. Compreende ações articuladas de vigilância à saúde como visita, assistência e internação domiciliares.

A Assistência Domiciliar constitui um recorte da Atenção Domiciliar que ocorre no âmbito da Atenção Básica, vinculada ou não a equipes de PSF e destinada a pessoas que tenham sofrido perdas funcionais e sejam dependentes na realização de atividades da vida diária. Inserida no processo de trabalho das equipes de saúde, ela apresenta as seguintes características:

- Ações sistematizadas, articuladas e regulares;
- Integralidade das ações de promoção, recuperação e reabilitação em saúde;

- Trabalho em equipe, utilizando tecnologias de alta complexidade (dados os conhecimentos que requer) e baixa densidade, pelo uso de equipamentos menos sofisticados.

Apesar da grande variedade de definições encontradas na literatura, adota-se aqui o conceito de Internação Domiciliar como uma modalidade assistencial capaz de prover atenção e cuidados de saúde a pacientes em seu domicílio, com as mesmas características da assistência hospitalar – tanto em quantidade quanto em qualidade – quando tais pacientes já não precisam da infraestrutura hospitalar, mas necessitam de vigilância ativa e assistência complexa (Cotta, 2001).

A Assistência e a Internação Domiciliar viabilizam cuidados domiciliares de saúde, compreendendo atos e relações que acontecem no domicílio, envolvendo paciente, familiares e equipe de saúde, com a finalidade de promover a inclusão, a melhoria da qualidade de vida e a preservação ou recuperação da saúde do paciente por meio da disponibilização direta ou referenciada dos recursos materiais e humanos necessários à sua condição de saúde.

Várias foram as iniciativas com o objetivo de regulamentar as práticas de Assistência e Internação Domiciliar no território nacional:

- Portaria número 2.416 de 23 de março de 1998, do Ministério da Saúde, que estabeleceu requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para a realização de Internação Domiciliar no SUS;
- Decisão COREN-SP-DIR/006/1999 que dispõe sobre a regulamentação das empresas que prestam serviços de Atendimento de Enfermagem Domiciliar, home care;
- Lei 10.424 de 16 de abril de 2002, que acrescentou o Atendimento e a Internação Domiciliares no SUS à Lei Orgânica da Saúde;
- Portaria nº 249 de 16 de abril de 2002, da SAS/MS, que estabeleceu a Assistência Domiciliar como uma modalidade assistencial a ser desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso;
- Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM nº 1688/2003 que dispõe sobre normas técnicas necessárias à Assistência Domiciliar, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas, e a interface multidisciplinar nesse tipo de assistência;
- Portaria número 520 de 25 de março de 2004, do Ministério da Saúde, que instituiu um Grupo de Trabalho para elaborar proposta de política de atenção domiciliar no âmbito do SUS;

- Resolução RDC nº 11 de 26 de janeiro de 2006 da ANVISA. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar.

## **1.2. A inserção dos cuidados domiciliares no SUS**

O Grupo de Estudos sobre Cuidados Domiciliares constituído pela Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os cuidados domiciliares de saúde integrem a Atenção Primária aos países em desenvolvimento (WHO, 2000).

Segundo Cotta, et al (2001), os cuidados domiciliares compreendem a internação domiciliar e a assistência desenvolvida pelas equipes da Atenção Primária. A Internação Domiciliar deve ter caráter transitório, enquanto a vigilância e o acompanhamento longitudinal no domicílio devem ser de responsabilidade dos serviços da Atenção Primária.

Assim sendo, os serviços de Assistência Domiciliar dirigidos a pessoas com perdas funcionais e dependência devem integrar a Atenção Básica no SUS. Cabe salientar que ações de inclusão social e promoção da saúde, que são as finalidades desses cuidados, requerem o compartilhamento de responsabilidades entre os vários setores governamentais e ações intersetoriais.

Algumas pessoas com quadros clínicos mais graves exigem cuidados de maior complexidade que superam aqueles que podem ser oferecidos pela Atenção Básica, mas que não necessitam obrigatoriamente da infra-estrutura hospitalar. Tais pessoas devem ser assistidas por serviços de Internação Domiciliar, que devem contar com equipes multiprofissionais próprias e com a retaguarda de uma unidade hospitalar para garantir o atendimento das intercorrências e o fornecimento do atestado para o óbito que ocorrer na residência.

### 1.3. Critério de elegibilidade

A finalidade do provimento de cuidados domiciliares de saúde a pessoas funcionalmente incapacitadas e com dependência é ampliar o acesso aos serviços e aos cuidados de saúde, mediante a ação conjunta e integrada da família, da sociedade organizada e do Estado, de forma a viabilizar a esses indivíduos a melhor qualidade de vida e o maior grau de independência possíveis, incentivando a autonomia, a participação social, a dignidade e a solidariedade humana (WHO, 2000). Pensar a implementação de cuidados domiciliares no SUS implica garantir acesso a esses cuidados a todos que dele necessitem dentro dos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Muitas pessoas demandam cuidados domiciliares por

estarem incapazes de utilizar o transporte público e a solução para este problema não pode ser simplesmente o atendimento no domicílio. Isso ampliaria enormemente a clientela ao invés de reconhecer a necessidade de adequar o espaço urbano e o sistema de transporte às mudanças ocorridas na população.

Assim, a definição de um critério de elegibilidade é de fundamental importância quando se pensa o provimento desses cuidados frente a necessidades crescentes e recursos limitados. Esse critério deve permitir o acesso equânime das pessoas a serem beneficiadas, de forma que todas aquelas que apresentarem as mesmas condições terão as mesmas possibilidades de acesso a cuidados de saúde. A ausência de critérios de elegibilidade remete ao profissional que atua nos serviços a decisão sobre quem terá acesso a este tipo de cuidado. Isso implica o risco de ampliar o número de admissões no serviço sem disponibilidade de recursos. E também o risco de conflitos éticos para o profissional que, face à insuficiência de recursos, deixará de incluir no serviço pessoas que dele tenham maior necessidade.

Segundo a OMS (WHO, 2000), a população que necessita de cuidados domiciliares inclui portadores de doenças crônicas, transmissíveis ou não, como tuberculose, câncer e moléstias cardiovasculares; portadoras de deficiências

físicas ou sensoriais, independente da etiologia destas; pessoas portadoras do HIV ou com AIDS; pessoas incapacitadas definitiva ou temporariamente devido a acidentes por causas externas ou outras; portadores de doenças mentais e também os cuidadores das pessoas acima identificadas. O critério de elegibilidade para o recebimento de cuidados domiciliares de saúde deve basear-se no grau de incapacidade funcional, independentemente da patologia que causou a dependência ou do grupo etário (WHO, 2000).

Propõe-se adotar como critério de elegibilidade para o recebimento de cuidados de saúde no domicílio, o grau de incapacidade funcional para as Atividades da Vida Diária definido com base na Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola (Papaléu Netto, 1999) e hierarquizar os cuidados domiciliares em três níveis de cuidados domiciliares – de primeiro, segundo e terceiro nível –, de acordo com atividades a serem desenvolvidas na prestação de cuidados.

### **Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola:**

- Grau 0 - Vale-se totalmente por si mesmo. Caminha normalmente.
- Grau 1 - Realiza suficientemente as Atividades da Vida Diária (AVD). Apresenta algumas dificuldades para locomoções complicadas.
- Grau 2 - Apresenta algumas dificuldades nas AVD, necessitando apoio ocasional. Caminha com ajuda de bengala ou similar.
- Grau 3 - Apresenta graves dificuldades nas AVD, necessitando de apoio em quase todas. Caminha com muita dificuldade, ajudado por pelo menos uma pessoa.
- Grau 4 - Impossível realizar, sem ajuda, qualquer das AVD. Capaz de caminhar com extraordinária dificuldade, ajudado por pelo menos duas pessoas.
- Grau 5 - Imobilizado na cama ou sofá, necessitando de cuidados contínuos.

## 1.4. Hierarquização dos cuidados

### Cuidados domiciliares de primeiro nível

São elegíveis para esse nível de cuidado, as pessoas com graus 1 ou 2 de Incapacidade Funcional para as Atividades da Vida Diária, definidos com base na Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola. Essas pessoas devem estar vinculadas a uma unidade ambulatorial e não é obrigatório que disponham de cuidador no domicílio. Pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica que necessitam de oxigenoterapia domiciliar prolongada, por exemplo, são elegíveis para este nível de cuidado.

Os cuidados domiciliares de primeiro nível abrangem as seguintes atividades:

- Avaliação das condições do domicílio com o objetivo de identificar riscos ambientais;
- Educação para o autocuidado, que deverá ser realizada na Unidade de Saúde à qual o paciente está vinculado;
- Oferta de materiais e medicamentos imprescindíveis ao provimento dos cuidados.

### Cuidados domiciliares de segundo nível

São elegíveis para esse nível de cuidado, as pessoas com grau 3 de Incapacidade Funcional para as Atividades da Vida Diária, definido com base na Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola. Essas pessoas devem estar vinculadas a uma unidade ambulatorial e dispor, obrigatoriamente, de um cuidador, mas não necessariamente durante as 24 horas do dia. As pessoas com limitação motora devido a seqüelas de acidente vascular cerebral (AVC) ou de osteoartrose são exemplos importantes de pessoas elegíveis para este nível de cuidados.

Os cuidados domiciliares de segundo nível abrangem as seguintes atividades:

- Monitoramento domiciliar, com periodicidade mínima de 6 meses;
- Educação para o autocuidado;
- Oferta de materiais e medicamentos imprescindíveis ao provimento dos cuidados;
- Apoio e treinamento do cuidador;
- Prestação de cuidados de enfermagem eventuais no âmbito domiciliar como coleta de exames laboratoriais, controle de dados vitais, troca de cateteres ou outros.



A assistência médica para essas pessoas deverá ser realizada no serviço de saúde. Quando, para o acompanhamento clínico, houver necessidade de consultas médicas com intervalos inferiores a 30 dias, deverá ser avaliada a necessidade desse paciente de receber cuidados domiciliares de terceiro nível.

### **Cuidados domiciliares de terceiro nível**

São elegíveis para esse nível de cuidados, as pessoas que apresentam graus 4 ou 5 de Incapacidade Funcional para as Atividades da Vida Diária, definidos com base na Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola. Essas pessoas devem dispor de um cuidador no domicílio em tempo integral e devem estar vinculadas a uma unidade ambulatorial ou a uma equipe de Internação Domiciliar, dependendo de sua condição clínica. Por exemplo, pessoas com seqüela de AVC, restritas ao leito e clinicamente estáveis, são elegíveis para esse nível de cuidados, que devem ser realizados pelas equipes do PSF ou pelos serviços da Atenção Básica. Pessoas com rebaixamento do nível de consciência, com traqueostomia e necessidade de aspiração freqüente de secreções respiratórias, devem estar vinculadas a uma equipe de Internação Domiciliar para permitir visitas com intervalos menores,

viabilização de cuidados mais especializados e atendimento às intercorrências clínicas.

Os cuidados domiciliares de terceiro nível abrangem as seguintes atividades:

- Cuidados médicos, de enfermagem e outros necessários à recuperação e preservação da saúde no domicílio;
- Apoio e treinamento do cuidador;
- Garantia de transporte até o serviço hospitalar referenciado, quando necessário;
- Oferta dos insumos imprescindíveis ao provimento dos cuidados;
- Garantia de atendimento às intercorrências clínicas e atestado para o óbito que ocorrer no domicílio, nos casos de Internação Domiciliar.

Os cuidados domiciliares de saúde podem ser uma alternativa assistencial para as pessoas com perdas funcionais e dependência desde que os cuidados necessários possam ser realizados no domicílio e que o suporte familiar permita a realização desses cuidados com qualidade. Assim, pobreza extrema, a ausência de um cuidador e demais fatores podem inviabilizar a prestação dessa assistência; assim como a moradia em local muito íngreme pode obrigar a prestação de cuidados de terceiro nível a pessoas com graus mais leves de incapacidade funcional.



## NECESSIDADES DE SAÚDE

02

O cuidado no domicílio tem como objeto de trabalho as necessidades de saúde das pessoas com perdas funcionais e dependência, e de seus cuidadores. As teorias sobre necessidades humanas e seus esquemas interpretativos auxiliam a compreensão das mesmas.

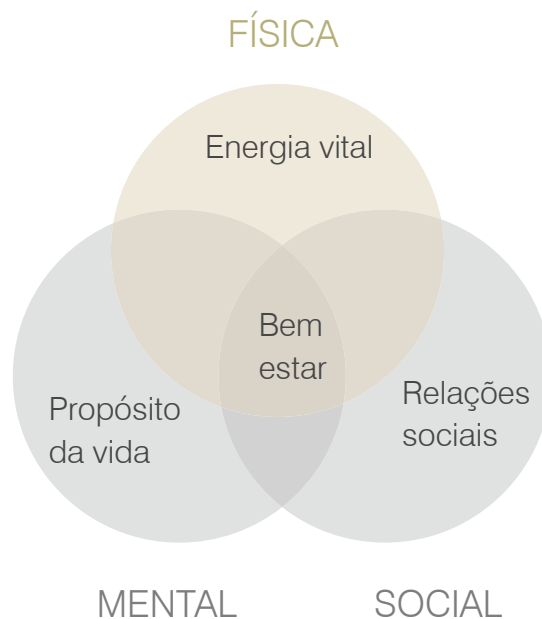
Segundo Heller (1986), as necessidades podem ser classificadas em necessidades existenciais e necessidades propriamente humanas. As primeiras referem-se à manutenção da vida, como alimentação, reprodução, abrigo e proteção. As segundas dizem respeito à realização humana, liberdade, independência, capacidade de criar, enfim, a efetivação das possibilidades humanas. Para Melo-Filho (1995), as necessidades de saúde situam-se entre as necessidades existenciais e aquelas propriamente humanas.

Segundo Cecílio (2001), as necessidades de saúde podem ser classificadas em quatro grandes conjuntos. O primeiro refere-se às condições de vida, que condicionam diferentes problemas de saúde. O segundo, ao acesso e consumo de tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar a vida. O terceiro, à construção de vínculos com os profissionais de saúde, o que significa “o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, e calorosa: encontro de subjetividades”. O quarto conjunto faz referência à autonomia e à

necessidade dos sujeitos de construir seu próprio modo de vida.

Labonte (1996) propõe uma representação gráfica para as dimensões da saúde e do bem-estar, que constituem o campo de ação da Promoção da Saúde.

**FIGURA 1: Dimensões da Saúde e do bem-estar**



Fonte: Labonte, R.

Aplicada às necessidades de saúde, essa representação permite identificar necessidades físicas que se referem à manutenção da vida; necessidades emocionais, à atribuição de significados e propósitos para a vida; e sociais, ao estabelecimento de relações sociais significativas. A prática profissional em saúde está voltada para o atendimento de necessidades relacionadas a essas dimensões da existência humana, visando a promoção da saúde e do bem-estar.


A análise da prática dos profissionais que prestam cuidados domiciliares de saúde aos serviços municipais, ofereceu novos elementos para a compreensão das necessidades de saúde das pessoas com perdas funcionais e dependência. Embora essas necessidades sejam peculiares a todos os seres humanos, as pessoas com perdas funcionais e dependências, devido a suas próprias limitações inerentes a cada caso e na dependência da oferta de elementos facilitadores, apresentam

relativamente maiores dificuldades na satisfação dessas necessidades.

Na dimensão física, as necessidades de manutenção da vida têm sua satisfação afetada pelas perdas funcionais e pela dependência do auto-cuidado. Na dimensão emocional relativa ao sujeito, aos significados e aos propósitos que ele atribui à própria vida, as necessidades são modificadas pelo sofrimento decorrente da perda da independência, levando à busca de re-significação da própria vida. Na dimensão social, as necessidades de interação são afetadas pela alteração dos papéis assumidos na família e na comunidade em decorrência da doença, pela perda da autonomia, isto é, a perda da capacidade de gerir o próprio cotidiano.

Esse conjunto de necessidades direciona uma prática profissional voltada para a "equiparação de oportunidades" e para a inclusão das pessoas com perdas funcionais e dependência.





Equiparação de oportunidades, de acordo com as Normas de Equiparação de Oportunidades para Pessoas com Deficiência (ONU, 1993), é o processo pelo qual os diversos sistemas da sociedade, informações e documentação são tornados disponíveis para todos e, particularmente, para pessoas com deficiência. Os requisitos para a igualdade de participação são a conscientização dos direitos, a acessibilidade à informação e ao ambiente físico, a oferta de serviços na área da saúde, educação, assistência social, transporte, meio urbano, lazer, cultura, esportes, ou seja, em todos os setores da vida em sociedade, incluindo sistemas de apoio como tecnologia assistiva, atendentes pessoais, intérpretes etc.

E inclusão é o processo de co-responsabilidade através do qual as pessoas excluídas (deficientes ou não) e a sociedade buscam em parceria melhorar suas condições, equacionar problemas, e decidir sobre propostas e ações visando garantir a participação de todos. Uma sociedade inclusiva equaliza as oportunidades para que todos os seus cidadãos cumpram seus deveres e se beneficiem dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e de desenvolvimento, enriquecendo-se com a diversidade e com a somatória de distintos potenciais individuais, respeitando as diferenças em sua amplitude máxima.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2002.

Outra aproximação das necessidades de saúde das pessoas com perdas funcionais e dependência foi proporcionada pelo estudo que caracterizou o perfil dessas pessoas em relação às atividades da vida diária (AVD) na população da área de abrangência do PSF do município de São Paulo e identificou as causas da incapacidade (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2004.).

No período de janeiro a junho de 2003, foram coletados pela equipes de PSF os seguintes dados: identificação das pessoas com perdas

funcionais e dependência; grau de incapacidade funcional para as Atividades da Vida Diária (AVD) segundo a Escala de Avaliação de Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola; patologia que causou a incapacidade segundo a Lista de Tabulação para Morbidade da CID 10; utilização de oxigênio no domicílio; presença de úlceras de pressão, sondas para alimentação, e traqueostomia para aspiração de secreções.

A população estudada foi de 1.574.961 pessoas, tendo sido identificadas 7.987 pessoas com

incapacidades, 4.776 mulheres e 3.211 homens, das quais 64,7% tinham 60 anos ou mais. Do total das pessoas com perdas funcionais e dependência, 2.672 (34,9%) foram classificadas nos graus 4 e 5 da escala usada, ou seja, eram totalmente dependentes para as AVD. Dentre pessoas totalmente dependentes, 57,0% eram idosos. Dentre as mulheres com formas graves de incapacidade, 65,8% eram idosas, enquanto, entre os homens, a proporção de idosos foi de 46,6%, evidenciando um contingente expressivo de homens com idade menor que 60 anos e com formas graves de incapacidade e dependência. Verificou-se que apenas 8,3% das pessoas com formas graves de incapacidade apresentavam úlceras de pressão, que somente 2,9% utilizavam sonda para a alimentação e que apenas 1,5% eram portadores de traqueostomia para aspiração de secreções respiratórias, sugerindo que os insumos materiais e os procedimentos clínicos para o acompanhamento das pessoas com perdas funcionais e dependência são compatíveis com a assistência oferecida pela Atenção Básica. As duas principais patologias que causaram formas graves de incapacidade e dependência na população em estudo foram o Acidente Vascular Cerebral, a paralisia cerebral – a primeira entre os idosos e a segunda entre pessoas com menos de 60 anos – entre outras síndromes paralíticas. Esses problemas

de saúde evidenciam necessidades relacionadas à perda de autonomia e de interação social.

Verifica-se, portanto, que as necessidades de saúde das pessoas com perdas funcionais e dependência compõem um conjunto amplo que inclui desde necessidades de cuidados de saúde capazes de melhorar a qualidade e prolongar a vida, até necessidades de autonomia e de exercício da cidadania.

Algumas dificuldades para a satisfação dessas necessidades advêm de restrições de mobilidade que dificultam ou mesmo impedem o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde e demais equipamentos sociais disponíveis no espaço urbano, como áreas de lazer, escolas etc.

Políticas públicas voltadas à acessibilidade e mobilidade nos espaços públicos (CPA/SEHAB, 2003), incluindo um sistema de transporte capaz de garantir o deslocamento de todos os indivíduos com segurança e autonomia, viabilizariam oportunidades para a utilização dos serviços de saúde pelas pessoas com restrições de mobilidade. Entretanto, indivíduos totalmente dependentes para as AVD, restritos ao leito, não conseguirão deslocar-se com segurança de sua residência até os serviços disponíveis mesmo com um sistema de transporte eficaz e seguro. Para essas pessoas, os cuidados domiciliares são uma resposta para algumas de suas necessidades de saúde.



# 03

## O PROCESSO DE TRABALHO DE CUIDADO EM DOMICÍLIO

O conteúdo relativo ao processo de cuidado em domicílio foi construído com a participação de profissionais da rede municipal de saúde de São Paulo, a partir do material produzido nas oficinas e reuniões realizadas para a elaboração deste Guia, tendo por base a prática diária no cuidado domiciliar de pessoas com perdas funcionais e dependência.

“Ter bom senso, iniciativa e criatividade para resolver situações inesperadas, enfrentar adversidades e administrar conflitos.”

“A criatividade tem como limite a responsabilidade profissional e é necessário buscar estratégias para sair da improvisação.”

“O cuidado no domicílio promove uma transformação no trabalhador frente ao problema do outro, o que demanda a revisão de conceitos, posturas e, em especial, juízos pré-concebidos.”

“Há necessidade de trabalhar a consciência dos seus próprios limites, ter disposição e humildade para aprender continuamente.”

(Falas dos profissionais nas oficinas).

O cuidado domiciliar visa produzir uma melhor qualidade de vida para pessoas com perdas funcionais e dependência e para seus cuidadores, minimizando as desvantagens decorrentes da doença ou incapacidade.

Nesse trabalho, os profissionais devem atuar nas várias dimensões das necessidades humanas, desenvolvendo um vínculo de confiança com a pessoa e seus familiares, embasado no compromisso ético estabelecido entre os envolvidos.

O material resultante das oficinas e reuniões realizadas foi ordenado e agrupado em tecnologias leves e leve-duras, segundo a conceituação proposta por Mehry - Mehry (1997).

### 3.1. Tecnologias leves

Profissionais de saúde, pessoas com perdas funcionais e dependência, cuidadores e demais familiares compartilham preocupações e responsabilidades, estabelecendo relações no processo do cuidado. Tais relações, identificadas pelos profissionais, foram designadas como tecnologias leves e reunidas em respeito à individualidade e à autonomia da pessoa cuidada, com escuta e estabelecimento de vínculo de confiança baseado na responsabilidade profissional.

“Apresentar-se”;

“Solicitar permissão para entrar no domicílio”;

“Solicitar permissão para o toque”;

“Oferecer seu trabalho”.

(Falas dos profissionais nas oficinas).



### 3.1.1. Respeito à individualidade e à autonomia

Para possibilitar o cuidado domiciliar é necessária uma atitude de respeito diante da pessoa e do seu domicílio. Deve-se respeitar a dinâmica e os valores da pessoa e de sua família, bem como suas crenças, sua cultura e seus conhecimentos, reconhecendo sua individualidade e autonomia.

No relacionamento e nas atividades desenvolvidas no cuidado domiciliar, deve-se:

- Ter uma atitude de disposição para transmitir conhecimentos, compartilhando saberes e tornando a pessoa e seu cuidador co-responsáveis pelo tratamento;
- Estar atento para controlar a tendência à excessiva intervenção profissional que pode impedir o exercício da autonomia da pessoa cuidada;
- Respeitar a liberdade individual e os valores do outro;
- Abster-se de julgamentos;
- Ter sensibilidade para perceber e valorizar as potencialidades da pessoa e não apenas os seus limites;
- Informar em linguagem simples e 'dar significados' ao que vai ser feito;
- Procurar promover a autonomia da pessoa e o máximo de independência possível para o momento, favorecendo assim sua auto-estima;
- Permitir e valorizar sua participação e de sua família nas decisões referentes ao cuidado;
- "Investir" na capacidade da família em buscar soluções.

Deve-se orientar o cuidador a realizar as atividades cotidianas respeitando a autonomia da pessoa, solicitando sua participação e colaboração. Quando a pessoa cuidada não estiver consciente, os cuidados devem ser realizados visando evitar a dor e promover o conforto.



“Os profissionais, quando chegam, querem intervir, colocar tudo na devida ordem, ‘o alcoólatra não vai beber, vão fazer curativo assim etc.’”

“Ter uma atitude de tolerância frente às escolhas do outro.”

“Agir sem discriminação.”

“Não julgar, aceitar o outro.”

“É necessário sensibilidade para perceber as condições de vida do paciente e estabelecer uma linguagem acessível que possibilite a comunicação e o diálogo entre equipe e paciente.”

“Desenvolver o autocuidado, porque promover a autonomia significa (re)integrar o paciente na família, retirá-lo da condição de doente para a condição de pessoa.”

(Falas dos profissionais nas oficinas).

### 3.1.2. Escuta

A escuta pode diminuir o sofrimento humano, angústias e ansiedades, criando oportunidades para que a pessoa cuidada possa re-significar seu sofrimento, compreender e elaborar a situação gerada pela doença. A escuta implica estar aberto, em não aplicar conceitos pré-estabelecidos, em estar atento aos momentos de tensão e conflito.

“Ajudar o paciente a trabalhar o sofrimento da situação de confinamento, da saída do mundo do trabalho, do grupo de amigos e da comunidade, da passagem da independência para a dependência, a suportar a doença e suas vicissitudes, a lidar com a inversão de papéis, as interdições impostas pela família.”

(Falas dos profissionais nas oficinas).

### 3.1.3. Estabelecimento de um vínculo de confiança baseado na responsabilidade profissional

Para o sucesso da intervenção profissional, é necessária a formação de vínculo de confiança entre o profissional, a pessoa com perda funcional e dependência, e seu cuidador. Esse vínculo deve ter por base a responsabilidade profissional. É importante distinguir a intervenção profissional da amizade. O profissional deve estabelecer limites para sua atuação, ter cautela para não assumir papéis que são da família, ter discernimento para identificar as reais necessidades da pessoa e de seus familiares e também as emoções que a situação mobiliza tanto na pessoa como neles próprios. Deve reconhecer-se também o cuidador, embora sejam distintas as ações que cabem aos profissionais e aos familiares.

Para o estabelecimento desse vínculo, é necessário manter diante da pessoa e de sua família uma atitude acolhedora expressa pela escuta, compreensão e comprometimento. Uma vez depositário das informações e confidências, manter sigilo profissional.

“Olhar nos olhos.”

“O profissional deve demonstrar interesse e disposição para falar e ouvir, dentro de uma relação profissional. Essa disposição não pode ser nada forçada.”

“Saber escutar o outro, saber enxergar o que é mostrado.”

“Compreender as situações do dia a dia, sem negar o sofrimento do paciente e de seus familiares. Reconhecer e valorizar a necessidade, o pedido, a queixa principal do paciente, mesmo que a nosso ver não seja o mais importante, considerar suas expectativas e reações aos resultados das intervenções.”

(Falas dos profissionais nas oficinas).

## 3.2. Tecnologias leve-duras

As tecnologias leve-duras dizem respeito aos saberes estruturados das diversas áreas da saúde. Serão descritas:

- Tecnologias relativas à assistência direta às pessoas com perdas funcionais e dependência e seus cuidadores;
- Tecnologias relativas à organização das rotinas do serviço.

### 3.2.1. Tecnologias relativas à assistência direta à pessoa com perdas funcionais e dependência e seu cuidador

O cuidado domiciliar realizado em equipe multiprofissional envolve uma série de atividades realizadas por todos os membros da equipe, dirigida a objetivos comuns e voltada para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com perdas funcionais e dependência, bem como dirigida ao fortalecimento da equipe multiprofissional. Essas atividades compreendem:

- Leitura técnica das necessidades de saúde da pessoa cuidada e seu cuidador, do ambiente

familiar e social e dos recursos institucionais e assistenciais disponíveis;

- Elaboração, implementação e avaliação de um plano de cuidados;
- Identificação de recursos institucionais e da comunidade para viabilizar ações de promoção da saúde e inclusão social;
- Criação de espaços que possibilitem à equipe multiprofissional o diálogo, o apoio mútuo e o fortalecimento de cada um encarado como sujeito, conferindo sentido e valor ao trabalho coletivo embasado em princípios éticos.

Esse trabalho possibilita compartilhar saberes, incorporar novos conhecimentos e habilidades, ampliando a capacidade dos profissionais de compreender e intervir sobre a realidade, construindo novas competências profissionais próprias dessa modalidade assistencial.

Esses conhecimentos e habilidades vão possibilitar aos profissionais da equipe o desenvolvimento de um olhar para a pessoa e seu cuidador, considerando suas necessidades de saúde, o ambiente em que vivem e o contexto das relações familiares e sociais. Também possibilitará avaliar riscos, dar orientações gerais e identificar a necessidade de intervenções específicas, que são atribuições exclusivas de um ou outro membro da equipe, dependendo do aspecto considerado.

No cuidado domiciliar de pessoas com perdas funcionais e dependência e seus cuidadores, todos os profissionais da equipe de saúde devem observar:

● O estímulo das funções e capacidades não afetadas pela doença:

Identificar as funções não afetadas pela doença e estimular a pessoa e seu cuidador a exercitá-las, principalmente em relação às atividades da vida diária (alimentar-se sozinho, pentear-se, participar do banho), estimulando assim a independência, o autocuidado e, ao mesmo tempo, preservando a autonomia da pessoa cuidada. Resgatar e estimular a realização de atividades prazerosas.

● A adaptação do ambiente em que vive:

Avaliar o espaço físico em relação à circulação, nível de ruídos, iluminação e ventilação. Orientar medidas para a prevenção de quedas, como retirada de tapetes e de objetos que possam impedir o trânsito.

● As formas de comunicação com sua família:

Estabelecer formas de comunicação com a pessoa cuidada, perceber como ela se relaciona com a família e colaborar na identificação de novas possibilidades.

● O convívio familiar e social:

Estimular a família a incluir a pessoa nas atividades cotidianas da casa e no lazer, estimulando-a a permanecer períodos fora do quarto para evitar o isolamento e facilitar o convívio social.

● Higiene pessoal e do ambiente domiciliar:

Perceber as condições de higiene pessoal e do ambiente em que vive, os riscos que a ausência dessas condições podem trazer tanto para a pessoa como para seus cuidadores, especialmente em relação à manipulação dos objetos de higiene pessoal (comadres e uripen) e descarte do material contaminado.

● A oferta e a aceitação de alimentos:

Observar a oferta de alimentos segundo a dieta prescrita, o posicionamento e a presença de tosse ou engasgos durante a alimentação para prevenir os riscos ou detectar a ocorrência de bronco-aspiração.

● O conforto e a manipulação da pessoa:

Observar a posição em que a pessoa se encontra no leito, as medidas adotadas para a prevenção de úlceras de pressão, o modo como são realizadas as transferências (como, por exemplo, do leito para a cadeira) visando diminuir o risco de deformidades, preservar a funcionalidade e diminuir a ocorrência de complicações.

● Os sinais de piora:

Toda a equipe deve estar atenta para novas queixas e sinais em relação à pessoa cuidada, a mudanças na aceitação de alimentos, no comportamento, no padrão de sono, o que possibilita a vigilância do seu estado de saúde e a informação do agravamento do quadro clínico ao médico que assiste a pessoa.

● Os direitos da pessoa e seu cuidador como cidadãos:

Todos os profissionais devem ter conhecimento dos direitos e benefícios sociais relativos às pessoas com perdas funcionais, buscando alternativas para assegurá-los.

● As necessidades de treinamento e de apoio ao cuidador:

Orientar, instrumentalizar e apoiar o cuidador. Oferecer orientações relacionadas ao cuidado e referentes à preservação de sua própria saúde. São exemplos dessas orientações as posturas que devem ser adotadas durante a manipulação da pessoa, a realização de exercícios de alongamento, a necessidade de estabelecer um horário de descanso, de dividir tarefas com outros membros da família e de participar de atividades de lazer. É importante a organização de atividades grupais para apoio aos cuidadores.

Destacam-se a seguir algumas intervenções dos vários profissionais que podem compor uma equipe de cuidados domiciliares. Tais intervenções são significativas para a assistência das pessoas e para o trabalho em equipe nesta modalidade assistencial. Não se pretende neste Guia descrever as atribuições já consagradas dos profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e odontólogos; e de forma nenhuma pretende-se reduzir a atuação profissional às intervenções citadas. A intenção é propor um olhar além do óbvio, que permita a todos que atuam no cuidado domiciliar ampliar seu campo de visão.

Decidiu-se incluir as atribuições de todos esses profissionais, mesmo sabendo que a maioria das equipes do Programa Saúde da Família e de Assistência Domiciliar da rede municipal de São Paulo não conta com a retaguarda dos mesmos. Essa opção visa mostrar possibilidades ampliadas de cuidado e contribuir para que cada trabalhador redimensione suas expectativas em relação à sua própria intervenção, ao reconhecer os diferentes focos de ação dos demais.

## **Médico**

Destacam-se as seguintes intervenções em relação ao cuidado das pessoas com perdas funcionais e dependência:

- Informar sobre a condição de saúde da pessoa cuidada:

Esclarecer para a pessoa e seus familiares sobre a sua situação de saúde, a evolução esperada de sua doença ou condição, os sinais de piora do quadro clínico e as medidas a serem tomadas nessa situação.

- Fornecer o atestado para o óbito que ocorrer no domicílio:

O serviço deve se responsabilizar pelo preenchimento do atestado de óbito das pessoas que falecerem no domicílio, no horário de funcionamento do serviço, e compete ao médico o fornecimento dessa declaração de acordo com a legislação em vigor. “É vedado ao médico deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta” (artigo 115 do Código de Ética Médica).

Devendo: Fora do horário de funcionamento da Unidade de acompanhamento, a família deverá

se dirigir à Delegacia de Polícia mais próxima de sua residência para providências do Atestado de Óbito.

- Acompanhar pessoas em oxigenoterapia domiciliar prolongada:

O uso prolongado de oxigênio no domicílio, na ausência de outras condições que causem formas mais graves de dependência, não é motivo para que a consulta médica seja realizada no domicílio. Mas, como pode acontecer que pessoas cuidadas em domicílio utilizem oxigênio, apresentam-se as indicações de oxigenoterapia domiciliar prolongada, segundo consenso da Sociedade Brasileira de pneumologia e Tisiologia na página 49.

- Controlar a dor:

A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano tecidual existente ou potencial. A percepção da dor é independente do dano. Por ser uma sensação subjetiva é determinada por muitos fatores como a lesão que a origina, o impacto emocional que produz, os sentimentos já experimentados em outras ocasiões, a personalidade de quem padece e as circunstâncias em que está vivendo cada indivíduo. A complexidade dessa percepção

é modificada por variáveis biológicas e socioculturais do indivíduo e do meio.

Dra. Cecily Saunders, uma das fundadoras do St. Christopher Hospice na Inglaterra, em 1967, introduziu o conceito de 'Dor Total' constituída pelos componentes: físico, mental, social e espiritual. Portanto, o alívio da dor não é alcançado sem considerar todos esses aspectos.

O médico deve conhecer, além da farmacologia clínica dos analgésicos, a dinâmica da dor e as necessidades da pessoa cuidada e de seus familiares. A dor adequadamente tratada melhora a condição clínica da pessoa, sua satisfação, diminui o sofrimento, contribui para uma melhor qualidade de vida e reduz os custos relacionados aos cuidados. O tratamento para a dor deve ser iniciado mesmo antes do conhecimento de sua causa. Algumas orientações para o tratamento da dor são apresentadas entre as páginas 49 a 55.

- Desbridar feridas:

É desejável que o desbridamento mecânico de pequenas feridas seja feito no domicílio. Essa decisão deverá ficar a cargo do profissional, que deverá considerar sua experiência e as condições do domicílio.



## Enfermeiro

Destacam-se as seguintes intervenções em relação ao cuidado das pessoas com perdas funcionais e dependência:

- Orientar o cuidador a auxiliar a pessoa na realização das atividades da vida diária, solicitando a participação, estimulando a independência e preservando a autonomia da pessoa cuidada.
- Discriminar a necessidade de visitas de enfermagem para o acompanhamento de cada pessoa, considerando a sua situação clínica, as habilidades e condições do cuidador, realizar o planejamento e a supervisão da assistência de enfermagem.
- Realizar em domicílio “cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas”, de acordo com o disposto na Lei 7.498/86, regulamentada pelo Decreto-Lei 94.406/87.

Orientações sobre alguns procedimentos relativos ao cuidado das pessoas com perdas funcionais e dependência são apresentados na página 56 a 58.

## Auxiliar de Enfermagem

Entre as atribuições do auxiliar de enfermagem, destacam-se:

- Realizar as intervenções que forem necessárias à vigilância do estado de saúde da pessoa, observar o estado geral, verificar os sinais vitais e pesquisar novas queixas.
- Realizar em domicílio procedimentos de menor complexidade, coleta de exames laboratoriais, curativos e administração de medicamentos, segundo prescrição do SAE.
- Oferecer orientações ao cuidador sobre a higiene da pessoa, do leito e do ambiente; medidas para a prevenção de úlceras de pressão e descarte de material contaminado.

## Nutricionista

Destacam-se as seguintes intervenções em relação ao cuidado das pessoas com perdas funcionais e dependência:

- Avaliar o estado nutricional, prescrever dietas e suplementos nutricionais e acompanhar

peças em risco nutricional, considerando para essas orientações, as condições de vida.

- Participar, em conjunto com o médico que assiste a pessoa, da indicação de sonda enteral.
- Prescrever e orientar a formulação e o preparo de dietas enterais.

Algumas orientações em relação à alimentação para pessoas com perdas funcionais e dependência são apresentadas nas páginas 59.

## **Odontólogo**

O atendimento odontológico em domicílio é definido como o conjunto de ações orientadas para o autocuidado, prevenção e assistência odontológica, dirigidas às pessoas que por qualquer motivo necessitem desse tipo de atendimento.

Ressalta-se que a avaliação efetuada pela equipe de saúde deve levar em conta os aspectos socioeconômicos que permeiam cada caso, bem como o direito da pessoa à assistência humanizada.

A avaliação minuciosa deve considerar como alternativas para a resolução do problema apresentado:

- Remoção para atendimento na Unidade de Saúde;
- Atendimento domiciliar paliativo pela equipe de saúde bucal da Unidade de Saúde mesmo sem dispor de equipamentos portáteis, envolvendo procedimentos que possam ser realizados com instrumentos manuais;
- Atendimento domiciliar com equipamento portátil, tendo a possibilidade de realizar uma gama maior de procedimentos;
- Encaminhamento para serviços especializados que contam com profissionais capacitados e os insumos necessários;
- Encaminhamento para serviço de atenção terciária em ambiente hospitalar com recursos de anestesia geral.

Os procedimentos de biossegurança a serem observados na assistência domiciliar são os mesmos preconizados para o atendimento clínico, devendo ser adaptados à realidade de cada domicílio, porém jamais negligenciados.

Destacam-se as seguintes intervenções do profissional em relação ao cuidado das pessoas com perdas funcionais e dependência:

- Realizar avaliação clínica;
- Decidir sobre a viabilidade da intervenção clínica em domicílio e fazer o plano de tratamento.

Na possibilidade de utilização de equipamento odontológico portátil, viabilizar tratamento odontológico completo e definir plano de manutenção. Com instrumentos manuais e sugador portátil, realizar raspagem de cálculos, restaurações temporárias com cimento de ionômero de vidro e remoção dos focos de infecção.

Na impossibilidade da intervenção clínica em domicílio, encaminhar a pessoa para a Unidade de Referência.

Algumas orientações em relação à higiene oral são apresentadas na página 58.

## **Fonoaudiólogo**

Destacam-se as seguintes intervenções no contexto do cuidado domiciliar de pessoas com perdas funcionais e dependência:

- Avaliar e intervir na forma de comunicação:  
A comunicação é essencial para a inserção do homem na sociedade, permeando as

relações, propiciando a participação social, a aprendizagem e contribuindo para a integridade emocional.

O olhar do fonoaudiólogo deve focar os diversos aspectos que interferem na comunicação das pessoas, que podem estar prejudicadas por diversas situações, tais como alterações neurológicas focais e/ou degenerativas, alterações auditivas, distúrbios psiquiátricos, deficiência mental ou alterações vocais. É, portanto, essencial uma avaliação da capacidade comunicativa e das habilidades cognitivas da pessoa.

A partir das potencialidades e dificuldades detectadas, podem ser propostas estratégias de reabilitação e criadas alternativas de comunicação. Algumas orientações para o diálogo com a pessoa com dificuldade de comunicação são apresentadas na página 59.

- Avaliar e orientar pacientes com alterações da função de deglutição:  
A disfagia é a alteração ou dificuldade no transporte do alimento da boca até o estômago, o que pode levar a complicações respiratórias e comprometer a condição nutricional e de hidratação do paciente. Suas causas mais frequentes são lesões no cérebro, alguns

medicamentos, lesões nos órgãos do sistema digestório e até mesmo o envelhecimento.

As principais manifestações clínicas da disfagia orofaríngea são: engasgo, tosse, pigarro ou refluxo nasal durante a alimentação; restos de comida na boca após várias deglutições; lentidão e cansaço ao deglutir; alteração na voz pós-deglutição (sensação de voz molhada). Cianose e alteração do padrão respiratório em situação de alimentação também podem estar associadas. A disfagia também pode ocorrer no segmento baixo (esôfago), e os sintomas mais frequentes são dor epigástrica e sensação de “empanzimento”.

A situação de alimentação, na maioria das vezes, promove a confraternização entre familiares ou entes queridos e é geralmente associada à sensação de prazer. Quando um indivíduo apresenta dificuldades para engolir, frequentemente, a refeição toma-se penosa.

Algumas orientações para a situação de alimentação são apresentadas na página 59.

## **Fisioterapeuta**

Destacam-se os principais focos de atuação do fisioterapeuta em relação ao cuidado das pessoas com perdas funcionais e dependência:

- **Cinesioterapia:**

A fisioterapia domiciliar utiliza como principal recurso a cinesioterapia (exercícios). A indicação desse método está relacionada ao diagnóstico, à idade, às condições clínicas e à avaliação fisioterapêutica. É importante que a pessoa seja constantemente reavaliada e que o programa seja modificado de acordo com a evolução apresentada.

- **Orientar o posicionamento da pessoa no leito:**

Os cuidados relacionados ao posicionamento no leito visam a prevenção de deformidades causadas por úlceras de pressão, posturas inadequadas, edema postural e complicações respiratórias e circulatórias. O posicionamento no leito deve ser orientado imediatamente após lesão, evitando o agravamento de padrões patológicos e facilitando movimentos voluntários. Algumas orientações para o posicionamento da pessoa no leito são apresentadas na página 62.

- Orientar o manuseio e transferências das pessoas com dependência:

O cuidador deve ser orientado a incentivar a pessoa, sempre que possível, a movimentar-se de forma independente e em relação à melhor forma de auxiliá-la na movimentação, tomando os devidos cuidados para que não corram, ambos, risco de acidentes.

Algumas orientações para o manuseio das pessoas com dependência e para a realização de transferências posturais são apresentadas nas páginas 63 e 64.

- Orientar a realização de adaptações no domicílio:

O domicílio da pessoa com dependência necessita de uma atenção especial por parte do fisioterapeuta e da equipe, verificando degraus, pisos escorregadios, tapetes e móveis que dificultam a locomoção e podem ocasionar quedas.

Algumas adaptações no ambiente domiciliar podem ser propostas, como a construção de rampas para facilitar o acesso, instalação de corrimãos (corredor, banheiro etc.) utilização de pisos apropriados (não escorregadios), de tapetes antiderrapantes ou eliminação dos mesmos, adequação de altura do vaso

sanitário, mudança na distribuição dos móveis (com consentimento dos familiares do paciente) e adequação da iluminação.

- Avaliar a possibilidade de marcha:

Após uma avaliação detalhada da pessoa, verifica-se a possibilidade de marcha. A locomoção pode ser facilitada pelo uso de andadores, muletas, bengalas ou cadeiras de rodas. A indicação desses equipamentos para o treino de locomoção depende da motricidade, do equilíbrio, das condições cognitivas e especialmente da vontade da pessoa.

- Indicar e orientar a utilização de órteses:

Órteses são dispositivos aplicados a um ou mais segmentos corporais com objetivos de: estabilizar articulações, compensar fraquezas musculares, prevenir a instalação ou o agravamento de deformidades articulares obtidos com procedimentos cirúrgicos, reduzir a dor e diminuir parcialmente a sobrecarga em um determinado segmento corporal.

Se mal indicadas ou mal confeccionadas podem trazer prejuízos à pessoa. Uma vez iniciado o uso, devem ser constantemente revisadas não somente pela necessidade de modificações, mas também para reavaliação

dos benefícios reais em termos funcionais. É importante lembrar ao cuidador que a órtese necessita ser higienizada, pois fica em contato direto com o corpo da pessoa.

## Terapeuta Ocupacional

A ação do terapeuta ocupacional deve ir além de orientações e procedimentos como exercícios, trocas posturais ou quaisquer outras intervenções que visem a prevenção de deformidades ou de quadros algícos. Destacam-se quatro focos principais que deverão nortear a ação do terapeuta ocupacional junto à pessoa com perdas funcionais e dependência, sua família e sua equipe de trabalho:

- Vislumbrar a linha tênue que separa a autonomia da independência e da interdependência:

Deve-se olhar além do corpo doente ou deficiente. O olhar deve atravessar o sujeito e observar sua história de vida, suas relações e seus desejos futuros. Mesmo nos quadros considerados mais graves, deve-se identificar o quanto a pessoa é capaz de se comunicar e expressar algo de sua personalidade.

É importante diferenciar independência de

autonomia, na medida em que a última diz respeito à capacidade de decidir sobre o modo de gerir o seu cotidiano. Ainda que extremamente dependente dos cuidadores para as atividades básicas de manutenção da vida, uma pessoa pode ter sua autonomia preservada na medida em que sua dignidade e seus desejos são respeitados pelos seus familiares, pela comunidade local e pelo serviço de saúde.

A autonomia é compreendida e valorizada quando se reconhece que o indivíduo, mesmo dependente de cuidadores e familiares para se vestir, higienizar-se ou mudar de posição, é capaz de fazer escolhas como a cor da roupa, o tipo de alimento, se quer permanecer deitado olhando para a janela ou para a televisão.

O terapeuta ocupacional deve orientar os cuidadores sobre a importância de estimular ao máximo a independência e autonomia da pessoa na realização das atividades básicas para sua sobrevivência. O fato de conseguir realizá-las, mesmo que com dificuldades e em ritmo lento, eleva a auto-estima e promove uma postura ativa, em que a pessoa busca novas formas de produzir seu autocuidado, participando mais ativamente de suas rotinas. Na interdependência foca-se a relação familiar, buscando compreender o lugar que a pessoa

ocupa na dinâmica e na história familiar. A relação de cuidado é de dependência mútua, tanto a pessoa depende do cuidador quanto este depende dessa relação para organizar sua vida prática e afetiva.

- Utilizar os conhecimentos da tecnologia assistiva:

Tecnologia assistiva refere-se ao conjunto de objetos, equipamentos e sistemas de produtos adquiridos comercialmente ou desenvolvidos artesanalmente, produzidos em série, modificados ou feitos sob medida, que são utilizados para aumentar, manter, ou melhorar as habilidades de pessoas com limitações funcionais. Por exemplo, adaptações para atividades da vida diária, sistemas de comunicação alternativa ou Língua de Sinais, dispositivos para computadores, adequação em cadeiras de rodas, adaptações sonoras e visuais e adequação do ambiente físico.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2002.

Através do conhecimento da tecnologia assistiva, o terapeuta ocupacional tem a possibilidade de:

1) Propor e projetar conjuntamente com a pessoa e seus familiares, dentro de suas possibilidades e disponibilidade, alterações no ambiente doméstico a fim de facilitar o posicionamento, a locomoção, a segurança e a independência funcional da pessoa na residência;

2) Confeccionar, a partir de demandas da pessoa e do cuidador, adaptações para facilitar o manuseio de objetos utilitários, tais como talheres, canetas, barbeadores e outros.

A análise da atividade da pessoa é a parte inicial do processo. No cuidado domiciliar ela torna-se mais fidedigna, porque é realizada no espaço real, ou seja, no domicílio do indivíduo. Num segundo momento, faz-se a avaliação dos objetos, verifica-se se são utilizados somente pela pessoa doente ou com deficiência, ou se também por outros membros da família.

Caso sejam de uso comum, torna-se imprescindível conhecer todos os familiares e solicitar a participação na realização das adaptações necessárias, respeitando-se a funcionalidade pretendida, a estética, a higiene e as peculiaridades da família em questão.

Na fase final da adaptação/confecção, realiza-se o teste do objeto. Quando o teste é realizado no uso cotidiano, a assimilação é

mais fácil, visto que foi apropriada por todos aos poucos, à medida em que participaram desde o processo de seleção ou confecção até sua conclusão.

Vale ressaltar que a inclusão de qualquer tecnologia assistiva deve passar por uma avaliação de sua real necessidade pela pessoa, que deve participar, na medida do possível, do planejamento e da confecção dessas adaptações que servirão para apoiá-la na realização das atividades. Caso contrário, quando impostas pelo terapeuta, acabam sendo desprezadas tanto pela pessoa como pela família e pelos profissionais que realizam o cuidado domiciliar.

- Estimular a criação de espaços de negociação entre pessoa, familiares e equipe de saúde acerca da condução das atividades cotidianas, de modo a contemplar desejos e interesses muitas vezes conflitantes

Ao partilhar com a família a negociação das rotinas, o terapeuta ocupacional tem a possibilidade de favorecer uma relação familiar que promova interações em que demandas diárias da pessoa e dos familiares são reconhecidas e supridas, evitando assim animosidades que emergem nas situações estressantes e dilemáticas, geralmente fruto de

ruídos e mal entendidos na comunicação.

Conhecendo a dinâmica de funcionamento da casa, o terapeuta ocupacional pode auxiliar na organização das tarefas a serem realizadas, de forma a proporcionar uma melhor administração do tempo. A rotina inicialmente construída pode ser modificada através do diálogo familiar, de acordo com as experiências vivenciadas diariamente e no transcorrer do tempo, estabelecendo-se assim novos 'contratos' mais eficientes e adequadas ao grupo familiar em questão.

O estabelecimento de rotinas deve considerar a necessidade e os desejos de todos os envolvidos. Não basta que todas as tarefas domésticas e de cuidado sejam executadas, é necessário saber como são divididas: se algum membro da família fica sobrecarregado demais e não tem tempo para seu próprio cuidado e lazer, por exemplo.

Não é o bastante que tudo esteja limpo e organizado, que tabelas de horários e atividades sejam seguidas. Não se trata de um hospital, antes de tudo é uma casa. É a residência de pessoas que são mais do que paciente e cuidador. E pessoas precisam de tempo: tempo para dedicar a si, tempo para disponibilizar ao outro, tempo para comer e para se higienizar.



- Investigar aspectos da cultura e da história ocupacional da pessoa e do seu cuidador:  
A história ocupacional compreende o conjunto de aptidões e de atividades (de autocuidado, lúdicas, educativas, artesanais, esportivas, laborais ou de lazer) acumuladas no decorrer de sua biografia, englobando o seu jeito particular de fazer: o jeito de cuidar da casa, cozinhar, vestir-se, relacionar-se com o transcendente, enfim, o que dá sentido à sua existência. Muitas vezes, possibilitar que a pessoa e seus familiares continuem a exercer atividades significativas, é trabalhar com o sentido da vida. Conseguir continuar a cuidar das plantas, fazer aquele artesanato que a apraz, ler o jornal diário, fazer um bolo, conversar na calçada com os vizinhos, acender uma vela para o santo padroeiro e atividades assim representam estar vivo e presente em seu cotidiano.

### **Agente Comunitário de Saúde**

Destacam-se as seguintes intervenções no contexto do cuidado domiciliar de pessoas com perdas funcionais e dependência:

- Identificar, na sua micro-área, as pessoas com perdas funcionais e dependência;
- Desenvolver ações, em conjunto com a equipe de saúde, no sentido da prevenção da ocorrência de perdas funcionais e dependência, e para promoção do envelhecimento ativo. Algumas orientações neste sentido são apresentadas na página 65;
- Desenvolver ações em conjunto com sua equipe de saúde para criar oportunidades de inclusão das pessoas com perdas funcionais e dependência e também proporcionar apoio a seus cuidadores.

### **Assistente Social**

Merecem destaque as seguintes intervenções, em relação ao cuidado das pessoas com perdas funcionais e dependência:

- Informar a pessoa e seu cuidador sobre os benefícios previdenciários, recursos institucionais e da comunidade, e dê os encaminhamentos necessários;
- Avaliar a dinâmica familiar e oferecer suporte à reacomodação dos papéis familiares, o que ocorre em virtude da doença, identificando e procurando remover bloqueios que interfiram no tratamento;

- Ajudar a pessoa e seu cuidador a interpretar a realidade social procurando, em conjunto, viabilizar novas oportunidades;
- Estabelecer parcerias e viabilizar redes de apoio para atendimento às necessidades das pessoas e seu cuidador.

## Psicólogo

As intervenções do psicólogo, no contexto do cuidado domiciliar, são dirigidas à pessoa com perdas funcionais e dependência, à sua família e à própria equipe.

- Intervenções junto à pessoa cuidada:

A doença tem um significado peculiar para cada pessoa. Cabe ao psicólogo compreender como a pessoa vê sua doença ou incapacidade, ajudá-la a dar sentido ao seu sofrimento e a lidar com a nova situação.

Num primeiro momento, é importante ouvir a pessoa em suas dificuldades, sofrimento, revolta, ou seja, os sentimentos mobilizados pela dependência, as perdas decorrentes do afastamento do trabalho e do convívio social, da mudança dos papéis familiares, da diminuição da renda, entre outros. Ao descobrir suas limitações, as pessoas podem

sentir resignação, revolta, ter atitudes de negação, de questionamento (“Por que eu?”). Segundo Elisabeth Kluber-Ross, as pessoas, ao vivenciarem grandes perdas, passam por quatro estágios: um choque inicial ao constatar a situação; um segundo momento, de raiva e revolta; uma fase de depressão; e, depois, a aceitação do que não pode ser mudado. Esses “estágios” não são necessariamente lineares ou na ordem descrita. Muitas vezes essas fases se sobrepõem umas às outras e, em outras vezes, algumas delas não acontecem. Cabe ao psicólogo ouvir a pessoa em suas diferentes “falas” e momentos de tensões e conflitos, com escuta e olhar diferenciado.

Deve-se procurar envolver toda a família no cuidado, frisando a importância de manter a autonomia, a independência (dentro das possibilidades de cada pessoa) e o convívio social da pessoa cuidada.

- Intervenções junto à família:

É parte do trabalho do psicólogo ouvir o cuidador, seus sentimentos em relação ao cuidar, os conflitos que daí surgem. Identificar se existem outras pessoas na família que possam dividir com o cuidador as atividades. Muitas vezes os outros familiares acabam se omitindo e, em outras situações, o cuidador

não permite que outras pessoas participem, acreditando que “só ele sabe cuidar”. Deve-se trabalhar com o cuidador a possibilidade de divisão de tarefas, a necessidade de períodos de descanso, e até lazer para evitar que ele próprio adoça.

Observe se o local do domicílio onde se encontra a pessoa cuidada permite ou não o convívio com as outras pessoas da família. Muitas vezes a família procura “esconder” o doente, excluindo-o do meio familiar/social, o que dificulta a recuperação.

O psicólogo deve estar atento à dinâmica familiar. Esse é o momento, muitas vezes, em que mágoas, ressentimentos e raiva reaparecem e “surge a oportunidade da vingança”. Compete a ele entender os mecanismos inconscientes que estão em jogo, as relações de poder ali presentes e o papel de cada membro nessa dinâmica.

- **Intervenções junto à equipe:**

O psicólogo deve criar espaços de discussão com a equipe, transmitir informações relevantes para as intervenções dos profissionais e orientar a melhor atitude diante dos conflitos familiares.

Auxiliar a equipe a compreender as relações familiares, mostrar como a história de vida

da pessoa, antes da doença, influenciam no momento do cuidado. Permitir que os profissionais identifiquem quais sentimentos são mobilizados nele por aquela família, seus preconceitos, os julgamentos de valor que interferem no atendimento. Mostrar a importância de não tomar partido da pessoa cuidada ou de seu cuidador nas situações de conflito, mas tentar compreender o que está por trás de cada situação.

Deve-se criar um espaço permissivo que favoreça o aparecimento dos sentimentos, angústias e ansiedades dos profissionais com relação às suas intervenções, e também na relação com os outros membros da equipe, para que possam elaborá-los e, dessa forma, melhorar o relacionamento no trabalho e a própria atuação profissional.

### **3.2.2. Tecnologias relativas à organização dos serviços**

#### **Admissão**

Após uma solicitação ou da identificação da necessidade de cuidado domiciliar, a pessoa deve ser avaliada pela equipe para o recebimento dessa atenção. A avaliação deve considerar o

grau de dependência para as atividades da vida diária medido pela Escala da Cruz Vermelha Espanhola: a gravidade do quadro clínico, a disponibilidade de cuidador e a residência na área de abrangência do serviço.

Decidida a inclusão, o familiar deve receber informações sobre o serviço, ser esclarecido quanto às características do atendimento, e as responsabilidades de ambas as partes devem ser definidas. O Termo de Consentimento Informado deve ser assinado como garantia de que ambas as partes estão cientes das suas responsabilidades.

O cuidado no domicílio envolve a participação da pessoa, da família e da equipe de saúde. Aos familiares compete zelar para que o ambiente do domicílio seja próprio para o cuidado, assumindo a responsabilidade pela alimentação, cuidados de higiene, administração de medicamentos orais e demais atividades para a pessoa com perda funcional e dependência. Aos profissionais de saúde cabe a responsabilidade pelas orientações e execução dos procedimentos técnicos pertinentes ao provimento do cuidado.

A equipe deve avaliar as necessidades da pessoa e de seu cuidador, definir as ações e orientações adequadas, a periodicidade das visitas de cada profissional e, então, elaborar o Plano de Atenção, que deve ser pactuado com a família e modificado de acordo com a evolução da pessoa.

É importante que os familiares sejam esclarecidos sobre as finalidades, rotinas de serviço e procedimentos a serem adotados pela família no caso de intercorrências clínicas ou óbito.

Sugestões de modelos para o Termo de Consentimento Informado e para o Plano de Atenção são apresentados na páginas 66 e 67.

### Agendamento de visitas

O coordenador da equipe deve elaborar o planejamento das visitas domiciliares em conjunto com os profissionais que assistem à pessoa. A partir desse planejamento serão feitas as agendas de visitas dos diversos profissionais da equipe.

A definição da periodicidade das visitas deverá considerar o quadro clínico da pessoa com perdas funcionais e dependência, as necessidades de seu cuidador e o estabelecimento de uma relação de confiança entre os profissionais da equipe, a pessoa cuidada e seus familiares. A presença de algumas condições como antecedentes de processos infecciosos nos últimos meses, utilização de sondas, presença de úlceras de pressão, estabilidade dos níveis pressóricos e glicêmicos são subsídios para as decisões pertinentes ao agendamento. As visitas de rotina

dos profissionais médicos e enfermeiros devem ser organizadas de forma intercalada, otimizando recursos e permitindo visitas em intervalos menores.

A equipe deve definir uma forma de comunicação entre seus membros com o intuito de que todos possam manter-se informados sobre as demandas de cada pessoa. É importante que sejam identificadas as pessoas que necessitam de coletas de exames laboratoriais, curativos ou visita médica por alguma intercorrência. Sugere-se que cada profissional, ao voltar de uma visita ao domicílio, faça um relatório sucinto da condição de saúde das pessoas visitadas para permitir a troca de informações e a elaboração ou alterações das agendas.

Apresenta-se aqui uma sugestão para o agendamento de visitas de rotina do médico e do enfermeiro, sem considerar a necessidade de visitas para o atendimento das intercorrências clínicas. Entretanto, cada equipe deve fazer o seu agendamento conforme a necessidade da pessoa, do cuidador e os recursos disponíveis.

### Sugestões para o agendamento de visitas

Pessoas com níveis pressóricos e glicêmicos estáveis:

- Visitas médicas a cada 90 dias.  
Pessoas com antecedentes de quadros infecciosos os últimos 3 meses:
- Visitas médicas a cada 60 dias,
- Visitas da enfermeira a cada 60 dias.  
Pessoas com úlceras de pressão extensas:
- Visitas médicas a cada 30 dias,
- Visitas da enfermeira a cada 7 ou 10 dias.  
Pessoas estáveis clinicamente com grande dificuldade na aceitação ou ingestão de alimentos, ou com sonda nasoesofaríngea ou quadros algóicos de difícil controle:
- Visitas médicas a cada 30 dias,
- Visitas da enfermeira a cada 15 dias.  
Pessoas com rebaixamento do nível de consciência ou com comprometimento importante do estado geral, em internação domiciliar:
- Visitas médicas a cada 7 dias,
- Visitas da enfermeira a cada 3 ou 5 dias.

### Desligamento

Ocorrerá o desligamento do serviço em casos de alta, óbito, mudança de residência ou não cumprimento das condições acordadas na admissão.

No caso de alta, a pessoa deixará de receber os cuidados de saúde no domicílio, mas continuará vinculada à Unidade de Saúde para seguimento.

A equipe deve empenhar-se e esgotar todas as tentativas de conversação com a família antes de desligar uma pessoa do serviço devido à falta de cumprimento dos itens acordados pelos familiares.

Sugestão de modelo para alta é apresentado na página 68.

### Prontuário

Os prontuários das pessoas cuidadas no domicílio devem ser feitos em duas vias, que serão mantidas uma no domicílio e outra no serviço, para que as informações possam ser disponibilizadas a outros profissionais que assistirem a essas pessoas nos casos de intercorrências ou óbito. O cuidador deve ser orientado sobre a importância do prontuário e da confidencialidade das informações ali registradas.

Os seguintes relatórios devem compor o prontuário: ficha clínica, prescrição médica, evolução médica, consulta de enfermagem, prescrição de enfermagem, orientações da enfermeira para o cuidador, controles do auxiliar de enfermagem, relatórios de cada um dos profissionais da equipe e resultados de exames laboratoriais.

Sugestão de modelo para Ficha Clínica é apresentado na página 69.

### Registro das Atividades

O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) não permite discriminar as visitas realizadas pelos profissionais da Atenção Básica com a finalidade da prestação de Assistência Domiciliar, daquelas realizadas para uma investigação de óbito, ou uma ação de vigilância epidemiológica.

Com a finalidade de discriminar essas ações foi feita uma Instrução pela Gerência Técnica de Administração de Dados da Coordenação de Integração e Regulação do Sistema para documentação das atividades de Assistência Domiciliar no âmbito da Secretaria de Saúde Municipal, onde as visitas dos profissionais de nível superior deverão ser informadas através do código 0704102-0 e as visitas dos profissionais de nível médio pelo código 01 02304-7. Essa instrução é apresentada na página 70.



# 04

## ORIENTAÇÕES RELATIVAS AO CUIDADO DE PESSOAS COM PERDAS FUNCIONAIS E DEPENDÊNCIA

Neste capítulo são apresentadas algumas orientações, voltadas aos profissionais, relativas:

- Ao cuidado das pessoas com perdas funcionais e dependência;
- Aos impressos para registro das atividades realizadas;
- Aos recursos sociais de utilidade para as pessoas com perdas funcionais e dependência.

### **Indicações e requerimentos para Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (ODP)**

Oxigenoterapia de forma contínua:

- a)  $PaO_2 < 55$  mmHg ou  $SaO_2 < 88\%$ , ou
- b)  $PaO_2 = 56-59$  mmHg ou  $SaO_2 = 89\%$ , associado a:
  - 1) Edema por insuficiência cardíaca
  - 2) Evidência de cor pulmonale
  - 3) Hematócrito  $> 56\%$

Requerimentos:

- a) Gasometria após otimização do manejo clínico;
- b) Checar, no período de três meses, quando

a terapêutica for iniciada no hospital ou com paciente instável;

- c) Prescrição médica;
- d) Revisar prescrição periodicamente (a cada seis meses).

Fonte: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2000.

### **Algumas orientações para controle da dor**

A OMS propõe seis princípios para controle da dor em pacientes com câncer:

1. **Pela boca** – a via oral é a via de escolha para a administração de analgésicos.
2. **Pelo relógio** – nos casos de dor moderada e intensa, a medicação analgésica deve ser administrada em intervalos fixos de tempo, de modo a não ocorrer interrupção do efeito analgésico.
3. **Pela escada** – a OMS desenvolveu uma escada analgésica para guiar o uso seqüencial de drogas para tratamento da dor.
4. **Para o indivíduo** – na escolha do analgésico e da dosagem dele, considerar as características da dor do paciente, uma vez que as necessidades para a analgesia são variadas.



5. **Uso de adjuvantes** – são indicados para aumentar a analgesia, para controlar os efeitos adversos dos opiáceos e para controlar sinais de ansiedade, depressão e insônia que contribuem para a dor.
6. **Atenção aos detalhes** – dar aos pacientes e cuidadores todas as instruções necessárias.

A OMS orienta a abordagem dessa escada analgésica de forma escalonada e de acordo com a intensidade da dor, simultaneamente. Assim, utiliza-se uma droga de maior potência analgésica na medida do aumento da intensidade da dor. Intensidade esta que orienta a escolha da droga inicial para tratamento.

## ESCALADA ANALGÉSICA

### OMS 1982

Para pacientes com dor leve a moderada, o primeiro degrau é usar droga não opiácea, com adição de uma droga adjuvante, conforme a necessidade.

Se a droga não opiácea, dada na dose e frequência recomendada não alivia a dor, passa-se para o segundo degrau, onde se adiciona um opiáceo fraco.

Se a combinação de opiáceo fraco com o não opiáceo também não for efetiva no alívio da dor, substitui-se o opiáceo fraco por um forte.

3

DOR INTENSA

Opiáceo Forte + Adjuvante

2

DOR MODERADA

Não Opiáceo + Opiáceo Fraco + Adjuvante

1

DOR LEVE A MODERADA

Não Opiáceo + Adjuvante

## SUMÁRIO

DEGRAU	CATEGORIA	PROTÓTIPO	SUBSTITUTO
1	Não opiáceo	ASS®	AINE's / Paracetamol
2	Opiáceo Fraco	Codeína	Tramadol
3	Opiáceo Forte	Morfina	Metadona / Fentanil / Oxycodona

Fonte: Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

## ESTUDO DOS RECURSOS FARMACOLÓGICOS

Agente Antálgico - Não Opiáceo					
GRUPO	PADRÃO	CUIDADOS	VIAS	DOSES	OBSERVAÇÕES
AINE 's Na dor aguda ou crônica de intensidade leve a moderada, nas metástases ósseas e artrite, ou como adjuvante e resgate nas titulações de narcóticos fracos.					
Maior grupo de analgésicos de potência moderada, caracterizado pelo <b>efeito teto</b> e largamente utilizado.	DIPIRONA Novalgina® e Baralgin®	Verificar alergias. Preocupação no Hipotenso.	Oral EV Retal	500 a 1000mg 4/6 horas MDD = 6g	Alergias sérias são raras Exacerbação de hipotensão
	PARACETAMOL Tylenol® e Dórico®	Preocupação na disfunção hepática e renal. Sem efeitos GI. Efeito aumentado por métodos físicos e massagem.	Oral	500 a 1000mg 4/6 horas MDD = 6g	Hepatotóxico em altas doses e de excreção renal. Não deve ser a droga de escolha nas disfunções hepática e renal. Sem necessidade de associação de protetor GI.
Analgésicos, Antiinflamatórios e Antipiréticos					
Reduz dor e inflamação pela inibição da enzima ciclooxigenase-COX, responsável pela síntese de prostaglandinas.	ASS® Aspirina®	Verificar história de sangramentos. Investigar queixas GI. Não inteirar com citostáticos. Associar protetor GI.	Oral	500 a 1250mg 4/6/8 horas MDD = 5g	Tinido e surdez no aumento da MDD. Toxicidade em uso com citostáticos (interferon e metotrexato). Importantes DGI e melena. Uso prolongado = sangramentos.
Inibidor da Cox2	DICLOFENACO Sódico Biofenac® Voltaren® Potássio Cataflan®	Preocupação em pacientes com restrição sódica. Hipertensos em uso de diuréticos ou hiperpotassemial. Investigar GI.	Oral Retal Retard	50 a 100mg 6/8 horas Retard 6/12 horas  MDD = 200mg	Efeitos no SNC. Tonturas e fadigas. Gastrites, erosões e dispepsias. Associar antiácidos. Diminui efeito de diuréticos. Monitorar equilíbrio. Hidro-eletrolítico. Monitorar hipertensão. Restringir sódio/potássio na dieta.
	CELEBRA® VIOXX®	Evitar uso prolongado.		Para pacientes com sobrevida longa	
	TENOXICAM Tilatil®	Evitar com queixas GI.	Oral Retal	20 a 40mg 1 x dia MDD = 40mg	Uso restrito a 5/7 dias com retirada progressiva.

### Indometacina - Não Padronizada pelo CSTO

- Grupo recomendado como primeiro degrau da escada analgésica da OMS para dor leve/moderada.
- Como co-analgésico nas metástases ósseas e doses de resgate nas titulações de narcóticos fracos.
- Deve-se observar a característica de droga de potência limitada pelo "efeito teto" para a MDD - Máxima Dose Diária a partir da qual não se reduz a dor, e inflamação, inibindo a síntese da prostaglandina, substância algio gênica do sistema nociceptivo.

Fonte: Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

**Agentes Antiálgicos - Opiáceo Fraco**

GRUPO	PADRÃO	CUIDADOS	VIAS	DOSES	OBSERVAÇÕES
Narcótico Fraco	Dor aguda ou crônica, de intensidade leve (nas contra-indicações dos AINE's), moderada e intensa Não usar como resgate de opiáceo forte				
NARCÓTICO OU OPIÁCEO OU OPIÓIDE OU MORFÍNICOS	TRAMADOL	Compete com Codeína e Morfina		50 a 100mg	SNC - Ansiedade, sudorese, cefaléia, tontura, euforia, disfagia, disforia e convulsão.
Analgésicos, Antispiolítico e Euforizante	TRAMAL® / SYLADOR®	Com antidepressivos aumenta risco de convulsão.	Oral	4/6 horas	SGL - Náusea, vômito e boca seca
Reduz dor pela ligação com receptores morfínicos no encéfalo, medula e SNP.	AGONISTA PARCIAL DE RECEPTORES OPIÁCEOS	Permite outras interações.	EV	MDD = 600mg	SCV - Taqui/bradicardia e hipotensão Avaliar doses de antidepressivos Investigar antiemético. Avaliar neurolépticos. Pouca ou nenhuma constipação.
Receptores = MU Kappa e Delta	Tylox CODEÍNA + Paracetamol AGONISTA DE RECEPTORES OPIÁCEOS	NÃO USAR COMO RESGATE DE OPIÁCEO FORTE.	Oral	30 a 120mg 4/6 horas MDD = 720mg	Náusea e Cefaléia. Supressão da tosse. Efeito diminuído com barbitúricos, carbamazepina e rifampicina. Diminui efeito da Zidovudina.

**Propoxifeno - Meperidina e Oxidona Não Padronizados pelo CSTO**

- Grupo recomendado como segundo degrau da escada da OMS para dor LEVE quando da contra-indicação de um AINE's por efeito colateral importante ou baixo efeito. Indicado, também para dor MODERADA INTENSA.
- Reduz a dor pela ligação com receptores morfínicos do sistema modulador da dor.
- NÃO DEVE SER USADO COMO DOSE RESGATE EM ESQUEMAS COM OPIÁCEO FORTE. Competem pelo mesmo receptor inibindo a ação de ambos e prejudicando avaliações da resposta terapêutica. Em esquemas com tylox não agregar xarope à base de codeína sem considerar o acréscimo da dose diária na avaliação da resposta.

Fonte: Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos controle a dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

Agente Antálgico - Opiáceo Forte					
GRUPO	PADRÃO	CUIDADOS	VIAS	DOSES	OBSERVAÇÕES
Narcótico Forte		Dor aguda intensa, dor crônica, moderada e intensa refratária ao controle com outras drogas			
<p>OPIÁCEO OU OPÓIDE OU MORFÍNICO</p> <p>ANALGÉSICOS, ANSIOLÍTICO E EUFORIZANTE.</p> <p>AGONISTA DE RECEPTORES OPIÓIDES</p> <p>Reduz dor pela ligação com receptores morfínicos MU, Kappa e Delta.</p>	<p>MORFINA Dimorf®</p> <p>METADONA Metadon®</p> <p>FENTANIL Durogesic®</p>	<p>ASSOCIAR LAXATIVO</p> <p>Clearance aumentado com: Fenitoína, carbamazepina e fenobarbital. Diminuído com: Amitríptilina e Fluconazol. Toxicidade com: Benzodiazepínicos. Sinergismo com: Ibuprofeno.</p> <p>Não aplicar em condições de baixa aderência. 100 vezes mais potente que a morfina.</p>	<p>Oral</p> <p>SC</p> <p>EV</p> <p>Oral</p> <p>TD</p>	<p>5 a 200mg 4/4 horas 2 a 10mg</p> <p><b>MDD = 1200mg</b></p> <p>2,5 a 10mg 6/12 horas Eliminação em 25 horas.</p> <p><b>MDD = 40mg</b></p> <p>25 a 150mg/h 12/72 horas <b>MDD = 300mg</b></p>	<p>Vômitos - pesquisar e alterar antieméticos e neurolépticos.</p> <p>Depressão respiratória em altas doses. Antagonizado por: Naloxona/Narcon EV</p> <p>SNC - Sedação, tonturas, alucinação e hipotensão postural.</p> <p>Metabolismo hepático e excreção fecal. Ausência de metabólicos ativos. Biodisponibilidade oral de 80%. Meia vida longa e imprevisível.</p> <p>Retirar em quadros piréticos e trocar por outro agente.</p>
Buprenorfina - Não Padronizada no CSTO					

- Grupo recomendado no terceiro e último degrau da escada da OMS para dor crônica de MODERADA INTENSA já avaliada para outras drogas.
- Reduz a dor pela ligação com receptores morfínicos do sistema modulador.
- A morfina é a droga, padrão do grupo, mais versátil em apresentações e vias de administração. Além do mais largo espectro de analgesia sem efeito teto conhecido. Recomenda-se a MDD acima como base assistencial.
- O Fentanil traz em sua apresentação sua grande vantagem e desvantagem. A via transdérmica é útil em diversas situações mas depende das condições de aderência da pele que podem variar impedindo a manutenção do tratamento pelo tempo necessário.
- A Metadona, útil especialmente aos clientes morfino-resistentes, ou com agitação, delírio, mioclonia ou sedação impõe risco de acúmulo desconhecido e tempo de eliminação de mais de 25 horas. De inclinação médica restrita.

Fonte: Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

**Adjuvante Antiálgico - Antidepressivo**

GRUPO	PADRÃO	CUIDADOS	VIAS	DOSES	OBSERVAÇÕES
Antidepressivos Tricíclicos	Co-analgésicos de uso nas dores Neuropáticas ou Mistas, Lombalgias, Cefaleias, Nevralgias e Artrite, na Insônia e na Inapetência				
Reduzem dor pelo bloqueio da recaptção de serotonina e noradrenalina.	AMITRIPTILINA Tryptanol Amytril®	Preocupação na presença de retenção urinária.  Pesquisar história de convulsão.  Administrar à noite.  Não usar com glaucoma ou hipertireoidismo.	Oral	10 a 75mg 1 x à noite (esquema)  <b>MDD = 150mg</b>	Sedação e hipotensão.  Diminui efeito da Metadona.  Interação com cimetidina aumenta efeito antidepressivo.  Contra-indicado com glaucoma ou tratamento de tireóide com Puran.  Insuficiência cardíaca e hipertrofia prostática.
DOSES BAIXAS Elevadas a cada 3 dias	IMIPRAMINA Tofranil®		Oral	10 a 75mg 1 x à noite <b>MDD = 150mg</b>	Interação com barbitúricos aumenta risco de depressão do SNC no idoso. Ginecomastia.
	CITALOPRAN Cipramil®	Preocupação na disfunção hepática e no idoso. Evitar uso em risco de gravidez.	Oral	20 a 40mg 1 x de manhã <b>MDD = 40mg</b>	SNC - Cefaléia e parestesia. SGL - Flautulência. Ingerir com alimento.
Início de efeito analgésico em 4 a 5 dias	SERTRALINA Zoloft	Precaução na disfunção hepática e no idoso.	Oral	25 a 50mg 1 x dia <b>MDD = 50mg</b>	SNC - Cefaléia, nervosismo. SGL - Náusea. SCV - Hipertensão e arritmias. Ressecamento da pele.

**Clomipramina, Fluoxetina e Nortriptilina Não Padronizados no CSTO**

- Co-analgésicos adjuvantes em doses baixas e progressivas de início lento e efeito a partir da 1ª semana.
- Efeito teto a partir da MDD recomendada para analgesia.
- Reduz dor bloqueando a recaptção da serotonina.

Fonte: Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

## Prevenção de úlceras de pressão

- Orientar o cuidador para manter a pessoa limpa e hidratada;
- Orientar a utilização de colchão caixa-de-ovo;
- Mudar a posição da pessoa de duas em duas horas para aliviar a pressão sobre a pele. Manter a cama livre de farelos de comida e a roupa que fica embaixo, lisa e sem dobras.

Fonte: <http://www.sarah.br/>

## Cateterismo intermitente

- Utilizar cateteres uretrais plásticos, de látex ou de materiais similares, com calibres de acordo com a prescrição médica;
- Orientar a pessoa para, antes do procedimento, lavar as mãos e o meato urinário com sabão neutro. Não é necessária a utilização de anti-séptico, luvas ou qualquer material estéril;
- Instruir a pessoa a manter uma posição confortável para a realização do procedimento. Para homens, a melhor posição é a sentada ou ortostática. Mulheres podem permanecer sentadas ou em pé. Quando sentadas, devem fletir os joelhos e as coxas, mantendo os pés juntos em um local onde pode ser colocado um espelho para facilitar a visualização do meato;

- Após o uso, lavar o cateter externa e internamente com água e sabão neutro. Para a lavagem interna, utilizar uma seringa de 10 ou 20ml. Enxaguar e secar bem com um pano limpo;
- Guardar o cateter na geladeira em recipiente limpo;
- Realizar o cateterismo vesical quatro vezes ao dia após tentativa de micção e manobras de Credê (quando não contra-indicada). O procedimento deverá ser realizado com esta frequência durante sete dias para se estabelecer o número de cateterizações necessárias, dependendo do volume residual:
  - até 100ml: nenhuma cateterização
  - de 100 a 200ml: 2 sondagens por dia
  - de 200 a 300ml: 3 sondagens por dia
  - de 300 a 400ml: 4 sondagens por dia
  - acima de 400ml: 5 sondagens por dia.

Fonte: <http://www.cih.com.br/infecurin.htm/>

## Manipulação do cateter urinário

- Orientar a higiene diária do meato urinário com água e sabão;

- Utilizar, preferentemente, um sistema fechado de drenagem de urina;
- Fixar a sonda adequadamente: nas mulheres, na parte interna da coxa e, nos homens, no abdômen. Esta indicação pode variar de acordo com o conforto e a preferência do paciente;
- Manter a bolsa de drenagem sempre abaixo do nível da bexiga para evitar o refluxo de urina;
- Esvaziar a bolsa sempre que estiver cheia;
- Trocar o sistema fechado de drenagem só quando for necessária a troca do cateter vesical;
- Não recomendar a troca dos cateteres em intervalos fixos. Trocar o sistema sempre que apresentar depósitos muito evidentes. Sondas de látex formam mais incrustações que as de PVC e essas mais do que as de silicone. Essas incrustações predis põem à infecção. Cateteres de material biocompatível, como teflon, silicone e hidrogel devem ser preferidos para minimizar a irritação da bexiga;
- As incrustações podem causar enrijecimento do balonete, tornando difícil a retirada da sonda. Quando ocorrer o enrijecimento do balonete, sua retirada deverá ser feita com acompanhamento radiológico. Não deve ser cortada a via do cateter no intuito de desinflá-lo.

Fonte: <http://www.cih.com.br/infecurin.htm/>

### **Manuseio de sondas e infusão de dietas enterais**

- Fixar a sonda enteral externamente;
- Caso a pessoa puxe a sonda (ou ocorra um acidente na mobilização), orientar o cuidador a não recolocá-la. Lavá-la com água e sabão e guardá-la em lugar seco e limpo, pois pode ser reutilizada. Dependendo do tipo de sonda enteral, ela pode ser utilizada por até 6 meses, desde que não obstrua, fure ou vazze;
- Manter a pessoa em decúbito elevado durante toda a infusão da dieta e 30 minutos após o término para evitar vômitos e aspiração;
- Infundir a dieta lentamente por gotejamento em aproximadamente 60 minutos para evitar diarreia, distensão abdominal, vômitos e má absorção;
- Fracionar a dieta durante o dia de modo que o volume em cada horário não ultrapasse 350ml;
- Após administrar cada frasco da dieta, passar pela sonda cerca de 20ml de água filtrada e fervida para evitar acúmulo de resíduos e entupimento dela;
- Infundir água filtrada e fervida, em temperatura ambiente, nos intervalos entre os horários da dieta por meio de seringa ou no próprio frasco, para evitar desidratação;



- Manter a sonda fechada quando não estiver em uso;
- Liquidificar bem os alimentos e coar em peneiras finas. Se for necessário, colocar uma gaze na peneira. Preparar quantidades suficientes para no máximo um dia. Os excessos podem estragar de um dia para o outro;
- Guardar a dieta caseira na geladeira. Retirar 30 minutos antes do uso;
- Nunca introduzir a dieta muito quente ou muito gelada. Ela pode ser aquecida em banho-maria ou fora do fogo até alcançar a temperatura ambiente.

Fonte: [http://www.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolo/man\\_cuid\\_idosos/sumario.htm/](http://www.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolo/man_cuid_idosos/sumario.htm/) e <http://www.inca.gov.br/>

## Preparo de dietas enterais e higienização dos utensílios

- Lavar as mãos cuidadosamente com a água e sabão antes de preparar a dieta;
- Reservar os utensílios somente para o preparo da dieta;
- Seguir rigorosamente as instruções do preparo e utilizar sempre água filtrada ou fervida;
- Lavar os utensílios usados para a preparação da dieta com água corrente e sabão, assim

como os frascos, seringas e equipamentos utilizados para a infusão e que, após lavados, devem ser deixados de molho por 30 minutos em solução de hipoclorito de sódio a 1% (em 1 litro de água acrescentar 20ml ou 2 colheres de sopa de hipoclorito);

- Guardar o material em lugar limpo e seco.

Fonte: [http://www.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolo/man\\_cuid\\_idosos/sumario.htm/](http://www.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolo/man_cuid_idosos/sumario.htm/) e <http://www.inca.gov.br/>

## Onde saber sobre cuidados com ostomias e traqueostomia

[http://www.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos/man\\_cuid\\_idosos/sumario.htm/](http://www.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos/man_cuid_idosos/sumario.htm/)

<http://www.inca.gov.br/>

<http://www.sarah.br/>

## Higiene oral

- Orientar a escovação e a adaptação da escova de dentes, se necessário;
- Orientar a higiene da língua com escova macia ou raspador para a remoção de sujidades. Na presença de saburra lingual, recomendar uma solução de bicarbonato de sódio, na proporção de 1 colher de café de bicarbonato de sódio em 1 copo com água. A limpeza deve ser feita com movimentos suaves, sem esfregar para não

alterar as papilas, e de dentro para fora para evitar traumatismos.

### Em relação à alimentação:

- Oferecer alimentos da preferência da pessoa, de fácil digestão e aspecto agradável, que favoreçam o apetite e o prazer de comer;
- Evitar a monotonia, variando os temperos e o modo de preparo dos alimentos;
- É importante dar preferência à utilização de óleos vegetais no preparo e no cozimento de alimentos, sempre em pequena quantidade. Sempre que possível, procurar substituir frituras por preparações cozidas;
- No caso das funções mastigatórias e de deglutição estarem íntegras, não é necessário modificar a consistência dos alimentos. Não deixar de oferecer carnes, legumes, verduras e frutas na ausência parcial ou total dos dentes e, sim, oferecer os alimentos picados, moídos ou batidos no liquidificador;
- Para manter um bom hábito intestinal, oferecer líquidos e alimentos ricos em fibras (verduras, legumes, frutas e cereais integrais) e manter os horários das refeições. Evitar o uso de laxantes.

### Orientações para o diálogo com a pessoa com dificuldade de comunicação

- Manter postura acolhedora e ter disponibilidade para a escuta são essenciais para estabelecer a comunicação;
- Respeitar as opiniões da pessoa e contribuir para que ela continue a desempenhar o máximo possível das atividades antes desenvolvidas;
- Evitar comentários que possam prejudicar o bem estar da pessoa. Lembrar que, mesmo que ela não consiga se expressar, pode estar compreendendo o que se passa;
- Manter sempre atitudes positivas, ajudar a pessoa a entender sua dificuldade e valorizar suas potencialidades. Tratar a pessoa de acordo com sua idade cronológica;
- Procurar certificar-se da compreensão do que foi dito;
- Respeitar o tempo de elaboração da fala;
- O aumento exagerado da intensidade da voz não é facilitador, nem mesmo no caso de deficiência auditiva.

### Quando necessário:

- Solicitar aos familiares ou ao cuidador para realizar mudanças no ambiente a fim de melhorar a iluminação, diminuir ruídos ou intervir em fatores que possam desviar a atenção da pessoa;
- Falar mais devagar e de frente para a pessoa;
- Usar linguagem simples e frases mais curtas;
- Repetir a frase algumas vezes ou modificar a sentença para possibilitar melhor entendimento;
- Usar gestos associados à fala;
- Procurar verificar a possibilidade do indivíduo responder “sim” ou “não”, falando ou realizando movimentos de afirmação ou negação com a cabeça. Caso essas respostas não sejam possíveis, tentar estabelecer outra forma de resposta como piscar uma vez (sim), piscar duas vezes (não), por exemplo;
- A pessoa que possui leitura e escrita pode se beneficiar dela para se comunicar, mesmo sem a capacidade motora para escrever. Nestes casos, pode ser utilizada uma prancha (uma folha de sulfite num apoio firme, que pode ser de madeira, plástico duro ou papelão) com as letras do alfabeto, de forma a possibilitar que a pessoa aponte com o dedo ou com o olhar quando tiver necessidade de se comunicar. Caso a pessoa não leia ou escreva, pode ser

utilizada prancha de fotos ou figuras, fotos individuais das pessoas de convívio, inclusive a foto dela própria, figuras representativas de rotinas e necessidades básicas (comer, beber, ir ao banheiro, tomar banho, pentear o cabelo, escovar os dentes, trocar de roupa, trocar a fralda), estados físicos ou de ânimo (dor, cansaço etc) e atividades sociais ou de lazer;

- Nem sempre o uso da indicação de fotos e figuras é possível. Em alguns casos, o comportamento da pessoa pode indicar necessidades e desejos. Permanecer atento à pessoa em sua integralidade e lembrar que a comunicação é facilitada pelo vínculo que se estabelece.

### Alimentação de pessoas com disfagia

Ressaltar a importância de manter a independência da pessoa, realizando adaptações nos utensílios ou até mesmo ofertando alimentos que possam ser levados à boca com as mãos.

#### Antes da refeição:

- Escolher lugar calmo e iluminado (sem rádio, TV, animais, conversas ou outras distrações);
- Verificar as preferências alimentares do paciente;

- Adequar consistência, temperatura e quantidade do alimento;
- Adequar o utensílio (se ele conseguir se alimentar sem ajuda), usar colher de sobremesa em lugar do garfo (engrossar o cabo se necessário), utilizar prato fundo para evitar que a comida derrame e oferecer copo com boca larga para possibilitar a ingestão do líquido sem reclinar a cabeça;
- Fracionar e estabelecer horários para as refeições, respeitando as dificuldades da pessoa.

#### **Durante a refeição, se a pessoa necessitar do cuidador para alimentá-la:**

- Orientar o cuidador a manter um comportamento tranquilo e equilibrado;
  - Manter a pessoa sentada, o mais verticalizada possível, com a cabeça alinhada ao tronco;
  - Orientar o cuidador a colocar-se na mesma altura da pessoa;
  - Ao suspeitar que a pessoa não engoliu a colherada completa, solicitar que engula outras vezes, ou engula forte, ou pigarreie e em seguida engula novamente;
  - Utilizar guardanapo e não a colher para limpar os resíduos alimentares em volta da boca;
- Dar o tempo necessário para a pessoa mastigar e engolir o alimento antes da próxima oferta;
  - Modular a quantidade em cada colherada e a velocidade de oferta de acordo com a pessoa, respeitando suas dificuldades e seu cansaço;
  - Em pessoas com rejeição à colher de aço, substituir por uma colher revestida por silicone ou colher de plástico resistente.

#### **Após a refeição:**

- Certificar-se de que a pessoa engoliu tudo, de que não há sobras de alimento dentro da boca;
- Ao conversar com a pessoa, verificar se sua voz permanece inalterada. Caso tenha percebido mudança na voz (molhada), solicite que engula outras vezes, ou que engula forte, ou que pigarreie e engula. Certifique-se de que a voz esteja limpa novamente;
- Manter a pessoa sentada por no mínimo 30 minutos após a refeição (para garantir que o alimento não retome e entre nos pulmões);
- Escovar os dentes e/ou próteses dentárias e limpar a boca, língua e gengiva após cada refeição.

### Observações gerais:

- Não oferecer alimentos se a pessoa estiver sonolenta, agitada, agressiva ou tendo crises convulsivas;
- Respeitar as restrições orientadas pelo médico, nutricionista, fonoaudiólogo ou outro profissional que esteja acompanhando a pessoa.

### Posicionamento da pessoa no leito

- Utilizar almofadas e rolos confeccionados com toalha para que o posicionamento no leito seja o mais adequado possível;
- Posicionar a cama da pessoa de forma que o hemicorpo afetado não fique voltado para a parede, possibilitando que o lado comprometido do corpo receba mais estímulos;



**DEITADO SOBRE O LADO COMPROMETIDO**



**DEITADO SOBRE O LADO NÃO COMPROMETIDO**

- Manter a proporção corporal: cabeça alinhada, membros superiores ao lado do corpo e com possibilidade de apoio, e membros inferiores apoiados em semi-flexão. Deve-se observar o alinhamento dos membros inferiores, evitando rotações exageradas (pés para dentro ou para fora);
- Alterar a posição da pessoa no leito conforme as duas situações acima. Cada posição tem uma função específica nas experimentações corporais após o trauma, seja para vivenciar o suporte de peso sobre o lado acometido ou deixar o hemicorpo acometido livre para realizar atividades. Observar a simetria corporal, especialmente o tronco, mantendo o membro superior apoiado. Lembrar que, freqüentemente, o padrão flexor predomina nos membros superiores, com conseqüente diminuição na funcionalidade. Propor a utilização de rolinhos,

apoios e outras adaptações que inibem atitudes pouco funcionais e possibilitam uma movimentação com menor esforço e mais eficaz.

### Orientações para o manuseio da pessoa com dependência

- Sempre informar a pessoa o que será feito, permitindo assim sua colaboração;
- Não “puxá-la” pelo lado acometido, evitando luxações no ombro que causariam dor e prejudicariam o processo de reabilitação;
- Segurar a pessoa bem próxima ao corpo;
- Ter certeza de que a pessoa está firme para não cair.
- Apoiar o peso do corpo nos músculos das pernas e não nos músculos das costas;
- Pessoa e cuidador devem usar sapatos confortáveis sem saltos. Dê preferência a solas antiderrapantes;
- Se a pessoa for muito pesada, solicitar ajuda de mais alguém;
- Estimular a pessoa a andar até o banheiro se for possível, evitando o uso de fraldas e outros recursos. Isso estimula a independência e a auto-estima, e facilitando o cuidado;
- Valorizar os pequenos progressos de cada dia, incentivando novas aquisições.

### Orientações para a realização de transferências posturais

- A cadeira deve ser posicionada próxima à cama, com as costas voltadas para a cabeceira. Assegurar-se de que a cadeira suporte o peso do paciente, que seja estável e não deslize durante a transferência;
- Mudança da cama para a cadeira deve ser feita com ajuda do paciente;



1 - Sentar a pessoa na beirada da cama. Pedir a sua colaboração.

2 - Abraçados, levanta-lo devagar.



3 - Girar o corpo junto.

4 - Sentar devagar, dobrar. Não forçar as costas.

- Mudança da cama para a cadeira, para pacientes totalmente dependentes, deve ser feita com ajuda de duas pessoas.



1 - Segurá-lo perto do corpo.

2 - Levantar a pessoa junto.



3 - Devagar, fazendo movimentos juntos.

4 - Dobrar as pernas. Não forçar as costas.

## Orientações para a prevenção da ocorrência de perdas funcionais e dependência

O estudo realizado para caracterizar o perfil das pessoas com perdas funcionais e dependência para as atividades da vida diária na população da área de abrangência do PSF do município de São Paulo (2003) mostrou que as duas principais patologias que causaram formas graves de incapacidade e dependência nessa população foram o Acidente Vascular Encefálico, a Paralisia Cerebral (a primeira entre idosos e a segunda entre pessoas com menos de 60 anos), entre outras síndromes paralíticas.

Sabe-se que:

- Há forte correlação da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com 80% dos casos de Acidente Vascular Encefálico (AVE);
- A Hipertensão Arterial Sistêmica, cuja prevalência estimada é de 20% da população adulta, e o Diabetes Mellitus (DM) constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares;
- Cerca de 60 a 80% dos casos de HAS e DM podem ser tratados na rede básica e vários estudos mostram que a redução em cerca de

4mmHg da pressão arterial diastólica média de uma população reduz, em um ano, 35 a 42% dos casos de Acidente Vascular Encefálico nessa comunidade (Ministério da Saúde, 2001);

- A asfíxia perinatal é uma importante causa de Paralisia Cerebral, mas esta pode também estar associada a anormalidades durante a gravidez, a lesões traumáticas durante o parto, a hemorragia intra-ventricular, a isquemia em crianças prematuras e a outras causas perinatais como: meningite, encefalite viral, alterações metabólicas como hipoglicemias e icterus severos e prolongados (Hall, Hill, 1996).

Dessa forma, as ações voltadas à prevenção da ocorrência de perdas funcionais e dependência devem buscar ampliar o acesso da população às ações básicas de saúde, em especial à assistência pré-natal e ao parto, à detecção precoce e ao controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus.

## Orientações para a promoção do envelhecimento ativo

Segundo orientação da OMS (1999), o declínio da capacidade funcional é determinado principalmente por condicionantes externos, ou seja, eventos e oportunidades que acontecem ao longo da vida. O baixo peso ao nascer e a desnutrição na infância (que estão associados ao aumento do risco de doenças cardiovasculares e ao Diabetes Mellitus na idade adulta), a presença de “fatores de risco” para as doenças crônico-degenerativas, as desvantagens sócio-econômicas e as iniquidades no acesso aos cuidados médicos podem levar a perdas funcionais e incapacidades no processo do envelhecimento.

“Para promover o envelhecimento ativo, os sistemas de saúde necessitam tomar a perspectiva do curso da vida que focaliza a promoção da saúde, a prevenção das doenças e a equidade no acesso aos cuidados primários de saúde e aos cuidados prolongados.” (OMS, 2002).





## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

### 1 – Objetivo do serviço de assistência domiciliar

- Oferecer cuidados domiciliares de saúde para pacientes restritos ao leito;
- Promover melhor qualidade de vida;
- Oferecer uma assistência humanizada que favoreça o exercício da autonomia e da responsabilidade pela própria saúde;
- Apoiar o cuidado familiar.

### 2 – Descrição do serviço de assistência domiciliar

- Oferta de visitas domiciliares nos dias úteis (de segunda a sexta-feira) das 7h às 17h, de acordo com cronograma pré-estabelecido no Plano de Atenção que será revisado de acordo com a evolução do paciente;
- As medicações prescritas poderão ser retiradas nas farmácias dos Postos de Saúde sempre que fizerem parte dos itens distribuídos pela Secretaria Municipal de Saúde;
- Materiais serão fornecidos sempre que houver disponibilidade;
- Quando o paciente se encontrar em condições clínicas de urgência/emergência, o cuidador deverá solicitar ao Serviço Municipal de Resgate pelo telefone 192 para transportá-lo para o Pronto Socorro mais próximo;
- O Serviço não se compromete pelo transporte do(s) paciente(s) para fins de consultas, exames ou internações hospitalares;

- A declaração para o óbito que ocorrer no domicílio, de segunda a sexta-feira, no horário de poderá ser fornecida pelo serviço.

### 3 – Direitos do paciente e cuidador

- Receber serviço de qualidade sem qualquer discriminação, contando com total respeito, consideração e postura ética de todos os profissionais que atuam em seu domicílio;
- Obter informações sobre seu diagnóstico e ter acesso ao seu prontuário e a relatórios e atestados necessários para a continuidade de seu tratamento.

### 4 – Deveres do paciente e do cuidador

- O paciente deverá residir no território de abrangência do Serviço. O paciente deverá ter um cuidador que se responsabilize por sua higiene, alimentação, administração dos medicamentos por via oral e garanta um ambiente físico e psicológico seguro para seu cuidado no domicílio. Fornecer informações e notificar o Serviço sobre as alterações no estado de saúde do paciente.

Tratar a equipe de atendimento domiciliar com consideração e respeito. Informar o Serviço nos casos de mudança de endereço residencial ou de cuidador. O cuidador, ou responsável, deve estar presente durante a visita da equipe.

**Obs.:** Os pacientes cujos cuidadores não atenderem aos requisitos estabelecidos neste Termo serão excluídos do Serviço de Atendimento Domiciliar.

Eu, \_\_\_\_\_

Parentesco, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_

Estou ciente e concordo com as normas deste Termo, responsabilizando-me como cuidador(a) do(a) paciente.

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do cuidador(a)

## PLANO DE ATENÇÃO

Composição da Equipe: \_\_\_\_\_

Periodicidade das Visitas:

Médico: \_\_\_\_\_ Enfermeiro: \_\_\_\_\_

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: \_\_\_\_\_ Outros profissionais: \_\_\_\_\_

Estrutura oferecida pelo Serviço:

Materiais: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Atendimento de Urgência / Emergência: (Contato com Serviço Municipal de Resgate 192)

\_\_\_\_\_

Responsável

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## RESUMO DE ALTA DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Nº Prontuário: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Natural de Estado: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Cuidador: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Data de Admissão: \_\_\_\_\_ Data Alta: \_\_\_\_\_

Diagnósticos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Resumo da Evolução: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Condições de Alta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Encaminhamento para: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## FICHA CLÍNICA

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ N° Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Data Nasc. \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ N° RG: \_\_\_\_\_  
 Natural de: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_\_ N° RG: \_\_\_\_\_

Queixa Principal: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

HPMA: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Interrogatório sobre Diversos Aparelhos: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Antecedentes Pessoais: \_\_\_\_\_  
 Antecedentes Familiares: \_\_\_\_\_

Medicação em uso: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Exame Físico: \_\_\_\_\_

Escala Cruz Vermelha:

- **Grau 0 (zero)** - Vale-se totalmente por si mesmo. Caminha normalmente.
- **Grau 1 (um)** - Realiza suficientemente as Atividades da Vida Diária (AVD). Apresenta algumas dificuldades, locomoções complicadas.
- **Grau 2 (dois)** - Apresenta algumas dificuldades nas AVD, necessitando de apoio ocasional. Caminha com ajuda de bengala ou similar.
- **Grau 3 (três)** - Apresenta graves dificuldades nas AVD, necessitando de apoio em quase todas. Caminha com muita dificuldade, ajudado por pelo menos uma pessoa.
- **Grau 4 (quatro)** - Impossível realizar, sem ajuda, qualquer das AVD. Capaz de caminhar com extraordinária dificuldade, ajudado por pelo menos duas pessoas.
- **Grau 5 (cinco)** - Imobilizado na cama ou sofá, necessitando de cuidados contínuos.

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Conduta Médica: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Profissional: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## INSTRUÇÃO SIASUS

Assunto: Assistência Domiciliar

A Assistência Domiciliar prestada por equipe multidisciplinar ligada ao estabelecimento de saúde ambulatorial deve seguir as seguintes instruções para a documentação das atividades realizadas:

1. Manter cadastro e prontuário atualizados dos pacientes que necessitam de atendimento domiciliar terapêutico contínuo e regular.

2. Preenchimento da Ficha do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - FCES

Incluir os profissionais que prestam essa modalidade de assistência e o número de horas de trabalho de cada um por semana, preenchendo o formulário FCES nº 8.

Observar as definições pela Tabela SIASUS específicas para executar esse procedimento.

3. Preenchimento da Ficha de Programação Orçamentária - FPO

Incluir os procedimentos na Ficha de Programação Orçamentária do estabelecimento de saúde e estimar a capacidade operacional máxima para cada um:

- Para profissionais de nível superior: 0704102-0 - Atendimento domiciliar terapêutico multiprofissional para paciente portador de outras patologias por visita em equipe. Atendimento contínuo e regular ao paciente realizado por equipe multidisciplinar. Inclui todas as ações inerentes ao atendimento como curativos, coleta de material para exames laboratoriais, colocação e troca de sonda, troca de cânulas de traqueostomia, aspiração traqueal, ECG, testes de glicemia, alimentação naso-enteral, soroterapia, analgesia por cateter, fisioterapia domiciliar, fornecimento de medicação, concentrador de oxigênio. Inclui materiais e equipamentos para os procedimentos terapêuticos, além de avaliação, orientação e treinamento ao paciente e à família.
- Para profissionais de nível médio: 0102394-7 - Visita domiciliar por profissional de nível médio. Visita domiciliar solicitada por profissional de nível superior, segundo rotinas de serviços programados, já incluindo cuidados executados durante a visita tais como curativos, retirada de pontos e outros, e convocação de faltosos.

4. Preenchimento do Boletim de Produção Ambulatorial - BPA

O Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) corresponde ao consolidado das ações executadas pelo estabelecimento de saúde. Todas as ações realizadas no estabelecimento de saúde deverão ser codificadas segundo a tabela de Procedimentos do SIASUS. O código 0704102-0 é apontado por visita/equipe, independentemente do número de profissionais que participaram daquela visita e só poderá ser faturado por profissionais de nível superior. Se a visita foi realizada por profissionais de nível superior e simultaneamente com profissionais de nível médio, deverá ser apontada uma única vez no código 0704102-0.

Se a visita foi realizada apenas por profissionais de nível médio, deverá ser apontada no código 0102394-7, também uma única vez.

Digitar os dados no Sistema de Informação Ambulatorial - SIASUS e encaminhar transferência para a respectiva Coordenadoria de Saúde, que encaminhará para a SMS/Coordenação de Integração e Regulação do Sistema/ Gerência Técnica de Faturamento conforme rotinas e cronograma vigentes.



# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – CAMPOS, G.W.S. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.
- 2 – CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante. In: PINHEIRO R., MATTOS R.A. (orgs.). Os sentidos da integridade na atenção no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p.113-26.
- 3 – COTTA, R.M.M.; MORALES SUÁREZ-VARELA, M.; LLOPIS GONZÁLEZ, A.; COTTA FILHO, J.S.; RÁMON REAL, E.; DIAS RICÓS, J.A.D. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Revista Panam Salud Publica, 2001; 10(1): 45-55.
- 4 – CPA/SEHAB. Guia para Mobilidade acessível em vias públicas. São Paulo: Secretaria da Habitação do Município de São Paulo, 2003.
- 5 – HALL, D.M.B.; HILL, PD. Cerebral palsy. In: The child with disability. Oxford: Blackwell Science, 1996. Cap. 14, p. 237-76.
- 6 – HELLER A. Teoria da las necesidades en Marx. 2a Edição. Barcelona: Península, 1986.
- 7 – MELO-FILHO, D.A. de. Repensando os Desafios de Ulisses e Fausto: A Saúde, o Indivíduo e a História. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 11, no 1, p. 5-33, jan/mar, 1995.
- 8 – MEHRY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E.E e Onocko, R.T. (orgs.). Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo, Hucitec, 1997.
- 9 – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, Cadernos da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- 10 – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001.
- 11 – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência – Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

- 12 – MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para Assistência Domiciliar na Atenção Básica/SUS/ (Documento Preliminar, 15ª versão) 2004.
- 13 – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Resolução 48/96: Normas sobre Equiparação de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência. Assembléia Geral das Nações Unidas, 20 de dezembro de 1993.
- 14 – PAPALÉO NETTO, M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1999.
- 15 – SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Caderno do Adolescente. Mimeografado, 2004.
- 16 – SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Caracterização das pessoas com perdas funcionais e dependência na área de abrangência do PSF do Município de São Paulo, Relatório e Pesquisa. Mimeografado, 2004.
- 17 – SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada (OSP). Jornal de Pneumologia, nov/dez, 2000. p. 341-350.
- 18 – WORLD HEALTH ORGANIZATION. A life course perspective of maintaining independence in older age. Report. Geneva, 1999.
- 19 – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Home-based long-term care. Report. Geneva, 2000. (WHO- Technical Report Series, 898)
- 20 – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Active ageing: a policy framework. Geneva, 2002.



### **Responsáveis técnicos:**

Maria Amélia de Campos Oliveira

Maria de Fátima Faria Duayer

### **Relação dos profissionais que participaram das Oficinas para elaboração deste Guia**

Adeilton Jorge de Jino

Amanda Ferreira Esteves

Ana Maria da Silva

Ana Maria Pelhas da Silva

Andréa Lúcia Torres Amorim

Carmem Silvia Queluz Toledo Salles

Célia Aparecida Barbosa Aguirre

Célia Aparecida Teodoro de Carvalho

Clarice Marques

Claudia Aparecida Radica

Daniela Rodrigues de Moraes

Débora Dupas G. Nascimento

Denise Gomes da Costa

Edjane Mercia Ribeiro Bittencourt de Araújo

Eliana Aparecida Garcia

Eliane Reny do Nascimento

Eunice do Nascimento

Evânia Pessoa da Trindade

Evelani Martins da Silva

Fátima Moreira Mongelli

Fernanda Oropallo

Flavia Gabriele Petrone

Francisca Cunha de Mesquita

Iara Maria Ferreira Gomes da Silva

Iva Alves Santos

Ivone Ragozzini

Janete Aparecida da Costa

Jerusa Aparecida Bertanha

Jessé Dantas Leite

Josane Cássia Proetti

José Carlos Alves

Josênia Santos

Josevaldo Alves de Assis

Jozy Ferazim Pinheiro

Leomax Araújo da Silva

Lia Likier Steinberg

Lígia Silva Orquiza

Lílian Aparecida Angotti

Lorena Martinez Barrales

Luciana Aparecida Tamborim

Luciana da Silva Rodrigues

Luzia Rumi Komai Rodriguez

Luzia Souza Costacurta

Magda Helena Monico Scheffer

Márcia Aparecido Galdino

Márcia Regiane Borges Antognetti

Márcia Tsuha Moreno

Marcus Frank

Maria Aparecida Ferreira

Maria Aparecida Pedro

Maria Aparecida Sarmento Monteleone

Maria Beatriz Benedita Boldrin Durães

Maria Cecília Arioza

Maria Cecília Bernardo Pinto

Maria do Carmo Goffo

Maria Izabel Lopes

Maria Luzimar Sales dos Santos

Maria Tereza Suráimi de Andrade

Mariana Elston Brannware de Oliveira

Marineia Picinim

Marlene Cristina Quintal Bonilha

Marly de Almeida Pedra

Mary Rute Gusmão da Silva

Milene Teixeira Franco Freitas de Aro

Mônica Alves Borges

Nemisia Maria Araújo de Souza

Nilda Mahnis

Noely Gouveia dos Santos

Pedro Arthur Gimaiel Nascimento

Ricardo Juniti

Roberta Fonseca Pereira

Rosa Maria Bruno Marcucci

Sabrina Goursand de Freitas

Sandra Maria Sabio

Sandra Sayuri Kanda

Silvana Capellini

Silvia de Moraes Rego

Solange Mara da Silva Oliveira

Sônia Regina Moraes

Stella Maris Nicolau

Sueli Aparecida Pinto da Silva  
Terezinha Mazzeo  
Vera Lúcia dos Santos Andrade  
Veríssimo Simões Cardoso  
William Taiji Hagoolin

### **Relação dos profissionais que participaram das Reuniões para elaboração deste Guia**

Adeilton Jorge de Jino	Janete Aparecida da Costa
Adriana Fernandes dos Santos	Lílian Aparecida Angotti
Ana Maria da Silva	Lorena Martinez Barrales
Ana Maria Policastro da Costa de Meo	Luciana Aparecida Tamborim
Antônio José Martins Freire	Lucila Faleiros Neves
Cláudia Aparecida Radica	Luiz Cláudio Sartori
Débora Dupas G. Nascimento	Maisa Gavassa Silva
Diana S. Oliveira	Márcia Tsuha Moreno
Edna Cezar Balbino	Maria Aparecida Ferreira
Fernanda Rocco Oliveira	Maria Cecília Bernardo Pinto
Francisca Cunha de Mesquita	Maria Gorete Bavoso
Gilda Rosana Vidal Bertoli	Maria Inês Tadoni
Heloísa Sawada Suzuki	Marineia Picinim
Iara Maria Ferreira Gomes	Mário Ivo Serinolli
Isabelle Rodota Imai	Neusa Meza Gomes

Nilda Mahnis

Participaram da redação deste Guia

Priscila O. Arruda Cândido

Sandra Maria Vieira Tristão de Almeida

Silvana Capellini

Sílvia de Moraes Rego

Stella Maris Nicolau

Vera Cristina Sampaio Alves Vianna

Wilton Queiroz da Fonseca





PREFEITURA DA CIDADE DE  
**SÃO PAULO**

SECRETARIA DA SAÚDE





- CONCEITO E CRITÉRIO DE ELEGIBILIDADE

- NECESSIDADES DE SAÚDE

- O PROCESSO DE TRABALHO DE CUIDAR NO DOMICÍLIO

- ORIENTAÇÕES RELATIVAS AO CUIDADO DAS PESSOAS COM PERDAS FUNCIONAIS E DEPENDÊNCIA

# CUIDADOS DOMICILIARES DE SAÚDE GUIA DE APOIO



PREFEITURA DA CIDADE DE  
**SÃO PAULO**

SECRETARIA DA SAÚDE