

Programa Multicêntrico
de Qualificação Profissional
em Atenção Domiciliar
a Distância



**PRINCÍPIOS PARA O CUIDADO
DOMICILIAR POR PROFISSIONAIS
DE NÍVEL SUPERIOR**

Belo Horizonte/MG
2 0 1 3

Programa Multicêntrico
de Qualificação Profissional
em Atenção Domiciliar
a Distância

PRINCÍPIOS PARA O CUIDADO
DOMICILIAR POR PROFISSIONAIS
DE NÍVEL SUPERIOR

Belo Horizonte/MG

2 0 1 3

© 2013, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

A reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação é permitida desde que seja citada a fonte e a finalidade não seja comercial. Os créditos deverão ser atribuídos aos respectivos autores. Licença Creative Commons License Deed Atribuição-Uso Não-Comercial Compartilhamento pela mesma Licença 2.5 Brasil. Você pode: copiar, distribuir, exibir e executar a obra; criar obras derivadas. Sob as seguintes condições: atribuição - você deve dar crédito ao autor original, da forma especificada pelo autor ou licenciante; uso não comercial - você não pode utilizar esta obra com finalidades comerciais; compartilhamento pela mesma licença: se você alterar, transformar, ou criar outra obra com base nesta, você somente poderá distribuir a obra resultante sob uma licença idêntica a esta. Para cada novo uso ou distribuição, você deve deixar claro para outros os termos da licença desta obra. Qualquer uma destas condições pode ser renunciada, desde que você obtenha permissão do autor. Nada nesta licença restringe os direitos morais do autor.
Creative Commons License Deed - <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.pt>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Departamento de Gestão da Educação na Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G, sala 739
CEP: 700.58-900 – Brasília - DF
Tels.: (61) 3315-3848 / 3315-2240
Site: www.saude.gov.br/sgtes
E-mails: sgtes@saude.gov.br / degges@saude.gov.br

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência
End: SAF/Sul, trecho 02, lotes 05/06, térreo, sala 11 – Edifício Premium, torre II
CEP: 70.070-600
Tel: (61) 3315-6238
Site: www.saude.gov.br/sas
Email: peessoacomdeficiencia@saude.gov.br

Universidade Aberta do SUS

Secretaria-Executiva
End: Avenida L3 Norte, Campus Universitário Darcy Ribeiro
Gleba A, SG 10, Brasília - DF
CEP: 70.904-970
Tel: 55(61)3329-4517
Site <http://www.unasus.gov.br/>
Email: unasus@saude.gov.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Medicina
Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – Nescon
End: Av. Alfredo Balena, 190 - 7º andar.
CEP: 30130-100
Tel: 31-34099673
Site: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br>
Email: nescon@nescon.medicina.ufmg.br

CURSO: “PRINCÍPIOS PARA O CUIDADO DOMICILIAR POR PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR”

Coordenação-geral

Edison José Corrêa

Consultoria Técnica

Leonardo Cançado Monteiro Savassi

Mariana Borges Dias

Coordenação técnico-científica

Maria Auxiliadora Córdova Christóforo

Coordenação técnico-educacional

Estela Aparecida Oliveira Vieira

Sara Shirley Belo Lança

Elaboração

Diani de Oliveira Machado

Eline Lima Borges

Fernanda Vaz de Melo Diniz Cotta

Renata de Almeida Silva

Renata Vaz de Melo Diniz Avendanho

Sati Jaber Mahmud

Selme Silqueira de Matos

Vera Lúcia Aparecida Anastácio

Desenho Educacional

Ramon Orlando de Souza Flauzino

Diagramação

Ariana da Cunha Ferreira Paz

Tecnologia da Informação e comunicação

Breno Valgas de Paula

Cecília Emiliana de Lélis Adão

Daniel Miranda Junior

Gustavo Storck

Leonardo Freitas da Silva Pereira

Audiovisual

Alysson Faria Costa

Bethânia Glória

Danilo Vilaça

Edgard Paiva

Evandro Lemos da Cunha

Filipe C. Storck

Isabela Quintão da Silva

Marcos Braga

Sérgio Vilaça

P957 Princípios para o cuidado domiciliar por profissionais de nível superior / Eline Lima Borges ... et al.]. -- Belo Horizonte : Nescon / UFMG, 2013. 129 p. : il.

ISBN: 978-85-60914-31-9

1. Serviços de cuidados de saúde domiciliares. I. Borges, Eline Lima. II. Cotta, Fernanda Vaz de Melo Diniz. III. Silva, Renata de Almeida. IV. Matos, Selme Silqueira de. V. Anastácio, Vera Lúcia Aparecida. VI. Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar a Distância. VII. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. VIII. Título: Melhor em casa.

CDU:613
CDD: 362.1

SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|--------|--|
| AD | Atenção Domiciliar |
| AD1 | Atenção Domiciliar tipo 1 |
| AD2 | Atenção Domiciliar tipo 2 |
| AD3 | Atenção Domiciliar tipo 3 |
| APD | Diálise Peritoneal Automática |
| AVA | Ambiente virtual de aprendizagem |
| CAPD | Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua |
| CGAD | Coordenação Geral da Atenção Domiciliar |
| DAB | Departamento de Atenção Básica |
| DP | Diálise Peritoneal |
| DRC | Doença renal crônica |
| DRCT | Doença renal crônica terminal |
| DST | Doença renal terminal |
| EMAD | Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar |
| EMAP | Equipe Multiprofissional de Apoio a Atenção Domiciliar |
| EFDR | Estágio final de doença renal |
| FAV | Fístula arteriovenosa |
| HD | Hemodiálise |
| IVC | Insuficiência venosa crônica |
| MS | Ministério da Saúde |
| Nescon | Núcleo de Educação em Saúde Coletiva |
| NPUAP | National Pressure Ulcer Advisory Panel |
| PHMB | Polihexametileno-biguanida |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| RAAS | Registro de Atenção Ambulatorial de Saúde |
| RDC | Resolução de Diretoria Colegiada |
| RNI | Razão Normalizada Internacional |
| SAD | Serviço de Atenção Domiciliar |

| | |
|--------|---|
| Samu | Serviço de atendimento móvel de urgência |
| SAS | Secretaria de Atenção de Saúde |
| SGTES | Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde |
| SIA | Sistema de Informação Ambulatorial |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TSRC | Terapia de Substituição Renal Contínua |
| TX | Transplante Renal |
| UERJ | Universidade Estadual do Rio de Janeiro |
| UFCSA | Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre |
| UFMG | Universidade Federal de Minas Gerais |
| UFPE | Universidade Federal de Pernambuco |
| UFSC | Universidade Federal de Santa Catarina |
| UFC | Universidade Federal do Ceará |
| UFMA | Universidade Federal do Maranhão |
| UNASUS | Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde |
| UP | Úlcera por pressão |

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1.1 – Indicações e contraindicações da gastrostomia
- Quadro 1.2 – Indicações e contraindicações da jejunostomia
- Quadro 1.3 – Indicações de colostomia
- Quadro 1.4 – Indicações de ileostomia
- Quadro 1.5 – Estomas intestinais mais frequentes e principais características
- Quadra 1.6 – Tipos de estoma urinário
- Quadra 1.7 – Dispositivos e adjuvantes para estoma sem complicações
- Quadra 1.8 - Dispositivos e adjuvantes para estoma com complicações
- Quadra 1.9 - Dispositivos para estoma urinário sem complicações
- Quadra 1.10 - Dispositivos para estoma urinário com complicações
- Quadro 2.1 – Alterações decorrentes da insuficiência venosa crônica
- Quadra 2.2 – Descrição da úlcera por pressão por categoria
- Quadro 3.1 – Classificação do cateter venoso central
- Quadro 3.2 – Especificações do cateter para acesso venoso central de longa permanência
- Quadro 7.1 – Parâmetros para definir cuidados em saúde bucal na atenção domiciliar
- Quadro 7.2 – Avaliação da moradia para indicação da atenção domiciliar

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1 – Ileostomia em alça

Figura 1.2 – Medidor de estoma

Figura 1.3 – Ileostomia em alça com dermatite

Figura 1.4 – Ileostomia com duas bocas com prolapso e dermatite

Figura 2.1 – Ferida cirúrgica complexa no abdômen

Figura 2.2 - Ferida cirúrgica complexa no períneo

Figura 2.3 – Sinais de insuficiência venosa

Figura 2.4 – Úlcera venosa

Figura 2.5 – Úlcera arterial em calcâneo

Figura 2.6 – Úlcera por pressão

Figura 2.7 – Ferida Cirúrgica em mama direita

Figura 2.8 – Alginato de cálcio na apresentação de placa e cordão

Figura 2.9 – Hidrofibra: placa sobre úlcera venosa

Figura 2.10 – Espuma sem e com bordas

Figura 2.11 – Compressa absorvente

Figura 2.12 – Membrana de poliuretano

Figura 2.13 - Membrana de poliuretano aplicada sobre cobertura interativa e compressa

Figura 2.14 – Placa de hidrocolóide sobre úlcera por pressão

Figura 2.15 – Hidrogel amorfo aplicado em lesão

Figura 2.16 - Hidrogel em placa aplicado no braço

Figura 2.17 – Cobertura de carvão com prata

Figura 2.18 – Cobertura de carvão sem prata

Figura 2.19 – Cobertura de alginato de cálcio com prata sobre úlcera venosa

Figura 2.20 – Cobertura de espuma com prata

Figura 2.21 – Cobertura de prata nanocristalina

Figura 2.22 – Cobertura: compressa de gaze 100% algodão com PHMB sobre úlcera venosa

Figura 2.23 – Cobertura: compressa absorvente com PMHB sobre ferida cirúrgica pós mamoplastia

Figura 3.1 – Cateter semi-implantado

Figura 3.2 – Cateter totalmente implantado

Figura 3.3 – Reservatório cateter totalmente implantado

Figura 3.4 - Cateter epicutâneo

Figura 3.5 – Curativo de acesso venoso central com gaze

Figura 3.6 - Curativo com filme transparente semipermeável

Figura 5.1 – Diálise peritoneal automática

Figura 6.1 - Local de punção para paracentese

Figura 6.2 - Técnica da anestesia

Figura 6.3 - Técnica em Z para administração da lidocaína

Figura 6.4 - Punção abdominal

Figura 6.5 - Fixação do cateter

Figura 7.1 – Cirurgia emergencial em assistência domiciliar/eliminação de foco de infecção dentária

Figura 7.2 – Restauração atraumática (ART) com ionômero de vidro/ eliminação de tecido criado

Figura 7.3 – Cirurgia emergencial em assistência domiciliar/eliminação de foco de infecção dentária



Sumário

| | |
|--|-----------|
| Apresentação do Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar a Distância. | 17 |
| Apresentação dos autores | 18 |
| Apresentação do Curso - Princípios para o Cuidado Domiciliar por Profissionais de Nível Superior | 19 |
| Introdução ao Curso | 22 |
| | |
| UNIDADE 1 - Estomas | 26 |
| Parte 1 – Estoma de alimentação | 28 |
| Parte 2 - Estoma de eliminação | 31 |
| Parte 3 - Indicação dos dispositivos e adjuvantes | 34 |
| | |
| UNIDADE 2 - Lesões cutâneas crônicas | 44 |
| Parte 1 - Ferida cirúrgica complexa | 46 |
| Parte 2 - Lesões cutâneas crônicas | 48 |
| 2.1.Úlcera vasculogênica | 48 |
| 2.2.Úlcera por pressão | 52 |
| Parte 3 - Colonização crítica e infecção | 55 |
| Parte 4 - Coberturas interativas | 57 |
| | |
| UNIDADE 3 - Acesso venoso central | 72 |
| Parte 1 – Conceito, tipos de cateter e indicação | 74 |

| | |
|---|------------|
| Parte 2 – Cuidados com o acesso venoso central | 78 |
| Parte3 - Materiais necessários para os cuidados do acesso venoso central em domicílio | 82 |
| UNIDADE 4 - Fecaloma: abordagem clínica, princípios e intervenções | 84 |
| Parte 1 - Conceitos | 86 |
| Parte 2 – Causas e sintomas | 87 |
| Parte 3 - Como investigar a presença do fecaloma | 88 |
| Parte 4 - Manejo do fecaloma | 89 |
| UNIDADE 5 – Diálise | 90 |
| Parte 1 - Conceito, classificação e indicação | 92 |
| Parte 2 – Diálise peritoneal | 94 |
| Parte 3 - Avaliação das condições do domicílio para realização da diálise peritoneal | 96 |
| UNIDADE 6 - Paracentese abdominal terapêutica | 98 |
| Parte 1 - Conceito, indicações e contraindicações. | 100 |
| Parte 2 - Paracentese terapêutica: procedimentos e complicações | 101 |

| | |
|---|------------|
| UNIDADE 7 - Princípios para o cuidado à saúde bucal na atenção domiciliar | 106 |
| Parte 1 - Relação do cirurgião dentista com a pessoa, família e cuidador | 109 |
| Parte 2 - Principais agravos em saúde bucal | 110 |
| Parte 3 – Plano de cuidado odontológico | 111 |
| Parte 4 - Atribuições do cirurgião dentista | 117 |
| | |
| CONCLUSÃO DO CURSO | 118 |
| REFERÊNCIAS | 120 |
| ANEXO | 124 |



Sobre o Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar a distância (PMQAAD), consulte: www.unasus.gov.br/cursoAD

Apresentação

Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar a Distância.

O Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar a Distância (PMQAAD) reúne ações da Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica/Coordenação Geral de Atenção Domiciliar (SAS/DAB/CGAD) e da Secretaria e Gestão do Trabalho e da Educação/Universidade Aberta do SUS (SGTES/UNA-SUS), do Ministério da Saúde (MS) desenvolvida pelas seguintes Instituições de Educação Superior da Rede UNA-SUS:

1. Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)
2. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)
3. Universidade Federal do Ceará (UFC)
4. Universidade Federal do Maranhão (UFMA)
5. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
6. Universidade Federal de Pelotas (UFPEl)
7. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
8. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Com este Programa, o MS objetiva ampliar a qualificação de profissionais de saúde em atenção domiciliar, na estratégia de educação a distância, como atividade a ser desenvolvida de forma articulada pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS). De abrangência nacional este Programa é voltado para gestores e para profissionais da área da saúde e a perspectiva é que cumpra importante papel na qualificação desses trabalhadores com vistas à organização, implantação, monitoramento e avaliação de Serviços de Atenção Domiciliar (SAD).

O Programa reúne cursos autoinstrucionais disponibilizados na modalidade de cursos de extensão, em EaD. No amplo contexto de exigências científicas, políticas, tecnológicas e éticas, que fundamentam e são transversais à assistência à saúde prestada à pessoa no âmbito do seu domicílio, cada um desses cursos toma como objeto de estudo e análise um determinado eixo temático.

O eixo temático do presente Curso são procedimentos e cuidados realizados em AD cuja indicação, execução ou avaliação exige a atuação de profissionais de saúde de nível superior.

Apresentação dos autores

Diani de Oliveira Machado

Enfermeira do “Grupo Hospitalar Conceição/Programa de Atenção Domiciliar”, tele consultora do “0800 para o Programa Melhor em Casa”, especialização em Saúde Coletiva pelo Instituto Brasileiro de Pós Graduação e Extensão (IBEX) e especialização em Urgência e Emergência. Coautora da Unidade 6.

Eline Lima Borges

Enfermeira, Estomaterapeuta titulada pela Associação Brasileira de Estomaterapia, Doutora em Enfermagem pela Escola Enfermagem da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Autora das unidades 1 e 2.

Fernanda Vaz de Melo Diniz Cotta

Graduada em Odontologia, Especialista em Saúde Coletiva e Mestre em Clínica Odontológica pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Professora Assistente do Curso de Especialização Multidisciplinar em Saúde Coletiva do Instituto de Educação Continuada da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Cirurgiã-Dentista Clínica Geral da Prefeitura Municipal de Sabará/Minas Gerais. Autora da unidade 7.

Renata de Almeida Silva

Enfermeira, estomaterapeuta, pós-graduada pela Universidade Federal de Minas Gerais, Coordenadora do Apoio Gerencial da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) do Hospital Municipal Odilon Behrens e Apoio da Coordenação do Serviço de Atenção Domiciliar de Belo Horizonte (SAD- BH). Autora da unidade 3.

Renata Vaz de Melo Diniz Avendanho

Graduada em Medicina e especialista em Geriatria pela UFMG, pós-graduação em Geriatria pela Fundação Educacional Lucas Machado e Titulada em Medicina de Saúde da Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, Médica do Serviço de Atenção Domiciliar da Prefeitura de Belo Horizonte. Autora da unidade 4.

Sati Jaber Mahmud

Médico de Família e Comunidade. Coordenador do Programa de Atenção Domiciliar do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre/RS. Coautor da Unidade 6.

Selme Silqueira de Matos

Enfermeira pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Mestre e Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Professora do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da UFMG. Autora da unidade 5.

Vera Lúcia Aparecida Anastácio

Assistente Social, Especialista, pela Universidade de São Paulo, em Identificação de casos de Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes, Membro da Equipe do Programa de Atenção Domiciliar do Hospital Infantil Joao Paulo 2, em Belo Horizonte/Minas Gerais. Organizadora do documento “Anexo”.

Apresentação do curso

“Princípios para o cuidado domiciliar por profissionais de nível superior”

Este é um dos cursos do Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar a distância, produzido pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (Nescon/UFMG) em parceria com o Ministério da Saúde, Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde e Universidade Aberta do SUS (MS/SGTES-UNASUS).

O Curso tem como objeto os cuidados à saúde cuja complexidade, frequência e especificidade impõem a intervenção e ação de profissionais de saúde do nível superior no atendimento à pessoa em todas as modalidades de atenção domiciliar (AD).

Conteúdo/Unidades Educacionais:

- Unidade 1 – Estomas
- Unidade 2 – Lesões cutâneas crônicas
- Unidade 3 – Acesso venoso central
- Unidade 4 – Fecaloma: abordagem clínica, princípios e intervenções.
- Unidade 5 – Diálise
- Unidade 6 - Paracentese abdominal terapêutica
- Unidade 7 – Princípios para o cuidado à saúde bucal na atenção domiciliar

Objetivo Geral: qualificar a atuação de profissionais de saúde de nível superior na realização de procedimentos e cuidados à pessoa em domicílio.

Público-alvo do Curso: profissionais de saúde de nível superior que atuam no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

Para responder aos objetivos de qualificação dos distintos profissionais, os conteúdos e as atividades de aprendizagem que compõem as unidades educativas foram definidos na perspectiva de atender as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

Acesso ao Curso: disponível no portal da Universidade Aberta do SUS:

- www.unasus.gov.br/cursoAD

Carga Horária: 60 horas *on-line*.

Contempla um conjunto de mídias e recursos didáticos como ambiente virtual de aprendizagem (AVA), vídeos, textos de referências disponíveis para consulta, leitura e impressão.

Atividades de aprendizagem: autoinstrucionais, inclusive as avaliações, ou seja, o curso é desenvolvido sem a participação de tutor, preceptor ou professor.

Importante: Você observará que foram evitados, propositadamente, vocábulos frequentemente utilizados no âmbito dos sistemas de saúde, a saber: indivíduo, usuário, segurado e pessoa. Exceto em citações diretas, o termo adotado é “pessoa” uma vez que se compreende essa terminologia como mais significativa que as denominações citadas.

PACIENTE, PESSOA...

Especialmente na atenção primária à saúde, temos substituído o vocábulo “paciente” por “pessoa”, pois a utilização do termo “paciente”, em sua própria definição, retira os aspectos volitivos e a autonomia daqueles que buscam ajuda para seus problemas de saúde, determinando um comportamento passivo. O uso do termo “paciente” está mais de acordo com outros cenários do sistema de cuidados à saúde (p. ex., hospitalar), nos quais a pessoa fica submetida às regras e normas daquele ambiente. O termo “pessoa” lembra aos profissionais de saúde e ao sistema que a autonomia e a participação de quem é cuidado são fundamentais para o sucesso do manejo. Por fim, o uso do termo “pessoa” vai ao encontro do segundo componente do método proposto pela autora (entendendo pessoa como um todo), no qual reforça a necessidade de um entendimento integral e uma participação efetiva da pessoa-que-busca-ajuda no cuidado à saúde. (STEWART, M et al.2010).

Certamente, no desenvolvimento das ações deste Curso, você terá interesse por mais informações, textos, artigos. Para começar você deve:

- Acessar e estudar as referências indicadas como “**leituras obrigatórias**”.
- Considerar a oportunidade e ler as **leituras recomendadas** como complementares assim como as demais referências usadas pelos autores

Leitura obrigatória:

O Ministério da Saúde cadernos sobre atenção domiciliar, disponíveis no site <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf>

O **Caderno de Atenção Domiciliar. v. 2. Cap. 5*** é uma das leituras obrigatórias deste Curso.

* Os Cadernos foram produzidos na vigência a portaria n.2.527/2011, já revogada pela Portaria n.963/2013.

Todas as citações neste texto têm as respectivas versões on-line disponibilizadas na:

- Biblioteca Virtual da UNA-SUS
- www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca.

Importante lembrar, também, que este curso guarda relação com outros 18 cursos do Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar a Distância. Caso seja do seu interesse matricular nos demais cursos ACESSE o site da UNA-SUS: <https://arouca.unasus.gov.br/plataformaarouca>

Bom estudo!

Introdução

Princípios para o cuidado domiciliar por profissionais de nível superior

Conforme dispõe a Portaria n. 963/2013, a atenção domiciliar objetiva a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar.

Sendo um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências, a AD deve estar articulada e integrada aos demais componentes da Rede de Atenção à Saúde conforme as diretrizes que orientam a organização da atenção domiciliar:



LEIA a Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013 que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde, publicada no Diário Oficial da União – Seção 1.n. 101 de 28 de maio de 2013. P. 30-32. Disponível em: <<http://brasilus.com.br/legislacoes/gm>>

- estruturação na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial;
- incorporação ao sistema de regulação, articulada com demais Serviços da Rede, inclusive com serviços de retaguarda;
- estruturação de acordo com os princípios de ampliação do acesso, do acolhimento, da equidade, da humanização e da integralidade da assistência;
- inserção nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades da pessoa e reduzindo a fragmentação da assistência;

- adoção do modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares;
- interação dos profissionais de saúde da equipe, pessoa assistida, sua família e cuidador.

Nesta linha, a AD é concebida como oferta de serviços de saúde que agrega ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e complicações e, ainda, medidas de reabilitação que podem ser realizadas no domicílio. Conforme dispõe a portaria em vigor, o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) deverá ser organizado em todos os municípios do país acima de 20.000 habitantes – isoladamente ou de forma agrupada via prévio pacto intergestores – e, obrigatoriamente: ser atendido por Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e contar com hospital de referência. A organização e a efetivação do SAD de forma articulada e integrada aos demais serviços e políticas requerem ações que perpassam, transversalmente, por toda a Rede de Atenção à Saúde o que exige a definição de parcerias formais intergestores e intersetoriais fundamentadas em princípios e ordenações das políticas das esferas federal, estadual e municipal.

Leitura obrigatória:

LEIA o **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011** que, ao regulamentar a **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**, dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>

A integralidade da atenção contempla o acesso da pessoa ao SAD exigindo nova maneira de planejar, executar, monitorar e controlar a prestação da assistência e a responsabilização da Rede de Serviços pela informação, pelo financiamento e pela prestação da assistência domiciliar de forma contínua.

Os profissionais envolvidos na assistência à pessoa no âmbito domiciliar devem buscar a lógica do trabalho coletivo no qual o conjunto articulado de políticas, ações da equipe multiprofissional (complementares, compartilhadas e específicas) e a participação articulada e coordenada dos diferentes serviços e setores vão consolidar os serviços de atenção domiciliar.

Para tanto, a ordenação e a organização da atenção domiciliar exige a articulação de, pelo menos:

- Serviço de atendimento móvel de urgência (Samu).
- Hospital de Referência – retaguarda de internação hospitalar, necessária em situações de intercorrência e piora clínica da pessoa. Atende ainda a realização de procedimentos de maior complexidade e que não podem ocorrer no domicílio.
- Farmácia.
- Serviços ambulatoriais de especialidades e exames.
- Serviços de Apoio Logístico:
 - Transporte – destina-se a pessoas com incapacidade física ou econômica de se deslocarem por meios ordinários de transporte e está restrito aos deslocamentos por causas exclusivamente clínicas. Divide-se em transporte de urgência e emergência e transporte eletivo.
 - Equipamentos, insumos e materiais – correspondentes ao desenvolvimento das ações constantes em cada plano de cuidado

individual.

- Serviços especiais e responsabilização da família, no que diz respeito aos cuidados a serem prestados podendo envolver grupos voluntários, igrejas, organizações não governamentais.

AD se organiza em três modalidades:

AD1 – destina-se àquelas pessoas com problemas de saúde controlados ou compensados, que apresentam dificuldade (ou impossibilidade) de locomover-se até a Unidade Básica de Saúde (UBS), que necessitam de cuidados com menor frequência e menos aporte e recursos dos serviços de saúde. AD1 é uma ação programática da Unidade Básica de Saúde (UBS), sob a responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo a equipe de Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em que a visita domiciliar regular – no mínimo, uma vez por mês -- é componente estruturante para a sua organização, implantação, realização e monitoramento.

AD2 – destina-se a pessoas que apresentam dificuldade (ou impossibilidade) de locomover-se até a UBS e que apresentam problemas de saúde que exigem cuidados mais frequentes e complexos do que os indicados na AD1, além de demandarem recursos de saúde e acompanhamento contínuos, inclusive de diferentes serviços da rede de atenção.

AD3 – nessa modalidade, estão aquelas pessoas com problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a UBS, com necessidade de maior frequência de cuidado, mais recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos.

A atenção domiciliar tipos 2 e 3 (AD2 e AD3) são de responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).

O foco do presente Curso são princípios e procedimentos que por sua especificidade e complexidade exigem a presença de profissionais de nível superior seja para sua indicação, orientação, execução, monitoramento ou avaliação o que vai exigir do SAD a definição de:

- Protocolos – instrumentos para orientar o acesso, definir competências, responsabilidades e coordenação dos processos de decisão e planejamento do acesso, cadastro e atendimento da pessoa nas diferentes modalidades de AD. Têm como propósito descrever atividades pertinentes às demandas, necessidades e situações prevalentes na AD, assim como o profissional ou equipe que as realiza, periodicidade, insumos básicos a serem disponibilizados, entre outros elementos orientadores da organização e efetividade da assistência domiciliar;

- Indicadores e critérios de monitoramento e avaliação – o propósito é assegurar o acompanhamento do processo e das ações desenvolvidas na AD, na perspectiva da sua efetividade e integralidade.

Cada **unidade educacional** deste Curso focaliza um procedimento determinado em relação ao qual são abordados princípios que vão fundamentar a atuação da equipe, em especial, dos profissionais de nível superior. Dada sua prevalência na AD, os procedimentos que estão tratados nas unidades são: estomas de alimentação e eliminação; lesões cutâneas crônicas; acesso venoso central, fecaloma, diálise, paracentese abdominal terapêutica e assistência à saúde bucal.

Dica:

O plano de cuidado individual da pessoa em AD deve contemplar ações, intervenções a serem executadas pelos profissionais das equipes assim como orientações à pessoa, família e cuidador quanto aos direitos sociais implicados e referidos à pessoa assistida pelo SAD.

Entre as orientações e informações que devem ser consideradas estão direitos assegurados, também, à pessoa em AD. Confira o **Anexo**.



1 unidade

1 unidade

ESTOMAS

Esta unidade aborda o tema estomas com enfoque em:

- Estoma de alimentação.
- Estoma de eliminação.
- Dispositivos e adjuvantes.

Objetivos:

- Reconhecer sinais e situações que norteiam a avaliação da pele e do estoma para indicação de dispositivo, adjuvantes e cuidados específicos.
- Subsidiar a elaboração do plano de cuidado à pessoa com estoma, com destaque para os princípios e procedimentos fundamentais à assistência.

Estoma ou estomia deriva do grego stóma, que significa boca, abertura. Essa designação é especificada com prefixo referente à topografia correspondente, por exemplo: traqueostomia, gastrostomia, ileostomia, jejunostomia, colostomia, nefrostomia, ureterostomia, vesicostomia e cistostomia. É um designativo genérico de uma condição orgânica resultante de intervenção cirúrgica indicada para restabelecer a comunicação entre uma víscera/órgão e o meio externo, comprometida por alguma patologia.

parte 1:

Estoma de alimentação

Estoma de alimentação é uma comunicação direta do estômago (gastrostomia) ou do jejuno (jejunostomia) com o exterior, criada, por meio cirúrgico: via aberta, endoscopia, laparoscopia ou guiada por radioscopia. Todo estoma demanda a inserção de cateter ou tubo. É um procedimento terapêutico indicado para suporte nutricional gástrico ou intestinal prolongado, podendo ser:

- Temporário – apresenta trajeto fistuloso não epitelizado.
- Definitivo – apresenta fístula gastrocutânea epitelizada.

O **estoma temporário** está indicado quando a manutenção ou a recuperação do estado nutricional está prejudicada por comprometimento no acesso ao trato digestivo como ocorre nos casos de estenose cáustica, câncer do esôfago e megaesôfago.

O **estoma definitivo** é o acesso alternativo ao trato digestivo quando situações patogênicas o inviabiliza permanentemente como na neoplasia maligna irressecável da faringe e do esôfago e nas doenças neurológicas (demência, esclerose amiotrófica lateral, doença de Parkinson). As indicações da gastrostomia para criança e para adulto, suas contraindicações (relativa depende da avaliação caso a caso) e absoluta estão listadas no Quadro 1.1.

Quadro 1.1 – Indicações e contraindicações da gastrostomia

| Indicações | | Contraindicações | |
|--|--|--|---|
| Criança | Adulto | Relativa | Absoluta |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Doenças neurológicas ▪ Distúrbio de deglutição ▪ Atresia de esôfago ▪ Estenose esofágica ▪ Coma prolongado ▪ Miopatias ▪ Colagenoses | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Doenças neurológicas ▪ Distúrbio Psiquiátrico ▪ Cirurgia Maxilofacial ▪ Câncer de boca, faringe, esôfago. ▪ Perfuração esofágica ▪ Estenose esofágica ▪ Politraumatismo grave ▪ Pré-dilatação esofágica | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Câncer de estômago ▪ Câncer da parede abdominal ▪ Diálise Peritoneal ▪ Derivação Ventrículo Peritoneal ▪ Corticoterapia ▪ Radioterapia recente ▪ Colagenoses ▪ Obesidade ▪ Dermatoses abdominais | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ascite; hipertensão porta ▪ Coagulopatias ▪ Peritonite, Sepse ▪ Interposição de vísceras ▪ Hepatomegalia esquerda ▪ Obesidade Grau 3 ▪ Câncer gástrico antral ▪ Dificuldade em aproximar parede anterior do estômago à parede abdominal; doença Ménetrie ▪ Estenose pilórica, ▪ Obstrução Intestinal |

Quanto às indicações e às contraindicações da jejunostomia, observa-se que não atendem à especificidades, como no caso das gastrostomia. (Quadro 1.2).

Quadro 1.2 – Indicações e contraindicações da jejunostomia

| Indicações | Contraindicações |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Impedimento funcional das porções altas do tubo digestivo (processos estenosantes do esôfago e do estômago, por exemplo)• Interrupção alimentar temporária do esôfago• Descompressão luminal, após correção cirúrgica de traumatismos que envolvem o confluente biliopancreaticoduodenal.• Recuperação de fístulas em pessoas com deiscências em anastomoses gastrintestinais.• Tumores gástricos inextirpáveis.• Carcinoma de esôfago.• Proteção de suturas gastrintestinais.• Pancreatite aguda necrohemorrágica. | <ul style="list-style-type: none">• Doença inflamatória intestinal• Após radioterapia• Imunodepressão grave• Ascite volumosa• Peritonite |

Importante:

A opção pela gastrostomia ou pela jejunostomia para a nutrição enteral depende do órgão acometido e do planejamento operatório. Em pessoas com estenose inflamatória ou neoplásica do esôfago, a jejunostomia é a recomendada dada a possibilidade de utilização do estômago como substituto esofágico.

O processo de construção é realizado com a pessoa hospitalizada, contudo o acompanhamento e os cuidados relativos ao manuseio do estoma e cateter acontecem, em geral, no domicílio. Daí, a necessidade de que o plano de cuidado individual inclua a observação sistemática da região do entorno do estoma (gastrostomia ou jejunostomia) destacando a necessidade de monitorar e avaliar: Presença de sinais flogísticos;

- Possíveis complicações, entre as quais:
 - Granulomas;
 - Dermatites;
 - Extravasamento do suco gástrico ou entérico;
 - Obstruções;
 - Perda ou tração do cateter;
 - Deiscência; fístula; estenose e hemorragia;
 - Diarreia;

- Dor abdominal

Importante destacar que o evento adverso mais frequente quando do manuseio do estoma é a retirada inadvertida do cateter ou tubo. Outros eventos adversos, também frequentes, são aqueles que advêm do uso incorreto do cateter ou da sua introdução excessiva que provocam a suboclusão e a oclusão. Na jejunostomia, manobras intempestivas para a reintrodução do cateter ou tubo podem levar à perfuração da alça intestinal. Essa complicação pode ser evitada fixando-se adequadamente o cateter à pele. Na gastrostomia, pode ocorrer o Dumping, que é a síndrome do esvaziamento gástrico rápido.

Destaque:

A gastrostomia pode ser confeccionada utilizando diferentes técnicas, entre as quais: gastrostomia à *Stamm*; gastrostomia à *Witzel*, gastrostomia à *Depage-Janeway* e gastrostomia endoscópica percutânea. A gastrostomia endoscópica percutânea reduz a ocorrência dessas complicações e mantém uma via de alimentação enteral de longa duração. Essa via é considerada método efetivo para promover a nutrição enteral nas pessoas que mantêm a função do trato digestivo preservada, mas encontram-se impossibilitadas de manter ingestão oral adequada.



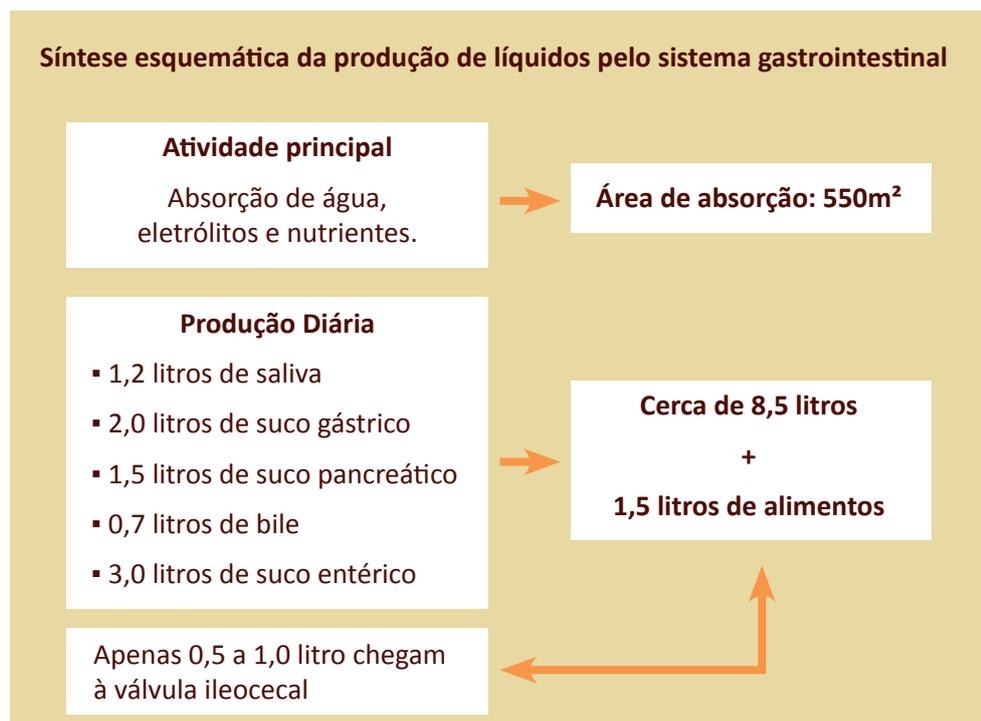
Sobre técnica e indicações da gastrostomia e jejunostomia **recomendamos a leitura de** SANTOS, J.S. *et al.* Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2011/vol44n1/Simp4_Gastrostomia_e_jejunostomia%20atual.pdf>

O suporte nutricional adequado na gastrostomia ou jejunostomia demanda o manuseio da dieta, conforme a via de alimentação construída em função da exclusão dos mecanismos da digestão existentes orogástrica ou duodenal. Para o manuseio e a manutenção da gastrostomia e da jejunostomia em pessoas em AD, o profissional de saúde deve, à priori, investigar as condições da casa, principalmente quanto aos aspectos de saneamento e higiene, além da capacidade e habilidade do cuidador e da família com o cateter e infusão da dieta enteral.

parte 2: Estoma de eliminação

Os **estomas intestinais** são construídos em alças com mobilidade e comprimento adequados para permitir sua exteriorização através da parede abdominal.

Dessa maneira, os segmentos apropriados para a confecção de um estoma intestinal são: o íleo, o cólon transverso e o sigmoide. O estoma do segmento distal do intestino delgado (íleo) é denominado ileostomia e o do intestino grosso é colostomia. Para compreender o funcionamento do estoma quanto ao volume e às características do efluente, é essencial atentar para a produção de líquidos pelo sistema gastrointestinal no qual o intestino delgado é o principal responsável pela absorção de água, eletrólitos e nutrientes (veja esquema seguinte).



Fonte: Arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2013.

Estoma de eliminação intestinal é indicado em casos de má formação, de traumas, de danos causados por radiação e em alguns agravos agudos e crônicos e é classificado segundo à duração em temporário ou definitivo e aos tipos de construção em terminal ou em alça. (Quadros 1.3 e 1.4). Os estomas de eliminação mais comuns e suas principais características estão apresentados no Quadro 1.5.

Quadro 1.3 - Indicações de colostomia

| Tipo | Indicações |
|----------------------------|---|
| Colostomia terminal | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Após amputação abdominoperineal do reto (permanentes). ▪ Após operação de Hartmann: sigmoidectomia ou retossigmoidectomia com colostomia terminal e sepultamento do coto retal (temporárias ou permanentes). |
| Colostomia em alça | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proteção de anastomoses coloanais ou colorretais. ▪ No tratamento inicial da obstrução do cólon esquerdo (“procedimento em três tempos”). ▪ No tratamento da perfuração do reto extraperitoneal. ▪ No tratamento paliativo da neoplasia obstrutiva do cólon associada a carcinomatose peritoneal ou múltiplas metástases a distância. ▪ No tratamento dos processos infecciosos perineais graves. |

Quadro 1.4 - Indicações de ileostomia

| Tipo | Indicações |
|----------------------------|--|
| Ileostomia terminal | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Após colectomia total abdominal de urgência ou proctocolectomia total na retocolite ulcerativa. ▪ Na polipose adenomatosa familiar, em caso de câncer avançado no reto inferior ou na presença de múltiplos pólipos retais na vigência de contraindicação técnica à anastomose íleo-anal com reservatório ileal. ▪ Na construção de derivações urinárias. ▪ Na situação de cânceres sincrônicos do reto inferior e do ceco. |
| Ileostomia em alça | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proteção de anastomoses íleo-anais, coloanais ou colorretais ▪ Na doença de Crohn, nos raros casos de sepsia abdominal por perfuração ileocecal após ressecção ileal e nas situações de doença perianal quando a proctocolectomia é recusada. ▪ No tratamento de perfurações intestinais com peritonite generalizada. ▪ No tratamento paliativo da obstrução do cólon esquerdo, na ausência de alça fechada. |

Quadro 1.5 – Estomas intestinais mais frequentes e principais características

| Tipo | Indicações |
|------------------------------|---|
| Colostomia transversa | <ul style="list-style-type: none"> • Abaixo do ângulo costal, normalmente à direita. • Colostomia em alça. • Protrusão de 1 a 3 cm acima do nível da pele, diâmetro de 6 a 10 cm. • Fezes semifirmes ou líquidas – quantidade relativamente alta de gases e fezes com mau odor. • Fezes lesivas à pele. |
| Ileostomia | <ul style="list-style-type: none"> • Quadrante inferior direito do abdome. • Ileostomia terminal: uma abertura, 3 a 4 cm acima do nível da pele. • Ileostomia em alça: duas aberturas – uma passiva no nível da pele e uma ativa 3 a 4 cm acima do nível da pele. • Conteúdo intestinal líquido - 600 a 800 ml (menos gases do que o normal e odor desagradável/diferente do odor das fezes normais). |

A **derivação urinária** é a criação de um trajeto alternativo de drenagem ou armazenamento de urina cuja construção pode usar exclusivamente o trato urinário ou combinado com parte de alça intestinal (íleo ou cólon). (Quadro 1.6)

Quadro 1.6 - Tipos de estoma urinário

| Tipo | Derivação | O que é feito |
|--|---|---|
| Exclusivo do trato urinário | Ureterostomia cutânea | O ureter é passado pela parede abdominal e fixado à pele; não usa cateter (estoma temporário) |
| | Nefrostomia | Um cateter é inserido na pelve renal por meio de uma incisão no flanco (em geral temporária). |
| | Cistostomia | Um cateter é inserido dentro da bexiga (temporária ou permanente). |
| | Vesicostomia | A bexiga é suturada na parede abdominal e um estoma é criado; não usa cateter (permanente). |
| Envolve segmento de alça intestinal | Ureterossigmoidostomia | Os ureteres são introduzidos no sigmoide permitindo o fluxo da urina através do cólon e saída pelo reto |
| | Conduto ileal (cirurgia de Bricker) | Os ureteres são transplantados para uma secção do íleo que é exteriorizada através da parede abdominal (estoma). Pode ser utilizada alça do cólon sigmoide (permanente) |
| | Reservatório ileal continente (Bolsa de Kock) | Implante dos ureteres para um segmento isolado do íleo com válvula unidirecional (estoma) (permanente). |

No grupo da derivação urinária, destaca-se como o mais frequente o conduto ileal (urostomia), também denominado cirurgia de Bricker, que apresenta estoma urinário construído com o segmento distal do íleo e exteriorizado no quadrante inferior ou superior direito do abdômen tendo como características:

- protrusão de 2 a 3 cm acima do nível da pele;
- drenagem contínua de urina;
- eliminação de muco junto com urina.

parte 3:

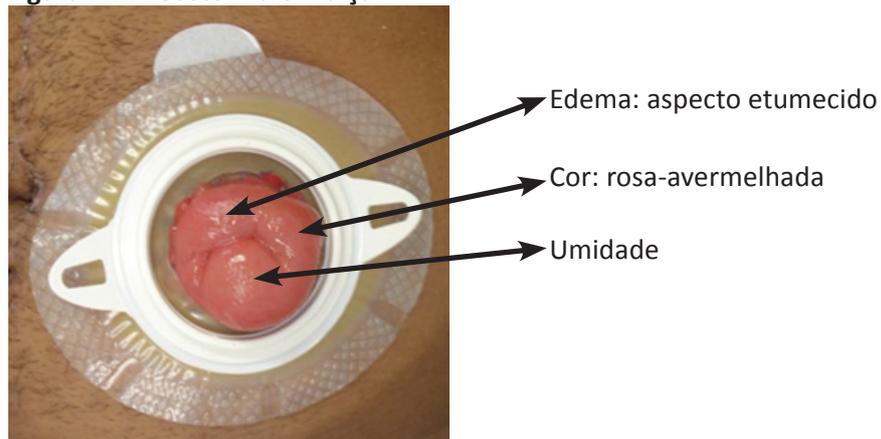
Indicação dos dispositivos e adjuvantes

O estoma – intestinal ou urostomia – deve ser avaliado quanto ao tamanho, à cor, ao brilho e à presença de muco, considerando suas características:

- Coloração rosa-avermelhada
- Umidade
- Discreto sangramento quando friccionado
- Insensibilidade táctil
- Eliminação involuntária de fezes
- Edema transitório (até a sexta ou a oitava semana de pós-operatório).

Na Figura 1.1 seguinte, algumas dessas características podem ser identificadas:

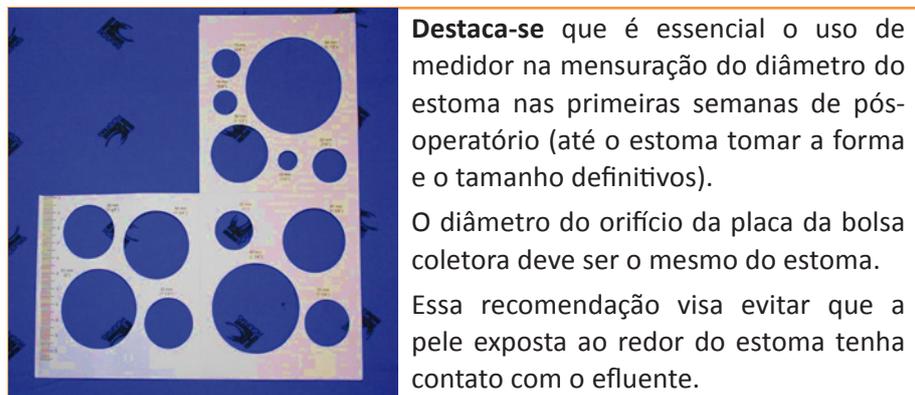
Figura 1.1: Ileostomia em alça.



Fonte: Arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2012.

Para selecionar o dispositivo adequado, é imprescindível avaliar **altura, formato e o diâmetro** do estoma (Figura 1.2).

Figura 1.2: Medidor para mensuração do estoma



Destaca-se que é essencial o uso de medidor na mensuração do diâmetro do estoma nas primeiras semanas de pós-operatório (até o estoma tomar a forma e o tamanho definitivos).

O diâmetro do orifício da placa da bolsa coletora deve ser o mesmo do estoma.

Essa recomendação visa evitar que a pele exposta ao redor do estoma tenha contato com o efluente.

Fonte: Arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2013.

Quanto à pele, é importante que seja avaliada quanto aos seguintes aspectos: **cor, integridade, turgor e área** para aplicação da placa. Processos alérgicos ou irritativos tendem a alterar essas três características. A pessoa com estoma pode apresentar complicações na pele e no estoma. As mais frequentes no atendimento domiciliar são:

- Sangramento
- Dermatite
- Retração
- Estenose
- Prolapso
- Hérnia paraestomal.

A **dermatite periestomal** pode ocorrer, com maior frequência, na ileostomia ou colostomia direita. É a complicação mais séria porque provoca a perda da integridade da pele periestoma, impedindo a colocação do dispositivo coletor e com grande impacto na qualidade de vida da pessoa estomizada (Figuras 1.3 e 1.4).

Figura 1.3: Ileostomia em alça com dermatite da pele ao redor



Fonte: Arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2012.

A **presença da dermatite** em geral desencadeia dor, que pode ser intensa, em especial, ao remover a barreira adesiva, aumenta o risco de vazamentos de efluentes pelo equipamento coletor, o que leva ao surgimento de odor fétido provocando o afastamento da pessoa de atividades sociais, até no âmbito da família. Importante destacar, também, o impacto da dermatite no custo do cuidado à pessoa, pois obrigatoriamente demanda consultas especializadas, equipamentos coletores e adjuvantes em maior quantidade pelas desordens da pele periestoma.

Figura 1.4. Ileostomia com duas bocas com prolapso e dermatite na pele.



Fonte: Arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2007.

A **prevenção da dermatite** depende de uma boa higienização da pele com água e sabão neutro e perfeita colocação do equipamento coletor. O tratamento requer pó e pomadas protetoras e cicatrizantes.

Algumas pessoas com estoma intestinal, principalmente ileostomia, podem apresentar outras complicações, por exemplo, a diarreia. No ileostomizado, essa intercorrência aumenta o risco de desidratação, pelas características aquosas do efluente. Em caso de diarreia, existem alguns alimentos que podem ajudar a melhorar a consistência do efluente, e alimentos e bebidas que poderão soltar o intestino deverão ser evitados.

Importante:

Para o controle da eliminação do efluente é necessário combinar o consumo dos alimentos.

Para tanto, o estomizado deve receber orientação de nutricionista.

O melhor dispositivo é aquele o qual a pessoa apresenta facilidade em usar e que seja simples, prático, confortável, seguro, discreto, forneça proteção à pele e impeça odores desagradáveis. O profissional, no momento de indicar o dispositivo, deve considerar os dados referentes às condições da pele e estoma, além das habilidades cognitivas da pessoa em aprender, destreza manual e deficiências físicas para o manejo do equipamento. Para a seleção e indicação de dispositivos e adjuvantes, os seguintes fatores devem ser avaliados.

- Faixa etária do estomizado
- Tipo de estoma: intestinal ou urinário
- Localização do estoma

Para colostomia descendente e sigmoidostomia, é **recomendado o uso de bolsa fechada, opaca, com filtro** para permitir a eliminação de gases. O dispositivo coletor deve ser trocado logo após a eliminação do efluente, portanto, está indicado para pessoas que apresentam no máximo duas eliminações ao dia.

Para colostomia ascendente, ileostomia e urostomia e sigmoidostomia, é **recomendado o uso de bolsa drenável, opaca**. Para as demais pessoas, **recomenda-se o uso de bolsa drenável, opaca, de preferência com filtro**. O diâmetro do recorte da placa adesiva de todos os dispositivos deve ficar justo ao estoma para que não haja contato do efluente com a pele. Considerando a necessidade de estabelecer critérios para a indicação de equipamentos coletores e adjuvantes de segurança e proteção para pessoas com estomas, é imprescindível considerar o seguinte:

- Existe uma variedade de condições nas quais os estomas podem ser indicados.
- Os estomas podem ser provisórios ou definitivos, nas diferentes faixas etárias, desde os neonatos aos idosos.
- A pessoa com estoma necessita de diferentes equipamentos coletores e adjuntos para o seu processo de reabilitação. Estes podem variar conforme a faixa etária, o tipo de estoma (intestinal ou urinário), as características individuais relacionadas ao tipo de pele e à constituição física, as características do estoma e presença de complicações.
- A pessoa com estoma pode necessitar de vários equipamentos coletores e adjuntos simultaneamente (bolsas, presilhas, cintos, barreiras protetoras, pasta, dentre outros), conforme sua condição específica e a fase do atendimento pós-operatório.

Leitura obrigatória:

Em 2009 foi publicada a **Portaria n. 400 de 16 de novembro de 2009** em que estão estabelecidas as Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas no âmbito do SUS, a serem observadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Esta Portaria determina a obrigatoriedade de vistoria, acompanhamento, controle e avaliação dos Serviços de Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas. Recomenda os tipos e quantidade de bolsas coletoras e adjuvantes para cada tipo de estomizado. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html>

O profissional deve identificar as necessidades do estomizado e estabelecer no plano de cuidado individual estratégias que potencializem sua reabilitação. A diversidade de tipos de dispositivos e adjuvantes requer que o profissional avalie periodicamente a pessoa e o estoma para indicar corretamente esses materiais evitando complicações e desperdício.

Quando o profissional é atento a esses fatores, é possível reduzir os custos para a pessoa, a família e para o próprio Sistema de Saúde. A indicação de dispositivo conforme característica do estoma de eliminação está nos Quadros 1.7, 1.8, 1.9 e 1.10.

Quadro 1.7– Dispositivos e adjuvantes para estomas intestinais sem complicação

| Tipos e características do Estoma | Dispositivos e adjuvantes recomendados |
|---|--|
| Sigmoidostomia ou colostomia descendente Formato redondo , efluente de consistência sólida e até duas eliminações diárias . | Dispositivo intestinal, uma peça, adulto. Bolsa fechada, opaca, com filtro. Placa plana, pré-cortada com diâmetro correspondente ao do estoma. |
| Sigmoidostomia ou colostomia descendente Formato ovalado ou irregular , efluente de consistência sólida e até duas eliminações diárias . | Dispositivo intestinal, uma peça, adulto. Bolsa fechada, opaca, com filtro. Placa plana, recortável, com ou sem micropore nas bordas. |
| Colostomia ascendente Formato redondo e mais de duas eliminações diárias . | Dispositivo intestinal, uma peça, adulto. Bolsa drenável, opaca, com filtro. Placa plana, pré-cortada, com pré-corte do diâmetro do estoma, com ou sem adesivo microporoso nas bordas. |

| | |
|--|---|
| Colostomia Formato ovalado ou irregular e mais de duas eliminações diárias. | Dispositivo intestinal, uma peça, adulto: Bolsa drenável, opaca, com filtro e com fechamento por clamp. Placa plana, recortável, com ou sem micropore nas bordas. |
| Ileostomia com formato redondo e mais de duas eliminações diárias. | Dispositivo intestinal, uma peça, adulto. Bolsa drenável, opaca, sem filtro. Placa plana, pré-cortada, com pré-corte do diâmetro do estoma, com ou sem adesivo microporoso nas bordas |
| Ileostomia com formato ovalado ou irregular e mais de duas eliminações diárias. | Dispositivo intestinal, uma peça, adulto: Bolsa drenável, opaca, sem filtro e com fechamento por conectores plásticos. Placa plana, recortável, com ou sem micropore nas bordas. |

Quadro 1.8 – Dispositivos e adjuvantes para estomas intestinais com complicação

| Tipos e características do Estoma | Dispositivos e adjuvantes recomendados |
|--|--|
| Colostomia com prolapso | <ul style="list-style-type: none"> Dispositivo intestinal, duas peças, adulto. Bolsa drenável, opaca, com filtro, com flange. Placa plana, recortável, com flange compatível com a flange da bolsa, com haste, com ou sem adesivo microporoso nas bordas. Cinto para bolsa de estoma, adulto, elástico ajustável com bordas para encaixe universal em hastes dos dispositivos coletores de uma ou duas peças. |
| Ileostomia com prolapso | <ul style="list-style-type: none"> Dispositivo intestinal, duas peças, adulto. Bolsa drenável, opaca, sem filtro, com flange. Placa plana, recortável, com flange compatível com a flange da bolsa, com ou sem adesivo microporoso nas bordas |
| Colostomia plana, com retração ou estenose | <ul style="list-style-type: none"> Dispositivo intestinal, duas peças, adulto: Bolsa drenável, opaca, com filtro, flange e haste. Placa convexa, recortável, com flange compatível com a bolsa, com ou sem micropore nas bordas. Cinto para bolsa de ostomia, adulto, elástico ajustável com bordas para encaixe universal em hastes dos dispositivos coletores de uma ou duas peças. Pasta protetora de pele em fita ou pomada. |

| | |
|--|--|
| Ileostomia plana, com retração ou estenose | <ul style="list-style-type: none"> Dispositivo intestinal, duas peças, adulto. Bolsa drenável, opaca, sem filtro, com clamp avulso e flange. Placa convexa, moldável, com flange compatível com a bolsa, com ou sem adesivo microporoso nas bordas. Dispositivo intestinal, duas peças, adulto: Bolsa drenável, opaca, sem filtro, com clamp avulso e flange. Placa convexa, recortável, com flange compatível com a bolsa, com haste, com ou sem micropore. Cinto para bolsa de estoma, adulto, elástico ajustável com bordas para encaixe universal em hastes dos dispositivos coletores de uma ou duas peças. Pasta protetora de pele em fita ou pomada. |
| Colostomia com descolamento muco cutâneo ou dermatite moderada e grave | <ul style="list-style-type: none"> Dispositivo intestinal, duas peças, adulto. Bolsa drenável, opaca, com filtro, com flange e haste. Placa plana, recortável, com flange compatível com a bolsa, com ou sem micropore nas bordas. Pasta protetora de pele em fita ou pomada. Barreira protetora de pele, em pó. Solução protetora cutânea em <i>spray</i>. |
| Ileostomia com descolamento mucocutâneo ou dermatite moderada e grave | <ul style="list-style-type: none"> Dispositivo intestinal, duas peças, adulto. Bolsa drenável, opaca, sem filtro, com flange e haste. Placa plana, recortável, com flange compatível com a bolsa, com ou sem micropore nas bordas. Pasta protetora de pele em fita ou pomada. Barreira protetora de pele, em pó. Solução protetora cutânea em <i>spray</i>. |

Quadro 1.9 - Dispositivo para estoma urinário sem complicação

| Tipos e características do Estoma | Dispositivos recomendados |
|--|--|
| Urostomia com formato redondo, ovalado ou irregular | <ul style="list-style-type: none"> Dispositivo urinário, uma peça, adulto. Bolsa drenável, transparente, com válvula antirrefluxo e válvula de drenagem. Placa plana, recortável, com ou sem adesivo microporoso nas bordas. Dispositivo coletor urinário de leito. Bolsa transparente, drenável, com válvula antirrefluxo e válvula de drenagem, tubo extensor e conector universal, com capacidade de 1.500ml Dispositivo coletor urinário de perna. Bolsa transparente, drenável, multicanal, com válvula antirrefluxo e válvula de drenagem, tubo extensor sanfonado e conector universal, com sistema de fixação em velcro, com capacidade de 350ml. |

Quadro 1.10 - Dispositivo para estoma urinário com complicação

| Tipos e características do Estoma | Dispositivos recomendados |
|--|---|
| <p>Urostomia plana ou retração</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivo urinário, duas peças, adulto. Bolsa drenável, transparente, com flange, com válvula antirrefluxo e válvula de drenagem. Placa convexa, moldável, com flange compatível com a bolsa, com ou sem adesivo microporoso. • Dispositivo urinário, duas peças, adulto. Bolsa drenável, transparente, com válvula antirrefluxo e válvula de drenagem com regulagem de jato, flange, haste. Placa convexa, recortável, com flange compatível com a bolsa, com ou sem adesivo microporoso. • Pasta protetora de pele em tubo com 56,7 gramas de pomada. • Dispositivo coletor urinário de leito. Bolsa transparente, drenável, com válvula antirrefluxo e válvula de drenagem, tubo extensor e conector universal, com capacidade de 1.500 ml. • Dispositivo coletor urinário de perna. Bolsa transparente, drenável, multicanal, com válvula antirrefluxo e válvula de drenagem, tubo extensor sanfonado e conector universal, com sistema de fixação em velcro, com capacidade de 350 ml. |
| <p>Urostomia com descolamento mucocutâneo ou dermatite moderada e grave</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivo urinário, duas peças, adulto. Bolsa drenável, transparente, com flange, com válvula antirrefluxo e válvula de drenagem. • Placa plana, recortável, com flange compatível com flange da bolsa, com ou sem adesivo microporoso nas bordas. • Dispositivo urinário, duas peças, adulto. Bolsa drenável, transparente, com flange, com válvula antirrefluxo e válvula de drenagem. • Placa plana, moldável, de, com flange compatível com flange da bolsa, com ou sem adesivo microporoso nas bordas. • Pasta protetora de pele em fita ou pomada. • Barreira protetora de pele, em pó. • Solução protetora cutânea em <i>spray</i>. |

Para obter o resultado final de sucesso, é importante que o equipamento coletor e os adjuvantes sejam indicados visando ao retorno da pessoa às atividades trabalhistas, laborativas e sociais. Para certas pessoas, o sistema duas peças pode propiciar mais facilidade na sua higienização e, com isso, acelerar o processo de reabilitação.

O atendimento à pessoa com estoma **inclui obrigatoriamente:**

- a avaliação da pessoa e do estoma,
- a prescrição e o fornecimento quantiquantitativo do dispositivo e adjuvante de proteção e de segurança.

Finalizando esta primeira unidade é importante destacar que o recorte ao conteúdo considerou sua importância como conhecimento de apoio a iniciativa e ações do *profissional de saúde que atua no domicílio*, uma vez que muitas pessoas atendidas nesse cenário demandam cuidados no manejo de estoma de alimentação ou eliminação.



2

unidade

2

unidade

LESÕES CUTÂNEAS CRÔNICAS

Esta unidade aborda situações e processos que fundamentam a elaboração do plano de cuidado à pessoa com lesão cutânea, em AD, destacando:

1. Ferida Cirúrgica Complexa
2. Lesões Cutâneas Crônicas
 - 2.1. Úlcera vasculogênica
 - 2.2. Úlcera por pressão
3. Colonização crítica e infecção
4. Coberturas interativas

Objetivo:

- Identificar princípios e indicadores que orientam a avaliação de lesões cutâneas crônicas para indicação de coberturas interativas.

O aumento de pessoas com lesões cutâneas crônicas, atendidas em domicílio, demanda dos profissionais das equipes de saúde cuidados cada vez mais complexos e específicos.

Entre as lesões cutâneas prevalentes na AD estão:

- A **ferida cirúrgica complexa** – resultante de complicações que comprometem o processo de cicatrização da ferida cirúrgica simples. Dessas complicações, as mais frequentes são o hematoma, o seroma, a infecção e a deiscência de sutura.
- As **lesões cutâneas crônicas** – também denominadas úlceras – têm origem nas vasculopatias (venosas ou arteriais) e na pressão acentuada nas proeminências ósseas (úlceras por pressão).

parte 1:

Ferida cirúrgica complexa

Desde a década de 50, a incidência de ferida cirúrgica complexa varia de 0,5% a 3,0% da população. Esse dado permanece inalterado apesar dos avanços científicos ocorridos no último século. Na prática, as complicações mais frequentes da ferida cirúrgica simples são **seroma, hematoma, deiscência e infecção**, podendo uma desencadear outra. A pessoa com ferida cirúrgica complexa (Figuras 2.1 e 2.2) em AD demanda dos profissionais de saúde atendimento e cuidados cada vez mais específicos.

Os desconfortos mais comuns são dor e exsudato que, em geral, estão associados ao odor fétido, alterações do sono, restrição das atividades cotidianas e isolamento social.

Figura 2.1: Abdômen: ferida cirúrgica



Fonte: Arquivo pessoal Eline Lima Borges, 2013

Figura 2.2: Períneo: ferida cirúrgica complexa



Fonte: Arquivo pessoal Eline Lima Borges, 2013

Importante:

Alguns fatores podem aumentar o risco de complicações na ferida e afetar o processo de reparação tissular. Dentre esses fatores, destacam-se: idade, desnutrição, doença consumptiva e o uso de medicamentos imunossupressores (fatores sistêmicos) e fatores locais (infecção e desvitalização tissular).

parte 2:

Lesão cutânea crônica

A lesão cutânea crônica caracteriza-se clinicamente pela descontinuidade circunscrita na superfície da pele. Apresenta-se como perda tecidual envolvendo as camadas da pele associada, ou não, ao comprometimento do tecido mole e tendão. A presença da úlcera está associada à dor e à diminuição da qualidade de vida.

2.1. Úlcera vasculogênica

Essa lesão pode ser desencadeada por suprimento sanguíneo inadequado (arterial) e insuficiência do sistema venoso. A ulceração afeta a produtividade no trabalho restringindo as atividades da vida diária e de lazer e gerando, muitas vezes, aposentadoria por invalidez.

A úlcera vasculogênica é causada por disfunção do sistema vascular arterial ou venoso e é caracterizada por perda do tegumento, podendo atingir subcutâneo e tecidos subjacentes.

Conforme o segmento vascular comprometido, pode ser: venosa e arterial. Cada tipo de úlcera apresenta características distintas, destacadas a seguir:

◊ Úlcera venosa

A úlcera vasculogênica mais frequente é decorrente da insuficiência venosa crônica (IVC), denominada **úlcera venosa**. A incidência de insuficiência venosa crônica na população aumenta com a idade. Nas pessoas com mais de 70 anos, a prevalência é 3%. Vale destacar que, além da idade, a história prévia de trauma no membro inferior afetado, história de tromboflebite, história familiar de varizes ou IVC são também importantes fatores de risco associados ao aumento da incidência de IVC e, conseqüentemente, de úlcera venosa.

Leitura obrigatória:

A anatomia do sistema venoso é imprescindível para a compreensão da insuficiência venosa. Você pode ler sobre esse tema no texto de José Aderval Aragão, Francisco Prado Reis, Guilherme Benjamin Brandão Pitta.

Disponível em: <http://www.lava.med.br/livro/PDF/Aderval_anatomia_sistema_venoso.pdf> Aderval Aragão

A IVC decorre da hipertensão venosa de longa duração, causada por incompetência das válvulas venosas superficiais, profundas ou, ainda, pela obstrução de qualquer parte do sistema venoso. É caracterizada por um conjunto de eventos que ocorrem na pele e no tecido subcutâneo, principalmente nos membros inferiores. Esses comprometimentos desencadeiam alterações na perna, culminando com o surgimento da úlcera (Quadro 2.1 e Figura 2.3).

Quadro 2.1: Alterações decorrentes da insuficiência venosa crônica (IVC)

| Tipo de Alteração | Definições e características |
|---|--|
| Veias varicosas | Veias do subcutâneo dilatadas, tortuosas, palpáveis, normalmente maiores que 4 mm, medidas na posição ortostática. |
| Edema persistente | Ocasionado pelo aumento crônico da pressão intravascular nos MM2, o que deforma e dilata os vasos, tornando as microvalvas incompetentes para o efetivo retorno venoso. Essa pressão constante e o retorno venoso comprometido alteram as funções celulares, acarretando necrose tecidual e úlceração da pele. |
| Hiperpigmentação | Efeito causado pela degradação das hemácias extravasadas para o subcutâneo, local onde se rompem, levando à degradação da hemoglobina em hemossiderina, tornando a pele de cor acastanhada. |
| Eczema de estase | Reação de hipersensibilidade na pele causada pelo tratamento tópico. Pode desencadear descamação, formar vesículas, ou ser secretante. |
| Dermatoesclerose (hipodermite, dermatoesclerose) | Inflamação e fibrose localizada da pele e tecido subcutâneo da perna, às vezes associada a cicatrizes e contratura do tendão de Aquiles. É sinal de IVC avançada. |

Figura 2.3: Sinais de insuficiência venosa



Fonte: Arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2013.

Lembrete:

- Pressão na posição supina – limite 11 a 15 Mmhg ☒ não leva a formação de edema
- Pressão na posição ortostática / imobilidade –80 a 90 Mmhg ☒ leva a formação de edema

◇ **Características da úlcera venosa**

Em geral, está localizada no terço inferior ou médio da perna (região da polaina) e apresenta as seguintes características:

- Aspecto superficial / rasa
- Não apresenta exposição de tendão
- Exsudativa
- Apresenta tecido necrótico amarelado
- Odor desagradável
- Queixa de dor (Figura 2.4)

Figura 2.4: Úlcera venosa



Fonte: Arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2013.

Em geral, as úlceras venosas têm caráter recorrente e incidem no mesmo local.



Em geral, as úlceras venosas têm caráter recorrente e incidem no mesmo local.

O **tratamento de pessoas com úlceras venosas** deve ser centrado nas medidas para melhorar o retorno venoso, controlar os fatores sistêmicos e providenciar um ambiente adequado na ferida para promover a cicatrização. O tratamento deve ser prestado por médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, com a cooperação da pessoa, sendo primordial o uso de terapia de compressão.

◆ Úlcera arterial

Ainda nos membros inferiores, podem ser encontradas úlceras arteriais decorrentes da interrupção do fluxo arterial parcial e/ou total. Essas ocorrem com frequência nos dedos e nos pés, pois nesses locais as artérias são únicas e distais, o que reduz as chances do desenvolvimento de vasos com a finalidade colateral para atender a demanda celular local.

◆ Como se forma a úlcera arterial

É causada majoritariamente pela aterosclerose, doença inflamatória e degenerativa dos grandes vasos arteriais causada pelo acúmulo de placas de colesterol, células e tecidos degradados que estreitam progressivamente o lúmen do vaso, levando à insuficiência arterial. É caracterizada pela diminuição do fluxo sanguíneo para os membros inferiores e, na maioria das vezes, é decorrente de obstrução mecânica. Conforme a evolução o agravo da forma crônica é responsável pelo surgimento da úlcera arterial.

A arteriosclerose incide com maior frequência e intensidade em indivíduos com **fatores de risco**, sendo considerados os principais: idade, sexo, hipertensão arterial, diabetes *melitus*, estados de hiperlipidemias, tabagismo, vida sedentária e os fatores genéticos.

◆ Sinais e sintomas mais comuns da insuficiência arterial

- Claudicação intermitente
- Dor em repouso
- Neuropatia isquêmica
- Alterações musculoesqueléticas
- Alterações na pele
- Gangrena

Leia:

1. “Apectos Gerais sobre Úlcera Venosa – Terapia Compressiva”, nas páginas 53 a 66 da tese “**Tratamento Tópico de Úlcera Venosa: proposta de uma diretriz baseada em evidências**”, de Eline Lima Borges, **disponível em:** <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ved=0CDcQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F22%2F22132%2Ftde-12122005-110012%2Fpublico%2Ftesetratamentotopicoulceravenosa.pdf&ei=z36uUd2iHI6J0QGYrCoBQ&usg=AFQjCNGyb87XUwL501R1KaVTRsoqp2ZBpA&bvm=bv.47244034,d.dmQ>
2. O texto de Newton de Barros Júnior “insuficiência Venosa Crônica”. **Disponível em:** http://lava.med.br/LIVRO/pdf/newton_ivc.PDF

- Úlcera arterial que é a última fase da isquemia crônica

São **características da perna com insuficiência arterial**: a ausência de pelos, a cianose, hipotermia, com diminuição ou ausência de pulsos mais unhas secas e amareladas tipificam a perna com insuficiência arterial. A insuficiência arterial crônica pode desencadear o surgimento da úlcera que apresenta as seguintes características (Figura 2.5):

- Localização: na extremidade do pé (calcâneo ou dedos).
- Formato: arredondado.
- Presença de tecido necrótico seco e aderido

Figura 2.5: Úlcera arterial em calcâneo



Fonte: Arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2012.

O **tratamento de úlceras arteriais** requer cuidados especiais e específicos que exigem dos profissionais: avaliação da pessoa, da perna e da úlcera de forma a fundamentar e orientar o plano de cuidados, objetivando melhorar o fluxo arterial.

2.2. Úlcera por pressão

Em fevereiro de 2007, o *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) apresentou a nova definição da úlcera por pressão (UP): é uma lesão localizada na pele e/ou no tecido ou estrutura subjacente, geralmente sobre uma proeminência óssea, resultante de pressão isolada ou de pressão combinada com fricção e/ou cisalhamento. Inúmeros fatores contribuintes ou fatores de confusão podem também estar associados às UP. O significado desses fatores, no entanto, ainda deve ser elucidado.



Acesse e estude:

1. O **exame clínico realizado nas doenças arteriais** de Emil Burihan e José Carlos Costa Baptista-Silva. Disponível em: <http://www.lava.med.br/livro/pdf/01_emil_exame.PDF>
2. **Feridas Crônicas** de Maria Helena Larcher Caliri da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto. Disponível em: <http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/feridascrônicas/index.php?option=com_content&view=article&id=1&Itemid=4 e a NPUAP> - (<<http://www.npuap.org>>)

A definição e classificação da UP também foram revisadas pelo NPUAP, subsidiadas na validação de aparência, clareza, utilidade e discriminação das lesões. Foram mantidos os quatro estágios originais (de I a IV) e adicionados mais dois referentes à **Lesão Tissular Profunda** e **Úlceras que não podem ser classificadas** (Quadro 2.3 e Figura 2.6).

Quadro 2.3: Descrição resumida da classificação da úlcera por pressão

| Categoria | Descrição |
|--|---|
| Estágio I | Pele intacta com hiperemia de uma área localizada que não esbranquece, geralmente sobre proeminência óssea. A pele de cor escura pode não apresentar esbranquecimento visível: sua cor pode diferir da pele ao redor. |
| Estágio II | Perda parcial da espessura dérmica. Apresenta-se como úlcera superficial com o leito de coloração vermelho pálida, sem esfacelo. Pode apresentar-se ainda como uma bolha (preenchida com exsudato seroso), intacta ou aberta/rompida. |
| Estágio III | Perda de tecido em sua espessura total. A gordura subcutânea pode estar visível, sem exposição de osso, tendão ou músculo. Esfacelo pode estar presente sem prejudicar a identificação da profundidade da perda tissular. Pode incluir descolamento e túneis. |
| Estágio IV | Perda total de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão. Pode haver presença de esfacelo ou escara em algumas partes do leito da ferida. Frequentemente, inclui descolamento e túneis. |
| Suspeita de lesão tissular profunda | Área localizada de pele intacta de coloração púrpura ou castanha ou bolha sanguinolenta devido a dano no tecido mole, decorrente de pressão e/ou cisalhamento. |
| Úlceras que não podem ser classificadas | Lesão com perda total de tecido, na qual a base da úlcera está coberta por esfacelo (amarelo, marrom, cinza, esverdeado ou castanho) e/ou há escara (marrom, castanha ou negra) no leito da lesão. |

Figura 2.6: Úlcera por pressão



Fonte: Arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2007.



Para saber MAIS sobre Úlcera por Pressão ACESSSE:

1. Protocolo para a Prevenção de Úlcera por Pressão.

Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/upp_revisado.pdf>

2. Sobre prevenção tratamento de úlceras por pressão

Guia de referência rápida do NPUAP/EPUAP. **Disponível em:** <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Frepositorio.proqualis.net%2Ffileserv.php%3Ffileid%3D3328&ei=CFGUubvGH6mH0QH4HIDw&usg=AFQjCNEoCXn8RZ_WBgeKQ6qs-TXv6uxq-A&bvm=bv.47244034,d.dmQ>

Pessoas que apresentam risco para desenvolvimento de UP podem desenvolver essa lesão em 24 horas ou levar até aproximadamente cinco dias para a sua manifestação, incluindo a pessoa do domicílio. Portanto, todos os profissionais de saúde, responsáveis pela prevenção do agravo, devem estar familiarizados com os principais fatores de risco para a sua formação.

Assim, se faz necessária a implementação de ações para eliminar a pressão contínua e aumentar a tolerância tecidual. Os cuidados para a prevenção de UP estão definidos pelo MS, no protocolo da RDC 36 de 25 de julho 2013.

parte 3: Colonização crítica e infecção

Frequentemente, a lesão crônica apresenta alto nível de colonização por organismos bacterianos ou fúngicos. Isso se deve, em parte, ao fato de essa lesão permanecer aberta por prolongado período dada a demora na cicatrização e, também, devido à combinação com outros fatores, por exemplo: fluxo sanguíneo reduzido, hipóxia e processo de enfermidade subjacente.

A exacerbação da população microbiana, em algumas lesões crônicas, produz excesso de toxinas desencadeando alterações locais (estagnação ou aumento da área lesada, aumento da drenagem do exsudato, surgimento de tecido necrótico).

Esse excesso microbiano que precede a infecção da lesão é conhecido como “**severamente colonizado**” ou “**criticamente colonizado**”. É uma condição que não apresenta sinais de infecção clínica, na qual a carga biológica atinge ou se aproxima do nível máximo controlável pelo organismo da pessoa. Quando ocorre infecção, há produção de toxinas que induzem um aumento da quantidade de citocinas pró-inflamatórias.

As exotoxinas microbianas produzidas lesam diferentes células, levando à necrose tecidual. As bactérias contribuem para a redução das proteínas que favorecem quimiotaxia, aumento da produção de enzimas citotóxicas e dos radicais livres, acentuam a hipóxia, que é exacerbada pelos metabólitos vasocronstritivos, promovendo aumento da lesão tecidual e formação de tecido necrótico.

Figura 2.7: Ferida cirúrgica em mama direita



O diagnóstico de infecção nas lesões cutâneas crônicas depende da identificação de sinais locais sutis:

- atraso na cicatrização;
- presença de friabilidade do tecido de granulação com pigmentações e despigmentações patológicas;
- ausência de tecido de granulação no leito ou presença de tecido anormal;
- formação de bolsas ou pontes nas bases da ferida; alteração no odor; deterioração e reabertura da lesão;
- aumento na drenagem do exsudato;
- maceração, inflamação e celulite; desconforto ou aumento da dor na região da lesão e formação de abscesso.

Fonte: Arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2010.

A pessoa com infecção na lesão pode apresentar sinais gerais inespecíficos, por exemplo, anorexia, mal-estar geral e, nas pessoas diabéticas, descontrole da glicemia. É importante identificar e diferenciar os sinais e os sintomas da colonização, colonização crítica, infecção local. O alcance e a intensidade da infecção de uma ferida influenciarão o tratamento.

Importante:

Não há dúvidas de que é necessário tratar de forma agressiva e rápida as infecções clínicas que desencadeiam a lesão ou impedem a sua completa cicatrização. A evidência demonstra que uma carga bacteriana superior a 10^5 organismos por grama de tecido prejudica gravemente a cicatrização.

parte 4:

Coberturas interativas

Cobertura é a denominação genérica do material usado para cobrir a lesão cutânea com capacidade de ocluir reduzindo a tensão de O² e garantindo a umidade e a temperatura fisiológica no leito da lesão (cobertura interativa).

A cobertura tem como **finalidade**:

- promover ambiente úmido;
- proteger a lesão contra traumas mecânicos;
- proteger a lesão de infecções cruzadas;
- absorver excesso de exsudato;
- proporcionar conforto e segurança;
- limitar o movimento dos tecidos adjacentes;
- preencher espaço presente em lesão profunda;
- auxiliar na hemostasia.

São características da cobertura:

- moldável ao contorno do corpo
- impermeável à água e a outros fluidos;
- ser atóxica e hipoalergênica;
- ser de fácil aplicação e remoção.

A indicação da cobertura depende da localização e das características da lesão.

Importante:

O profissional deve escolher a cobertura subsidiado na avaliação clínica da pessoa e da lesão garantindo assistência de qualidade e conduta ética e legal, para tanto:

- não experimentar produtos na lesão;
- não solicitar aquisição de insumos pela pessoa ou por sua família;
- indicar a cobertura pelo seu menor custo.

A recomendação atual é a utilização de **cobertura interativa** que favorece a cicatrização em menor tempo, além de apresentar um melhor custo-efetivo considerando o seguinte:

- Mantém microambiente da lesão úmido, absorvendo ou fornecendo umidade conforme o volume de exsudato drenado pela lesão.

- Mantém temperatura ideal para a mitose celular estimulando a formação do tecido de granulação e epitelização.
- Estimula o desbridamento autolítico.

Para auxiliar os profissionais na indicação, **as coberturas estão assim categorizadas conforme a sua principal ação:**

1. Absorventes
2. Hidratantes
3. Controladoras de odor
4. Redutoras de microrganismos.

1. Coberturas absorventes

A principal característica das coberturas absorventes é absorver o excesso de exsudato e manter o leito da lesão com umidade fisiológica.

Nessa categoria, encontram-se diversas coberturas, sendo as mais frequentemente usadas:

- Alginato de cálcio
- Hidrofibra
- Espuma
- Compressa absorvente.

A cobertura de **alginato de cálcio** é estéril, oclusiva, não impermeável, disponível na forma de placa ou cordão. O contato da cobertura com exsudato gera uma reação de troca iônica entre o cálcio do alginato, o sódio do sangue e exsudato. Essa troca transforma o alginato em um gel suave, fibroso, não aderente, com capacidade de absorção, mantendo um meio úmido, que facilita a migração de células epiteliais, estimula a ação macrofagocitária, no desbridamento autolítico e libera fatores de crescimento, diminuindo o tempo de cicatrização. (Figura 2.8)

Figura 2.8: Alginato de cálcio na apresentação de placa e cordão



Fonte: Arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2013.

Indica-se **cobertura de alginato de cálcio** nos seguintes casos:

- Lesão com volume de exsudato de moderado a intenso, independente de sua etiologia.
- Lesão com sangramento ou tecido necrótico porque é capaz de propiciar hemostasia e desbridamento autolítico.

Destaque: sobre o alginato de cálcio...

- Tem a capacidade de reter microrganismos em suas fibras. Esse fato se deve a sua estrutura, portanto, as coberturas **devem ser cortadas e nunca devem ser esgarçadas** para não danificar suas tramas.
- Para ser manuseado, requer o uso de tesouras e luvas estéreis.
- Necessita de cobertura secundária que pode ser a gaze dupla, gaze aberta ou compressa e, para tornar-se impermeável, é necessário a aplicação de filme de poliuretano.
- Não requer que seja umedecido com soro fisiológico uma vez que sua indicação é para lesões de volume de exsudato de moderado a intenso, portanto a principal contraindicação para o uso dessa cobertura é a presença de pouco exsudato ou a sua ausência, além de lesão com perda tecidual superficial ou recoberta por escara.

A **hidrofibra** é um produto da evolução técnico-científica composta por caboximetilcelulose que é considerado um hidrocoloide em fibra. É maleável,

em forma de placas e fitas brancas. Essa cobertura absorve o excesso de exsudato, retendo-o em suas fibras e transformando-se em gel translúcido. Mantém o meio úmido, auxilia no desbridamento autolítico, evitando a maceração da pele ao redor da lesão porque a absorção se faz somente de forma vertical. É capaz de reter microrganismos. (Figura 2.9)

Figura 2.9: Hidrofibra placa sobre úlcera venosa



Fonte: Arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2013.

São indicações da hidrofibra:

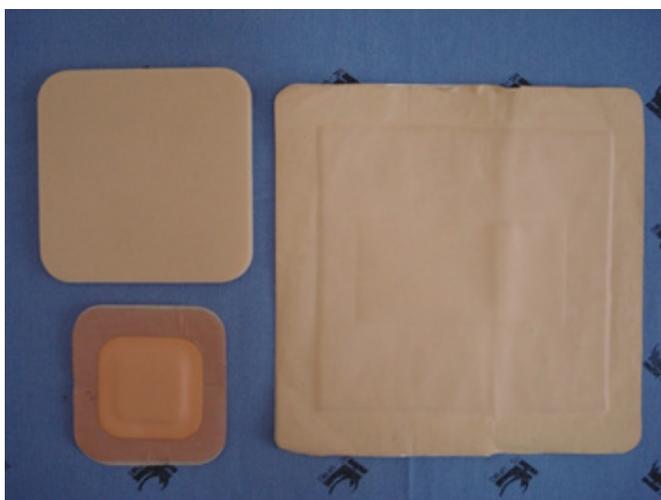
- Lesões com volume de exsudato moderado a intenso, com ou sem infecção.
- Presença de exposição óssea ou de tendão pela sua eficácia em manter a umidade nessas estruturas preservando-as do ressecamento e conseqüente necrose.

Você sabia que a hidrofibra...

- Não deve ser aplicada em lesões secas ou pouco exsudativas porque não haverá umidade suficiente para a ação do produto.
- Demanda a aplicação de cobertura secundária por ser classificada como cobertura primária,
- Não pode ser rasgada e para o seu corte e manuseio deve-se utilizar tesouras e luvas estéreis.
- A sua aplicação requer uma margem de 1 cm na pele íntegra ao redor da lesão.

A **cobertura de espuma** é composta de lâminas de poliuretano, encontradas em vários tamanhos e formatos e com diferentes capacidades de absorção de exsudato e adesividade à pele. Em relação às trocas gasosas, pode ser de semipermeável à impermeável e apresenta alta capacidade de absorção e de isolamento térmico, além de não aderir ao leito da lesão. (Figura 2.10)

Figura 2.10: Espuma sem borda e com borda de diversos tamanhos



Fonte: Arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2013.

São indicações da cobertura de espuma:

- Lesões superficiais. Para lesões com profundidade, deve-se usar espuma específica para preencher esse espaço.
- Lesões com volume de exsudato de pouco a moderado.

Atenção:

A espuma com borda... Não pode ser cortada, pois perde sua impermeabilidade; não deve ser usada em lesões com predomínio de tecido necrótico ou sangramento abundante; nas pessoas com pele frágil, deve ser previamente aplicado creme barreira na pele circundante para sua proteção..

A **compressa absorvente**, geralmente, é constituída por fibras de acrílico, rayon e viscose ou algodão e viscose. (Figura 2.11). A camada em contato com a lesão pode ser:

- coberta com uma fina película microperfurada de poliuretano de alta e baixa densidade que garante a absorção do exsudato e mantém um meio úmido, evitando a aderência da cobertura ao leito da lesão;
- aluminizada por deposição de vapor (100% alumínio) que evita a aderência da compressa ao leito da ferida e não favorece o crescimento bacteriano.

Figura 2.11: Compressa absorvente



Fonte: Arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2012.

São indicações da compressa absorvente:

- Lesões superficiais. Para lesões com profundidade, deve-se usar espuma específica para preencher esse espaço.
- Lesões com volume de exsudato de pouco a moderado.

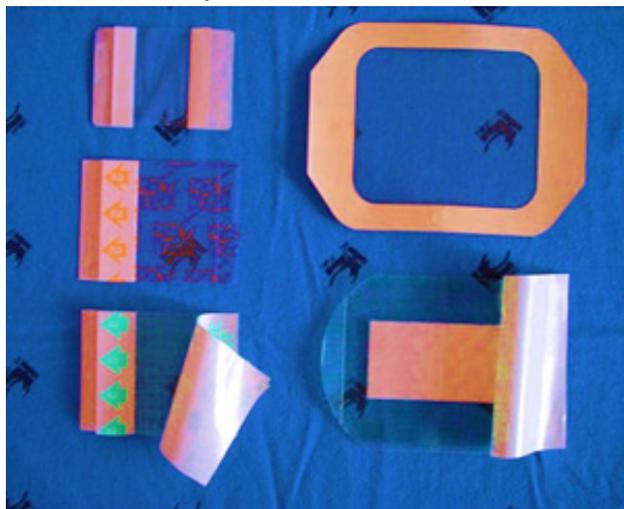
2. Coberturas hidratantes

As coberturas dessa categoria têm a principal função de manter a hidratação das células, porque agem na presença de mínimo volume de exsudato. O que diferencia essas coberturas das absorventes é a ausência de capacidade em absorver volume de exsudato intenso. Nessa categoria, estão disponíveis no mercado nacional **membranas de poliuretano, placa hidrocoloide e placa de hidrogel.**

As **membranas de poliuretano**, também denominadas filmes de poliuretano, são coberturas primárias, oclusivas, de natureza química, transparente, elástica. Podem ser encontradas nas seguintes formas: estéril e não estéril,

semipermeável ou impermeável. Também podem estar associadas à compressa absorvente. Agem como barreira bacteriana ou viral e preserva a umidade natural da lesão, reduzindo a desidratação e formação de crosta e tem como vantagem a possibilidade de visualização da lesão. (Figuras 2.11 e 2.12)

Figura 2.12: Membranas de poliuretano



Fonte: Arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2013.

Figura 2.13: Membrana de poliuretano aplicada sobre cobertura interativa e compressa.



Fonte: Arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2012.

A membrana de poliuretano está indicada:

- Nas lesões superficiais, sem ou com pouco exsudato.
- Como cobertura secundária, aplicando-a sobre cobertura estéril, para garantir a impermeabilidade.
- Para proteção de proeminências ósseas para redução do atrito em pessoas com risco para desenvolver úlcera por pressão.

Destaque sobre a membrana de poliuretano...

- **Estéril:** não pode ser cortada porque esse ato modifica a sua estrutura e reduz a sua adesão à pele.
- **Não estéril:** pode ser cortada e aplicada na pele adjacente a lesões drenantes, fístulas e traqueostomia com o objetivo de proteção dessa área.
- Não é recomendável para pessoas com pele friável devido ao risco da perda da epiderme no momento da retirada do produto.

A **placa de hidrocoloide** é uma cobertura oclusiva estéril, impermeável à água e agentes externos, composta de partículas hidroativas à base de hidrocoloides. Quando em contato com o leito da lesão, as partículas de celulose se expandem e absorvem o excesso de exsudato, promovendo a formação de um gel amarelado, viscoso, de odor acentuado. O uso do hidrocoloide requer pele íntegra ao redor da lesão para aplicação e manutenção da adesividade da placa. (Figuras 2.13).

Figura 2.14: Placas de hidrocoloide sobre úlcera por pressão.



Fonte: Arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2009.

As indicações do hidrocoloide são:

- Lesões com volume de exsudato de pouco a moderado.
- Lesões superficiais. Para lesões com profundidade, deve-se usar hidrocoloide na apresentação de pó ou pasta para preencher esse espaço.
- Lesões com tecido necrótico.

Destaque sobre o hidrocoloide...

- Apresenta camada externa, impermeável, que fornece proteção para a lesão, impedindo a propagação de microrganismos patogênicos. Também isola a lesão do ar atmosférico, provocando hipóxia em seu leito, o que estimula a angiogênese. Mantém a umidade no leito lesado e as terminações nervosas umedecidas resultando no alívio da dor para a pessoa.
- Em pessoas de pele frágil pode ocorrer maceração ao redor da lesão decorrente da umidade proveniente do gel. Nos casos de maceração, a cobertura deverá ser substituída por outra da categoria dos absorventes ou aplicar protetor cutâneo antes da aplicação da placa de hidrocoloide.

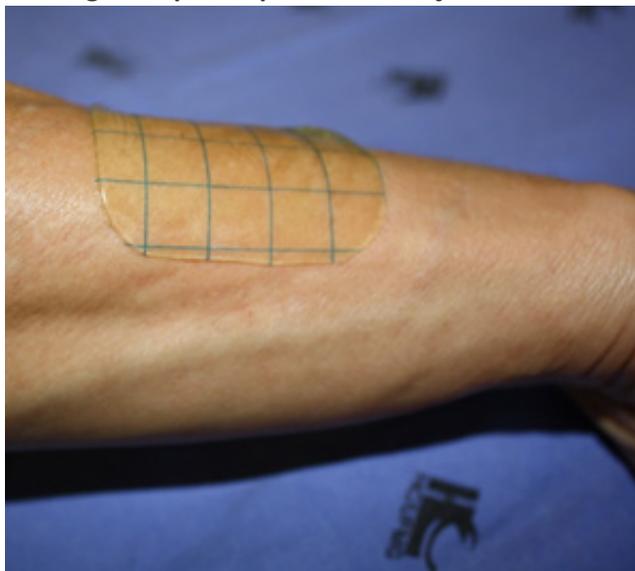
A **cobertura de hidrogel** não é hidrogel amorfo, mas placa, que é semioclusiva e contém uma rede de ligações cruzadas de polímeros hidrofílicos. Nessa cobertura, há o predomínio de água com polímeros para aumentar a sua viscosidade e permitir que o material fique aderido somente à superfície da lesão. É confortável, fácil de usar e eficaz no desbridamento autolítico. Com a utilização adequada, esse produto fornece controle de hidratação na superfície da lesão, muitas vezes fornecendo umidade. (Figuras 2.15 e 2.16).

Figura 2.15: Hidrogel amorfo aplicado na lesão.



Fonte: Arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2009.

Figura 2.16: Hidrogel em placa aplicado no braço



Fonte: Arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2013.

São indicações do hidrogel:

- Lesões que variam de seca a levemente exsudativa.
- Lesões com tecido necrótico, principalmente do tipo escara porque degrada esse tecido.
- Presença de exposição óssea ou de tendão pela sua eficácia em manter a umidade nessas estruturas preservando-as do ressecamento e consequente necrose.
- Em queimaduras ou áreas de radiodermite devido à sua capacidade de manter o gel sobre as terminações nervosas expostas propiciando efeito calmante.

Destaque: sobre o hidrogel...

- Algumas coberturas apresentam um filme na camada superior que pode ser removido para diminuir as propriedades de hidratação do gel e permitir maior liberação de umidade.
- Todas as coberturas têm natureza semitransparente, permitindo o monitoramento contínuo da lesão sem a sua remoção.

3. Coberturas controladoras de odor

A produção de odor na lesão pode representar um grande problema para as pessoas e seus cuidadores. Se a formação do odor não pode ser evitada, pode ser necessário usar uma cobertura **capaz de adsorver** as moléculas voláteis liberadas pela lesão que são responsáveis pelos odores. Nas lesões criticamente colonizadas ou com infecção, principalmente quando apresentam predomínio de tecido necrótico, o odor geralmente está presente. A maneira mais eficaz de lidar com essas lesões é prevenir ou erradicar o excesso de microrganismos responsáveis pelo odor. As lesões mais comumente associadas com a produção de odor incluem úlceras de perna e lesões cancerosas e fúngicas de todos os tipos.

Odor fétido →

É causado por um coquetel de agentes voláteis que inclui cadeia curta de ácidos orgânicos (n-butírico, valérico n, n-caproico, n-haftanoico e n-caprílico) produzidos por bactérias anaeróbicas, juntamente com uma mistura de aminas e diaminas como a cadaverina e putrescina que são produzidas por processos metabólicos de outras bactérias proteolíticas.

Para o controle do odor, é importante tratar a lesão com coberturas com carvão. Durante o processo de fabricação dessa cobertura, a superfície do carbono é dividida para formar pequenos poros e aumentar a área de superfície eficaz das fibras e, portanto, sua capacidade de remover o cheiro desagradável. (Figuras 2.17 e 2.18)

Figura 2.17: Cobertura de carvão com prata



Fonte: Arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2013.

Figura 2.18: Cobertura de carvão sem prata.



Fonte: Arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2013.

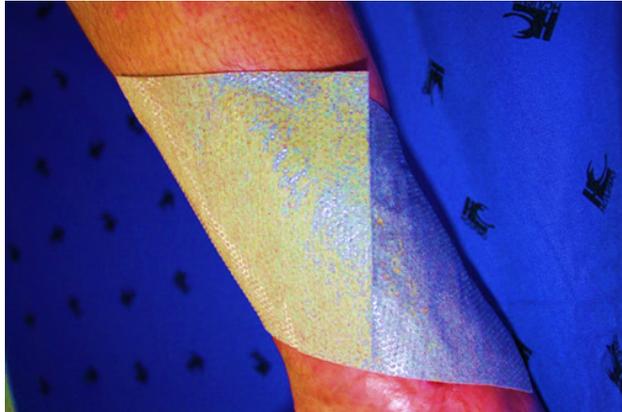
Destaque: sobre a cobertura de carvão...

- Uma única cobertura com ampla superfície de área de carbono é capaz de reter um grande número de moléculas, portanto, remove o odor durante períodos prolongados.
- Produtos que combinam uma camada física absorvente com um componente de carvão mostram melhores desempenhos. Esses resultados sugerem que existem diferenças no desempenho desses produtos disponíveis no mercado, o que pode ter implicações clínicas potencialmente importantes.

4. Coberturas redutoras de microrganismos

O excesso de microrganismos na lesão pode comprometer o processo de cicatrização e até impedir o seu fechamento. Esse tipo de lesão requer coberturas capazes de reduzir parte dos microrganismos e reduzir o seu crescimento sem, contudo, prejudicar os tecidos em formação. Tais coberturas são consideradas redutoras de microrganismos e apresentam antimicrobianos na sua composição. Nessa categoria, no momento podem ser consideradas as coberturas com prata e as coberturas com polihexametileno-biguanida (PHMB). No mercado, há diversas coberturas que disponibilizam quantidade distinta de prata iônica ou PHMB. (Figuras 2.19, 2.20, 2.21, 2.22 e 2.23).

Figura 2. 19: Alginato de cálcio com prata sobre úlcera venosa



Fonte: Arquivo pessoal de Eline Borges, 2013.

Figura 2.20: Espumas com prata



Fonte: Arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2013.

Figura 2.21: Cobertura de prata nanocristalina



Fonte: Arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2013.

Figura 2.22: Compressa de gaze 100% algodão com PHMB sobre úlcera venosa.



Fonte: Arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2013.

Figura 2.23: Compressa absorvente com PHMB sobre ferida cirúrgica pós-mamoplastia



Fonte: Arquivo pessoal de Eline Lima Borges, 2011.

As úlceras vasculogênicas e úlceras por pressão constituem as maiores categorias de lesões cutâneas crônicas que apresentam maior impacto epidemiológico, social e econômico.

As úlceras vasculogênicas e úlceras por pressão constituem as maiores categorias de lesões cutâneas crônicas que apresentam maior impacto epidemiológico, social e econômico.

No cenário domiciliar, além dessas lesões, tem-se encontrado grande número de pessoas com ferida cirúrgica complexa.

A escassez de registros de atendimentos prestados a pessoas com lesões crônicas configura um problema de saúde pública para o país comprometendo a definição de políticas e estratégias pertinentes à gestão e intervenção específicas e direcionadas à assistência a pessoas com lesões cutâneas crônicas.

A prevalência de lesões cutâneas em pessoas atendidos pelo Programa de Internação Domiciliar na cidade de Santos (SP), em 2009, foi **37,8%** das pessoas admitidas, com predomínio da faixa etária acima de 65 anos. A maior prevalência foi de pessoas com úlceras por pressão e vasculogênicas, amputações e pré-diabético. É importante destacar a relação da presença da UP com o óbito. O desenvolvimento de UP está associado com um aumento de 4,5 maior risco de morte. Estudo com pessoas em pós-operatório detectou que a mortalidade de pessoas sem UP foi de 15%, em comparação com 63,0% das pessoas com esse tipo de úlceras. Esse risco também se faz presente para pessoas que são assistidas nos Programas de Atendimento Domiciliar.

Para a organização das ações e o monitoramento dos resultados referente à abordagem da pessoa e sua lesão cutânea, sugere-se aos profissionais de saúde a adoção de recomendações referentes ao planejamento, à implantação e à implementação de estratégias que promovam a melhoria da qualidade do cuidado, propiciando a prevenção de lesão, a cicatrização da lesão, assim como a prevenção de recorrência.

A **meta** da melhoria da qualidade é **desenvolver e implementar** um programa sistemático, interdisciplinar para facilitar o cuidado e que esse possa ser monitorizado, avaliado e mudado quando as condições da pessoa com lesão e o conhecimento atual exigirem. Para desenvolver e implementar o **protocolo de prevenção e tratamento da lesão**, o profissional da saúde deve

- identificar e monitorizar a ocorrência da lesão para determinar a sua incidência e prevalência, conforme a etiologia. Essa informação vai servir como linha básica para o desenvolvimento, implantação e avaliação dos protocolos de tratamento;
- garantir o encaminhamento de pessoas para Serviços de referência e contrarreferência.



3

unidade

3 unidade

ACESSO VENOSO CENTRAL

Esta **unidade** aborda princípios que orientam o cuidado à pessoa com acesso venoso central em AD.

Objetivo:

Reconhecer princípios que fundamentam a realização de procedimentos e prestação de cuidados à pessoa em uso de acesso venoso central, especialmente quanto ao:

- Sítio de inserção;
- Manejo e manutenção do acesso.

A condução de algumas terapêuticas endovenosas – via acesso venoso central – possibilita que o cuidado à pessoa seja realizado em casa desde que haja articulação entre os serviços da rede de forma que a equipe do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) realize a assistência, e o acompanhamento da pessoa em uso de acesso venoso central.

parte 1:

Acesso venoso central: conceito, tipos de cateter e indicação

Acesso venoso central é o acesso cuja ponta do cateter se localiza na veia cava (superior ou inferior). A inserção do cateter é realizada por punção, em geral, de veia subclávia, jugular interna, jugular externa, femoral, umeral, cefálica, axilar. Para a instalação de cateter venoso central de inserção periférica, há, também, a possibilidade de punção de veia braquial ou outra periférica. Conforme a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA, os cateteres venosos centrais estão classificados em dois grupos: curta e longa permanência. (Quadro 3.1)

Quadro 3.1 – Classificação de cateter venoso central

| Classificação | Tempo de permanência | Instalação |
|--------------------------|---|----------------------|
| Curta Permanência | Até 14 dias | Venopunção direta |
| Longa Permanência | Acima de 14 dias, podendo permanecer meses a anos, conforme indicação clínica e cuidados no manuseio. | Instalação cirúrgica |

Fonte: Anvisa, 2010.

O cateter para o acesso venoso central de longa permanência assim se subdivide:

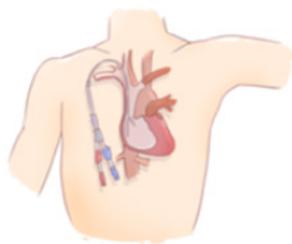
- **Semi-implantado:** o acesso ao vaso é realizado por intermédio de um túnel construído cirurgicamente.
- **Totalmente implantado:** o acesso ao vaso é realizado por intermédio da punção de um reservatório implantado cirurgicamente sob a pele. (Quadro 3.2)

Quadro 3.2 – Especificações do cateter para acesso venoso central de longa permanência

| Tipo de cateter | Indicação | Sítio de Implantação | Tempo de permanência |
|---|---|---|--|
| Cateter semi-implantado (Figura 3.1) | Pacientes oncológicos e hematológicos, principalmente em transplante de medula óssea. | 1.ª opção: veias umeral e axilar 2.ª opção: Jugulares externa e interna | De poucos dias a anos |
| Cateter totalmente implantado (Figuras 3.2 e 3.3) | Tratamentos prolongados, como infusão de quimioterapia e medicações irritantes endovenosas. | 1.ª opção da punção: subclávia, cefálica e jugulares (externa e interna). 2.ª opção da punção: braquial, safena e femoral. Os reservatórios são implantados em loja subcutânea, em geral na região peitoral entre o esterno e o mamilo, apoiado em proeminência óssea. | Indefinido (indicado para uso maior que 6 meses) |

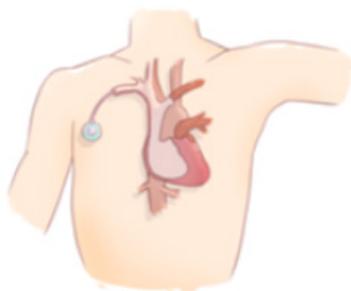
Fonte: ANVISA, 2010.

Figura 3.1: Cateter semi-implantado



Fonte: Equipe de Áudio Visual, 2013

Figura 3. 2: Cateter totalmente implantado.



Fonte: Equipe de Áudio Visual, 2013

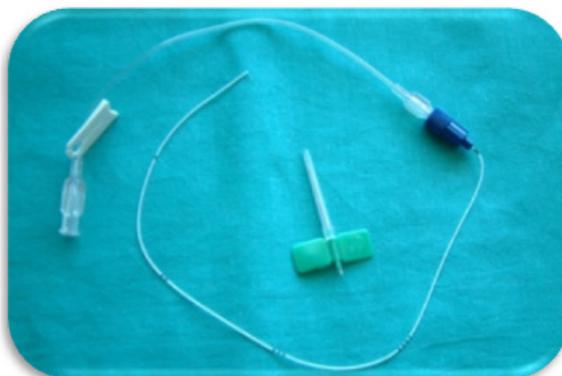
Figura 3.3: Reservatório cateter totalmente implantado



Fonte: Equipe de Áudio Visual, 2013

Outro tipo de cateter venoso central frequentemente utilizado, principalmente em neonatos e crianças, é o Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) (figura 3.4). Em geral, o acesso é realizado pela punção das veias basílica, cubital média, cefálica e braquial. É um acesso que pode permanecer por longo período, desde que o sítio de inserção seja monitorado. Não há recomendação de periodicidade de troca. É classificado como cateter de longa permanência semi implantado, com indicação de permanência máxima de um ano, pela Infusion Nurses Society (INS).

Figura 3.4: Cateter epicutâneo



Fonte: http://mediateca.educa.madrid.org/imagen/ver.php?id_imagen=9zei5nflp9bkjsf5

A **punção venosa central** deve ser realizada como procedimento estéril, o que implica cuidados específicos:

- Profissional: degermação e uso de solução alcoólica nas mãos e utilização de barreira máxima (gorro, máscara, avental estéril de manga longa, óculos de proteção, luvas estéreis e campo estéril).
- Local de inserção: preparo da pele com solução de clorexidina alcoólica a 2%.
- Escolha do tipo de cateter e a técnica a ser utilizada: dependem da situação que justifica a indicação da terapêutica, da idade e da condição clínica da pessoa. Os sítios mais comuns de inserção são a veia jugular interna, veia subclávia, veia jugular externa e veia antecubital. Não há recomendação de punção de veia femoral como rotina, devido ao maior risco de contaminação e infecção no local.

As **indicações para o uso de cateter venoso central** são diversas:

- Situações de urgência e emergência (monitorização hemodinâmica, administração rápida de drogas, expansores de volume e hemoderivados).
- Administração de soluções hipertônicas ou irritativas para veias periféricas.
- Administração concomitante de drogas incompatíveis entre si.
- Administração de nutrição parenteral.
- Realização de quimioterapia.
- Para a pessoa que necessita de terapia endovenosa e o acesso venoso periférico está inviabilizado.

parte 2:

Cuidados com o acesso venoso central

◊ Curativo do sítio de inserção do acesso venoso central

Durante todas as etapas de troca de curativo, o cateter não pode ser deslocado. Para cada troca do curativo, é indicada a limpeza do sítio de inserção com clorexidina alcoólica 0,5% a 2%, tintura de iodo ou álcool 70% e avaliação quanto à presença de sinais flogísticos. Todo o procedimento deve ser registrado no prontuário da pessoa, no SAD.

A indicação do curativo do **acesso venoso central de curta permanência** está relacionada ao tipo de cobertura e tempo de troca:

- cobertura do sítio de inserção com gaze estéril troca a cada 48 horas (Figura 3.5),
- cobertura do sítio de inserção com filme transparente semipermeável estéril com indicação de troca a cada 7 dias (Figura 3.6)

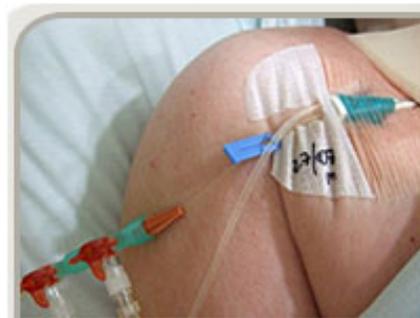
Caso o curativo se solte, apresente umidade ou qualquer sujidade, deverá ser trocado imediatamente.

Figura 3.5: Curativo de acesso venoso central com gaze



Fonte: http://www.anvisa.gov.br/servicosauade/controle/rede_rm/cursos/rm_controle/opas_web/modulo5/pre_corrente5.htm

Figura 3.6: Curativo com filme transparente semipermeável



Fonte: http://www.anvisa.gov.br/servicosauade/controle/rede_rm/cursos/rm_controle/opas_web/modulo5/pre_corrente5.htm

O uso da gaze ou do filme transparente semipermeável não impacta no risco de infecção, contudo a gaze é recomendada nos casos de a pessoa apresentar sangramento local ou sudorese excessiva, o que vai exigir proteção do curativo com plástico no banho. A vantagem do curativo de filme transparente semipermeável é a facilidade de visualização do sítio de inserção, o que proporciona maior intervalo de troca e menor manipulação do local.

O curativo do PICC (*Peripherally Inserted Central Venous Catheter*), que é o Cateter Venoso Central de Inserção Periférica, segue a recomendação dos curativos de acesso de curta permanência.

Os cateteres semi-implantados e os totalmente implantados dispensam o uso de curativos após a retirada dos pontos, que ocorre no 15.º dia pós-operatório (até a retirada dos pontos, o curativo deve ser realizado com limpeza do sítio de inserção com soro fisiológico 0,9% e cobertura com gaze).

♦ **Manutenção e manejo do acesso venoso central**

A manutenção e o manejo do acesso venoso central de curta e longa permanência apresentam peculiaridades.

- O **acesso venoso central de curta permanência** necessita da manutenção de infusão contínua de fluido, para não obstrução do cateter. A infusão deve ser controlada para evitar a sobrecarga hídrica. A opção pelo uso deste tipo de acesso em domicílio deve considerar as condições de higiene local e o comprometimento da pessoa e da família com os cuidados pertinentes ao curativo, à infusão contínua de fluido e seu controle.
- Em relação ao **acesso venoso central de longa permanência**, não há indicação de infusão contínua de fluidos, de uso de anticoagulantes rotineiramente para prevenção de infecção relacionada ao cateter. Porém, o Centro de Controle de Doenças (<http://www.cdc.gov>) indica que o uso de heparina e warfarina em baixas dosagem (1 mg/dia) reduz o risco de formação de trombos.
- Para uso do **cateter totalmente implantado**, é necessária a punção do reservatório, que deve ser realizada com agulha ou escalpe próprio. A punção deve respeitar a técnica asséptica com antisepsia do local com clorexidina alcoólica 0,5 a 2%, tintura de iodo ou álcool 70%. A agulha pode ser mantida por até 7 dias, protegida por cobertura estéril. Não é recomendada coleta de sangue por meio do reservatório.

Atendidas as peculiaridades relativas ao acesso venoso central de curta e longa permanência, é importante destacar cuidados comuns e fundamentais a serem realizados:

- A manipulação do acesso venoso central deve ser sempre precedida da lavagem das mãos e desinfecção das conexões com álcool 70%, por meio de fricção vigorosa com, no mínimo, três movimentos rotatórios, utilizando gaze estéril.
- Após a administração de fluidos através do acesso venoso central, deve efetuar-se a lavagem das linhas infusoras com soro fisiológico 0,9%, para evitar incompatibilidades entre fármacos administrados.
- Na administração simultânea de várias terapêuticas, deve-se avaliar a compatibilidade das medicações.
- Caso haja a indicação de uso de nutrição parenteral, esta deve ser perfundida em lúmen isolado de outras terapêuticas, e seu débito deve ser controlado por bomba de infusão.
- Se houver indicação de infusão de sangue e hemoderivados, estes também devem ser administrados em lúmen isolado.
- Os equipos devem ser trocados, conforme protocolo local: a cada 72 a 96 horas, nos casos de infusão contínua; a cada 24 horas, nos casos de infusão intermitente, nutrição parenteral e emulsões lipídicas; a cada procedimento, nos casos de administração de hemocomponentes. Caso haja suspeita ou confirmação de infecção de corrente sanguínea, há indicação de troca de todo o sistema.
- O uso de conector é permitido e deve seguir o período de troca do equipo. Há indicação de que seja transparente e compatível com a conexão *luer lock*.
- O uso de cânulas (torneirinhas) também é permitido. As entradas da cânula que não estiverem com conexão devem ser mantidas com tampas estéreis a serem descartadas e substituídas a cada uso.
- É indicada documentação de avaliação diária de pacientes em uso de cateter venoso central e registro do aspecto do sítio de inserção à troca de curativos, no caso de uso de gaze e diária, no caso do uso de curativo com filme transparente.
- É extremamente importante a observação do sistema de infusão quanto à integridade (dobras, perfurações ou cortes indicam sua substituição)

O profissional deve monitorar:

- O sítio de inserção quanto ao surgimento de sinais flogísticos (dor, calor, rubor ou edema) ou sinais infecciosos sistêmicos inespecíficos como prostração, febre, hiporexia, sudorese excessiva, pele pegajosa, dentre outros.
- A ocorrência de extravasamentos, em especial para o tecido subcutâneo, o que pode gerar necrose tecidual e outras complicações.
- A indicação de inserção, do tempo de uso e, quando indicada, a retirada do acesso venoso central.

Ao término da indicação do uso de acesso venoso central ou em caso de infecção, este deve ser removido. Os acessos de curta permanência e o PICC podem ser removidos em domicílio; os de longa permanência devem ser removidos em bloco cirúrgico.

Leituras obrigatórias:

- 1. Infecção de corrente sanguínea: orientações para prevenção de infecção primária de corrente sanguínea. Brasília: ANVISA, 2010. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br>**
- 2. Acessos venosos centrais e arteriais periféricos: aspectos técnicos e práticos de S. Araújo. Disponível em: <<http://www.estes.ufu.br/sites/estes.ufu.br/files/Anexos/Comunicados/Acessos%20venosos%20centrais%20e%20arteriais%20perif%C3%A9ricos%20aspectos%20t%C3%A9cnicos%20e%20pr%C3%A1ticos.pdf>>.**
- 3. Complicações precoces e tardias em acesso venoso central. Marcondis, C.R.R. *et. al.* Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-8650200000600023>>. Acesso em: 22 maio 2013.**

parte 3:

Materiais necessários para os cuidados do acesso venoso central em domicílio

Para o cuidado do acesso venoso central em domicílio, torna-se necessário o acesso aos seguintes materiais:

- Compressa de gaze estéril;
- Soro Fisiológico 0,9% ou Solução de Ringer Lactato;
- Curativo de Filme Transparente Semipermeável Estéril;
- Clorexidina alcoólica 0,5% a 2%, tintura de iodo ou álcool 70%;
- Luva cirúrgica estéril;
- Luva de Procedimento descartável;
- Máscara Cirúrgica descartável;
- Micropore;
- Equipo de infusão (compatível com a terapêutica a ser realizada);
- Dânuas;
- Conectores transparentes, compatíveis com a conexão luer lock;
- Agulha ou escalpe próprio para cateter totalmente implantado;
- Seringa de 10 ml.

O uso de cateter venoso central em diversas situações possibilita a condução do cuidado em domicílio reduzindo o desenvolvimento de complicações infecciosas. Para tal, é necessário que os profissionais estejam atentos aos cuidados quanto ao sítio de inserção e com a manipulação do sistema.



4

unidade

4

unidade

FECALOMA: abordagem clínica, princípios e intervenções

Nesta **unidade** são abordados conceito, causas e sintomas do fecaloma, bem como sua investigação, tratamento e medidas preventivas a serem adotadas no âmbito da assistência domiciliar.

Objetivos:

- Identificar as possíveis causas do fecaloma
- Reconhecer sinais e sintomas indicativos de fecaloma.
- Reconhecer sinais que exigem a remoção do fecaloma.

Para abordar o tema fecaloma, é importante considerar a constipação intestinal (“intestino preso”), por ser um precedente importante nos casos graves de impactação fecal. É a partir da abordagem da constipação intestinal que as causas, os sintomas e o processo de investigação e manejo do fecaloma estão destacados, nesta unidade.

parte 1:

Conceitos

Na assistência domiciliar, a constipação intestinal é um problema frequente que afeta, principalmente, mulheres, idosos e acamados, em algum momento de suas vidas.

Caracteriza-se por dificuldade em eliminação das fezes que se encontram endurecidas e ressecadas, levando ao esforço e sofrimento no ato evacuatório, mesmo que as dejeções sejam diárias. A abordagem deve ser direcionada para pessoas com menos de três eliminações por semana, não somente pela frequência evacuatória, mas também para o volume e consistência das fezes, além de dificuldade (dor e esforço) para evacuar.



LEIA:

Prevalência e fatores associados a constipação intestinal: um estudo de base populacional em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2007.

ACESSE: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n7/18.pdf>

A retenção fecal por vários dias leva ao ressecamento e à impactação progressiva das fezes no intestino, gerando o fecaloma. Observa-se uma grande massa endurecida localizada, frequentemente, nas porções finais do intestino grosso (reto), simulando uma tumoração que pode se estender para regiões mais altas, caso não seja abordada precocemente. Também conhecido como fecalito, assume grande importância na prática clínica, devendo ser investigado e identificado o mais precocemente possível, uma vez que a remoção mais rápida resulta em alívio do desconforto gerado e evita complicações sérias à pessoa.

A pessoa com fecaloma pode relatar ausência de evacuação há vários dias, contudo é importante para o profissional considerar relatos da presença de diarreia. É o que denomina diarreia paradoxal ou “falsa diarreia” que constitui excreção de muco com resíduos fecais, indicando a tentativa do intestino de eliminar a massa fecal petrificada.

parte 2:

Causas e sintomas

O fecaloma ocorre a partir de uma constipação intestinal – recente ou crônica – que se agravou. A constipação pode ser classificada, também, de acordo com o tempo de aparecimento dos sintomas em:

- Primária – com trânsito intestinal normal, lento ou disfunção anorretal;
- Secundária – a doenças metabólicas, neurológicas, endócrinas, psiquiátricas, entre outras.

Vários fatores podem levar ao mau funcionamento intestinal (constipação) e formação do fecaloma, dentre eles, destacam-se:

- Dieta pobre em fibras
- Sedentarismo e síndrome de imobilidade
- Medicamentos que afetam o trânsito intestinal e absorção de água pelo intestino
- Uso indiscriminado de laxantes
- Doenças neurológicas que afetam a motilidade intestinal
- Tumores e doenças do trato gastrointestinal
- Inibição voluntária do desejo evacuatório
- Desidratação

Os sintomas mais comumente relatados pela pessoa são: o desconforto gerado pela tentativa frustrada de evacuação, cólicas, sensação de massa na ampola retal ou dejeção incompleta, irritação, perda de apetite e cefaleia. A incontinência ou retenção urinária ocorre em algumas pessoas por efeito mecânico do fecaloma comprimindo o trato urinário. “Fezes líquidas”, com pouco volume, muco e rajas de sangue, podem significar diarreia paradoxal. Sintomas como vômitos, febre e dor abdominal intensa surgem como complicação de uma obstrução intestinal, completa ou parcial.

parte 3:

Como investigar a presença do fecaloma

O fecaloma é um problema que, com muita frequência, acomete pessoas assistidas em domicílio, o que justifica que as equipes de AD direcionem sua observação, a entrevista e exame físico de modo a investigar sinais e sintomas indicativos dessa situação.

Nem sempre a família ou cuidador vai revelar a dificuldade ou ausência de evacuação da pessoa que está sendo cuidada no domicílio, isto porque existe o falso mito de que a pessoa que está ingerindo pouco alimento ou recebeu apenas soroterapia não vai evacuar. Na ausência de doença, a atividade intestinal é regular, ainda que a ingesta alimentar seja pequena, levando a uma massa fecal de menor volume. Ausência de fezes por mais seis dias deve alertar os profissionais da saúde. À suspeita ou identificação de sinais e sintomas de impactação fecal, a equipe deve acionar o médico para definição diagnóstica e terapêutica. Em geral, ao exame físico, observa-se distensão e dor à palpação abdominal, bem como massa endurecida palpável em região de fossa ilíaca esquerda (porção final do intestino grosso, sigmoide)

Atenção:

O toque retal, realizado pelo profissional médico, na maioria das vezes permite a identificação de massa pétreia de grande volume na ampola retal confirmando o diagnóstico. No caso de dúvida de diagnóstico, poderão ser solicitados exames complementares (laboratoriais, radiografia abdominal e outros recursos de imagem como ultrassonografia e tomografia computadorizada de abdome) aos **serviços de referência da rede**.

parte 4:

Manejo do fecaloma

O uso de laxativo oral e de supositório é pouco efetivo quando grande impactação fecal está instalada. Ressalta-se que laxativos orais podem levar a quadro de diarreia grave e desidratação quando utilizados em idosos. Uma prática comum, que também deve ser evitada, é o uso de óleo mineral via oral tanto em idosos como em pessoas com disfagia, pelo risco de aspiração e, em consequência, a um quadro de pneumonia, em geral grave.

A prescrição, via retal, de clister glicerinado ou enema pode ser feita em domicílio, com alto índice de sucesso porque amolece as fezes e estimula a musculatura retal a expulsar o fecaloma. A frequência ou repetição desse procedimento é definido pelo médico observadas contraindicações absolutas: dor abdominal e febre no pós-operatório de reconstrução intestinal, hemorragia retal não diagnosticada e lesões intestinais.

Destaca-se que há situações em que a indicação do clister glicerinado ou enema exige precaução: pessoas com risco de hipervolemia, com insuficiência cardíaca ou disfunção renal

Ainda que a aplicação do clister glicerinado não seja totalmente efetiva, sempre ajudará na quebra da massa fecal impactada, facilitando a extração manual pelo médico.

Algumas medidas auxiliam na prevenção da formação de fecaloma e melhora da constipação intestinal:

- Dieta rica em fibras
- Exercício físico regular
- Detecção e tratamento precoce de doenças que afetam trânsito intestinal
- Hidratação adequada
- Não inibir desejo evacuatório.

A ocorrência do fecaloma e da constipação intestinal é multifatorial. Dessa forma, a abordagem pela equipe deve ser multidisciplinar, nutricionista, médico, dentista, fisioterapeuta, equipe de enfermagem e psicólogo devem atuar avaliando hábitos de vida, alimentação e mobilidade que previnam a constipação e suas complicações, como o fecaloma.

A adequação medicamentosa e identificação de doenças determinantes do mau funcionamento intestinal são imprescindíveis para o sucesso do tratamento e recorrência das situações que aumentam o risco de fecaloma.



5 unidade

5 unidade

DIÁLISE

Esta **unidade** foi elaborada para subsidiar a organização, a execução e o monitoramento da diálise quando realizada à pessoa em assistência domiciliar.

Objetivos:

- Identificar aspectos e condições do domicílio, da família e da pessoa que favoreçam a indicação de Diálise Peritoneal em AD.
- Subsidiar a definição do plano de cuidado individual à pessoa no domicílio, em diálise peritoneal.

A diálise é um método artificial que substitui a função renal, comprometida em consequência de insuficiência renal grave. Em síntese, consiste em levar, através de um filtro artificial e externo, o sangue que passa por filtragem pelo contato com o líquido dialisador que retém as substâncias tóxicas e o excesso de água, sendo devolvido à pessoa filtrado. Trata-se de um processo de circulação extracorpórea.

Leituras Obrigatórias:

1. Critérios para organização da linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica.
Acesse a Portaria n.389, de 13 de março de 2014
<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=34&data=14/03/2014>>
2. Requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de diálise. Acesse a RDC n. 11, de 13 de março de 2014
<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=14/03/2014&jornal=1&pagina=40&totalArquivos=164>>.

parte 1:

Tipos e indicações

Os tipos de diálise são:

- Hemodiálise (HD)
- Diálise Peritoneal (DP)
- Terapia de Substituição Renal Contínua (TSRC)

A **hemodiálise** é um método em que o sangue carregado de toxinas e produtos de degradação nitrogenados é desviado da pessoa para uma membrana semipermeável artificial (dialisador) onde as toxinas são filtradas e removidas e o sangue é devolvido à pessoa.

Dica:

A hemodiálise ainda não é realizada com a pessoa em AD, contudo pessoa em hemodiálise assim com sua família e cuidador devem ser orientadas pela equipe de saúde quanto aos cuidados a serem observados.

A **DP** é um método em que ocorre a troca de solutos entre o sangue e a solução de diálise através da membrana peritoneal. É realizada no domicílio por serviço referenciado pelo SUS.

A **TSRC** é um método empregado para substituir a função renal normal através da circulação do sangue da pessoa por um hemofiltro. É indicada nos casos de pessoa clinicamente grave, com instabilidade hemodinâmica e acontece comumente em Unidades de Terapia Intensiva.

Saiba:

Recentemente, as ciências eletrônicas e da computação propiciaram a criação da cadeia de sistemas automatizados (cicladora) que conferiu maior flexibilidade às prescrições, à monitoração dos resultados terapêuticos ampliando o comprometimento e a adesão da pessoa e familiares ao tratamento dialítico em AD.

O desenvolvimento de máquinas cicladoras e o refinamento de técnicas tornaram a DP uma prática na atenção domiciliar contribuindo positivamente para ampliar o acesso à ciclagem contínua em muitos países. Contudo, é importante destacar que, além dos impactos advindos da incorporação

tecnológica (evolução de equipamentos, soluções para diálise, refinamento de técnicas), outras variáveis impactam na eficácia e efetividade da DP na AD, logo na sua indicação. São elas: o nível socioeconômico da família, as condições de higiene e segurança domiciliar e a escolaridade/preparo do cuidador. Destaca-se, ainda, que a orientação e informação da pessoa, da sua família e do cuidador quanto ao tratamento, aos cuidados, às intercorrências bem como indicação dos serviços de saúde de referência têm importante papel para a adequada realização da DP na AD. O propósito dessas orientações é que todos sejam capazes de proceder e atentar para os cuidados pertinentes à realização do procedimento no domicílio e estejam atentos e comuniquem à equipe do SAD qualquer evento e intercorrência.

parte 2:

Sobre os tipos de diálise peritoneal

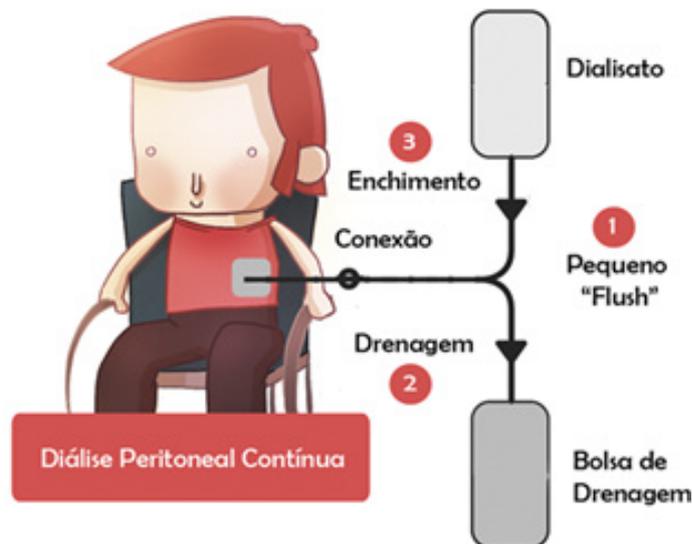
Há dois tipos de diálise peritoneal

- Diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD);
- Diálise aeritoneal automática (APD)

◊ Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (CAPD)

Na CAPD, a infusão e a drenagem do dialisato são feitas manualmente (dispensa o uso de máquina ou qualquer outro equipamento) em geral quatro vezes ao dia seja no domicílio ou em outro ambiente limpo. Com a CAPD, o sangue é filtrado de forma contínua. O líquido dialisador (dialisato) passa de uma bolsa de plástico – pelo cateter – para o abdome. O dialisato fica no abdome e o cateter é lacrado. Depois do tempo determinado (pode ser várias horas) pelo profissional, a pessoa abre o cateter e a solução escoado do abdome de volta à bolsa. A seguir, preenche o abdome com nova solução fresca pelo mesmo cateter e o processo de limpeza recomeça (Figura 5.1).

Figura 5.1. Diálise peritoneal contínua



Fonte: Equipe Técnica Nescon, 2013.

◊ Diálise peritoneal automática (APD)

Na APD, as trocas do dialisato são feitas com o auxílio de uma máquina chamada cicladora que é conectada ao cateter, o que possibilita que o processo se realize não ao longo do dia e sim no período noturno (enquanto a pessoa dorme).

As principais complicações da Diálise Peritoneal são:

- Peritonite
- Extravasamento do dialisado através do local do cateter
- Sangramento na cavidade abdominal devido à inserção do cateter
- Hipervolemia

Leituras Recomendadas:

1. Prevalência da doença renal crônica nos estágios 3, 4 e 5 em adultos, de BASTOS, R. M. R. et al. 2009. **Disponível em:** <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n1/v55n1a13.pdf>>
2. Peritonite esclerosante e encapsulante secundária à diálise peritoneal ambulatorial contínua de MACHADO, D. J. B. et al. (1999). **Disponível em:** <<http://www.scielo.br>>

parte 3:

Avaliação do domicílio para realização da DP

A realização da diálise peritoneal contínua no âmbito domiciliar deve ser precedida de avaliação das condições e qualidade da residência e do entorno (instalações sanitárias, saneamento básico do entorno), nível de escolaridade da pessoa, do cuidador e da sua família. Durante a visita domiciliar, o enfermeiro e o assistente social devem avaliar e compartilhar com a pessoa e sua família a decisão de manter a diálise peritoneal contínua no domicílio.

É o parecer dos profissionais de saúde quanto às condições da residência e da família que subsidia o Serviço na liberação da DP no âmbito domiciliar destacando também que o Serviço deve considerar suas condições para assegurar o acompanhamento e monitoramento do procedimento. Para tanto, deve dispor de todos os recursos, insumos e condições (transporte, equipe multiprofissional, profissionais especializados de apoio, hospital de retaguarda) para assumir a DP domiciliar.

A orientação da pessoa para diálise peritoneal é um desafio para os profissionais de saúde. Essa orientação depende do estado físico e psicológico da pessoa, da sua experiência com a diálise, bem como da compreensão dos familiares e cuidador sobre o procedimento. A equipe precisa trabalhar em conjunto com a pessoa, família e cuidador na definição, desenvolvimento e monitoramento

do plano de cuidados de forma a assegurar sua execução assim como avaliação contínua da pessoa e das condições da família e do cuidador para manutenção do tratamento em casa. A pessoa submetida à diálise depara-se com muitas limitações, como as restrições alimentares, horários rígidos estabelecidos, mudanças no contexto familiar, ocupacional e social.

Nesse contexto, o papel da equipe multiprofissional é importante para viabilizar ações em saúde para ajudar o paciente e sua família a conviver com a diálise peritoneal no espaço domiciliar.

A doença renal impõe à pessoa uma nova concepção de vida tendo em vista a demanda de tempo que terá de dedicar ao processo de tratamento. Segundo estudo de TIMM (2013), as famílias que convivem com um de seus membros em diálise peritoneal no domicílio necessitam adaptar-se e organizar-se diante da situação de doença do familiar, desenvolvendo estratégias que possam viabilizar o cuidado e a assistência devida. Nessa perspectiva, algumas famílias podem contar com a colaboração de outras pessoas para dar seguimento a essas atividades ou buscam constantes ajustes entre a realização das atividades e o tratamento, enquanto outras, diante da impossibilidade de conciliar especialmente as atividades laborais, optam-se em dedicar-se ao cuidado do familiar.



Sobre o cotidiano da pessoa em tratamento de diálise peritoneal recomendamos a leitura do texto de SCATOLIN, 2010. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br>>.



6

unidade

6

unidade

Paracentese Abdominal Terapêutica

Esta unidade aborda o tema paracentese. Considerando sua finalidade a paracentese se classifica em diagnóstica – remoção de pequena quantidade de líquido para exame – e terapêutica. Nesta unidade serão destacados procedimentos indicações, contraindicações e possíveis complicações referentes à paracentese terapêutica ou de alívio, abdominal ou peritoneal, realizada em domicílio.

Objetivos:

- Identificar indicações, contra indicações e complicações da paracentese abdominal ou peritoneal terapêutica;
- Reconhecer procedimentos pertinentes à realização de paracentese terapêutica abdominal, em domicílio.

parte 1:

Conceito, indicações e contraindicações.

A paracentese terapêutica é o procedimento de remoção de fluido da cavidade peritoneal (ascite) para retirada de líquido ascítico, por punção abdominal com agulha, para drenagem, em geral, de cinco ou mais litros, para reduzir a pressão intra-abdominal e aliviar sintomas associados como dispneia, dor e desconforto abdominal. As causas de ascite são: cirrose hepática, hepatite alcoólica, insuficiência cardíaca, insuficiência hepática fulminante, trombose de veia porta, carcinomatose peritoneal, pancreatite ou processo inflamatório do sistema biliar, síndrome nefrótica, peritonite e isquemia ou obstrução intestinal.

A paracentese terapêutica ou de alívio está indicada no caso da pessoa apresentar:

- Ascite tensa com sintomas: dispneia, dor ou desconforto abdominal.
- Ascite refratária ao tratamento com diuréticos e dieta com restrição de sódio (RUNYON, 2013; SHLAMOVITZ, 2013; THOMSEN et al., 2006).

São contraindicações da paracentese:

- **Absolutas:** abdome agudo com indicação cirúrgica;
- **Relativas:** coagulação intravascular disseminada; distensão intestinal; fibrinólise; organomegalias; gestação; bexiga distendida (“bexigoma”), celulite na parede abdominal; aderências intra-abdominais.

Importante:

A Razão Normalizada Internacional (RNI) elevada ou trombocitopenia não são contraindicações para paracentese e, em muitos pacientes, não é necessário transfundir plasma fresco ou plaquetas antes do procedimento. Cerca de 70% dos pacientes com ascite possuem tempo de protrombina alterado, mas os riscos reais de sangramento são muito baixos, pois menos de um por cento dos pacientes necessitam de transfusão sanguínea. As exceções são pacientes com características clínicas condizente com coagulação vascular disseminada ou hiperfibrinólise que exigem tratamento para reduzir o risco de sangramento (RUNYON, 2013).

parte 2:

Paracentese terapêutica: procedimentos e complicações

A técnica de realização da paracentese é simples e segura podendo ser realizada em domicílio, observadas: a avaliação do quadro clínico da pessoa, indicação do médico da EMAD, as condições do domicílio e disponibilidade de material e insumos. Realizada como cuidado paliativo aumenta de forma considerável o bem estar da pessoa além de evitar deslocamentos desnecessários para serviços de urgência, quando o procedimento está indicado.

É fundamental que o médico, ao indicar e realizar a paracentese tenha todos os recursos e meios necessários à efetividade e segurança da pessoa, seus familiares e demais profissionais da equipe que o auxilia no procedimento.

Quem pode realizar a paracentese: a paracentese deve ser realizada por médico acompanhado por profissional auxiliar da EMAD.

Preparo da pessoa para o procedimento: explicar o procedimento, seus benefícios, riscos e possíveis complicações.

É importante para a realização do procedimento:

- Esclarecer todas as dúvidas (da pessoa, familiares, cuidador).
- Obter o consentimento informado ou assinado (da pessoa ou do familiar responsável)
- Manter a pessoa e ambiente tranquilos.
- Garantir que os profissionais acompanhem todo o procedimento observando a evolução e identificando eventuais intercorrências.

São orientações importantes:

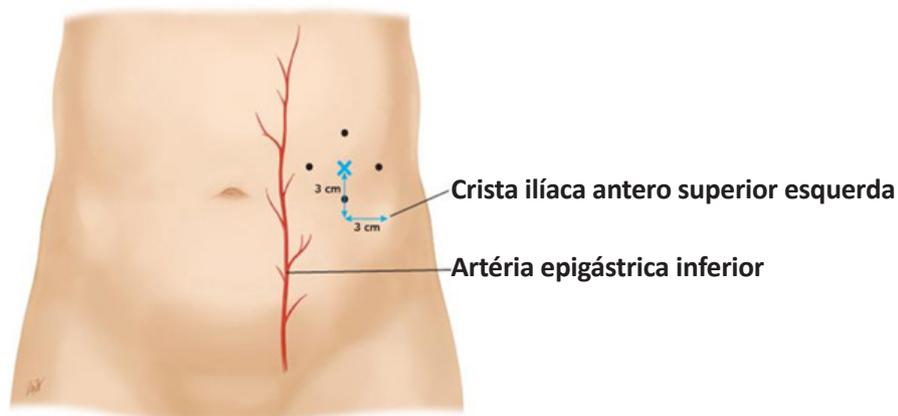
- jejum prévio não é necessário;
- esvaziamento da bexiga deve ser feito antes do procedimento (voluntário ou por meio de cateterismo vesical, se necessário);
- medicamentos de uso habitual podem ser mantidos;
- pressão arterial, frequência cardíaca, saturação de oxigênio e temperatura devem ser controladas antes e após o procedimento.

Material necessário: frasco graduado para acondicionar o líquido ascítico; solução alcoólica antisséptica (exemplo: clorexidina); luvas estéreis; luvas de procedimento; seringas de 20ml e 5ml; agulha de calibre 25x12 e 25x08; pacotes de gaze estéreis; equipo de soro ou extensor estéril; campo estéril ou bandeja para realização de paracentese (pinça, cuba, campo estéril); cateter venoso periférico flexível 14 ou 16 gauge ou agulha para punção abdominal; cloridrato de lidocaína a 2% sem vasoconstritor; fita hipoalergênica; coletor rígido para material perfuro-cortante.

Posicionamento da pessoa: em posição supina (decúbito dorsal), com a cabeça reta ou levemente elevada.

Local da punção: quadrante inferior esquerdo da parede abdominal. Deve-se medir 3 cm medialmente e 3 cm acima da crista ilíaca ântero-superior esquerda (Figura 6.1). Após a escolha do local é indicado confirmar se existe macicez à percussão, se o baço não é palpável e se não existem cicatrizes cirúrgicas.

Figura 6.1 Local de punção para paracentese

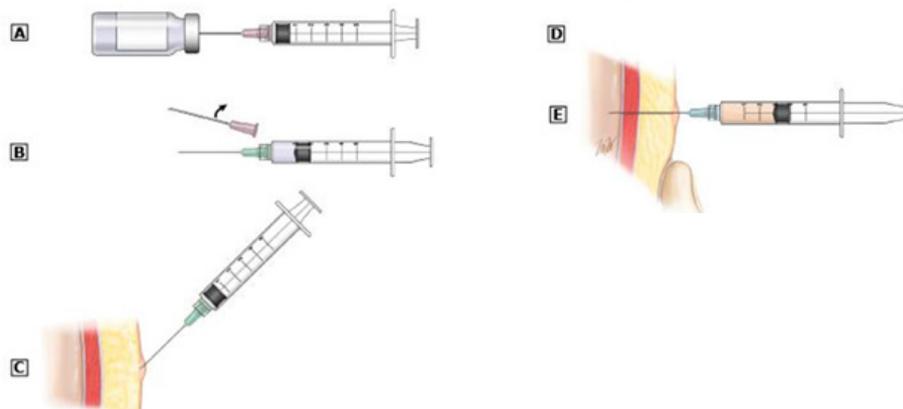


Fonte: RUNION, 2013.

Assepsia da pele: preparar campo estéril e dispor os materiais a serem utilizados; calçar luvas de procedimentos; realizar a antissepsia da pele com solução antisséptica alcoólica, em movimentos circulares. Em caso de optar pelo uso da clorexidina alcoólica esperar produto secar para realizar o procedimento; calçar luvas estéreis; dispor o campo fenestrado no local definido para punção.

Anestesia: realizar a assepsia da parte superior do frasco (emborrachada) e aspirar 3 a 5 ml de lidocaína 1 ou 2% em seringa estéril com agulha 25x12 (Fig. 6.2A). Para isso será necessário auxílio de outro profissional, devendo-se manter a técnica asséptica durante todo procedimento; trocar agulha 25x12 por agulha 25x07 (Fig. 6.2B); administrar a lidocaína ao redor do sitio de inserção até formação de uma pápula, seguindo-se de infiltração mais profunda nas camadas subcutâneas (Fig. 6.2C).

Figura 6.2 – Técnica da anestesia

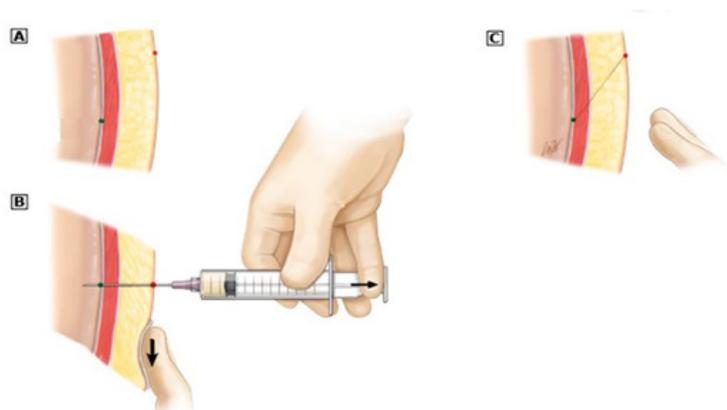


Fonte: RUNYON, 2013.

Para utilizar a técnica em Z para administração da lidocaína (Figura 6.3): tracionar a pele do local da punção para o lado ou para baixo com a mão não dominante (Fig. 6.3 A, B, C). Para isso pode-se utilizar uma gaze estéril; introduzir a agulha cerca de 5 mm mantendo a pele tracionada; segurar a seringa com o polegar e o dedo indicador da mão dominante; puxar o êmbolo discretamente para trás e observar se existe refluxo de sangue.

Caso isso não ocorra, proceder à aplicação de pequena quantidade de anestésico, avançar mais 5 mm e injetar o anestésico. Esse processo continua até que a agulha penetre no fluido ascítico. A aspiração para detecção de fluido sanguíneo não deve ser contínua; aguardar aproximadamente 10 segundos antes de retirar a agulha e só então soltar a pele.

Figura 6.3 - Técnica em Z para administração da lidocaína



Fonte: Runyion, 2013.

Inserção do cateter (Figuras 6.4 e 6.5): A inserção do conjunto mandril/cateter para drenagem do líquido ascítico também segue a técnica Z. Após a inserção, o fluido é aspirado com seringa de 20 ml, retira-se o mandril do cateter e esse é conectado ao extensor de drenagem ou equipo. Estabilizar o cateter na parede abdominal com uso de fita hipoalergênica (RUNYON, 2013).

Figura 6.4 - Punção abdominal



Fonte: Banco de Imagens do Programa de Atenção Domiciliar/Grupo Hospitalar Conceição, 2013.

Figura 6.5 - Fixação do cateter



Fonte: Banco de Imagens do Programa de Atenção Domiciliar/Grupo Hospitalar Conceição, 2013.

Complicações

Complicações graves da paracentese abdominal são incomuns. Possíveis complicações (raras):

- extravasamento do líquido ascítico – é a complicação mais comum após paracentese e ocorre em cerca de 5% das pessoas submetidas ao procedimento. Em geral a ocorrência de extravasamento surge devido à execução incorreta da técnica em Z e/ou utilização de agulha de grande calibre, mas, nesses casos, pode-se utilizar uma bolsa de estomia no local e orientar que a pessoa ou familiar quantifique o líquido e comunique a EMAD (normalmente a quantidade de fluido diminui ao longo de um período de alguns dias);
- hemorragia – durante a punção pode acontecer perfuração de artéria ou veia resultando no sangramento que pode ser grave e potencialmente fatal. No caso de perfuração da artéria epigástrica inferior pode ser realizada uma sutura em oito em torno do local de inserção da agulha;
- infecção e perfuração intestinal – infecções são raras, mas podem ocorrer devido à perfuração intestinal pela agulha de paracentese (em aproximadamente 6/1000 dos casos). Em geral essa ocorrência não resulta em peritonite inclusive não exige terapêutica medicamentosa exceto se a pessoa apresentar sinais de infecção;
- infecção da parede abdominal (celulite);
- hematoma na parede abdominal;
- hipotensão pós paracentese;
- hemoperitônio espontâneo.

Reposição de albumina humana: poderá ser indicada em pessoas com cirrose e em paracenteses com drenagem maior de cinco litros, podendo evitar disfunção circulatória, reduzir dano renal e risco de morte.

Referenciamento da pessoa: o médico da EMAD deverá encaminhar a pessoa para a paracentese em ambiente hospitalar quando:

- identificar situações de contra-indicação;
- a equipe não contar com profissional especificamente qualificado para realizar o procedimento;
- não houver o consentimento da pessoa ou seu responsável para a realização do procedimento domiciliar;
- não haver disponibilidade de material necessário para a realização do procedimento.



7 unidade

7 unidade

Princípios para o cuidado à saúde bucal na atenção domiciliar

Esta **unidade** aborda princípios e cuidados em saúde bucal na atenção domiciliar no contexto do trabalho multidisciplinar de forma a subsidiar a equipe do SAD na indicação das ações e dos cuidados odontológicos no plano de cuidado individual da pessoa em AD.

Objetivos:

- Reconhecer sinais e sintomas que orientam a avaliação das necessidades odontológicas da pessoa em AD.
- Identificar sinais e sintomas de infecções e alterações na cavidade bucal da pessoa em AD.
- Identificar os materiais e insumos básicos para organização e monitoramento das ações e dos procedimentos odontológicos no contexto do domicílio.
- Mapear ações preventivas e curativas baseando-se na necessidade específica de saúde bucal da pessoa em AD



Leia:

1. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. **Disponível em:** <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>
2. Saúde Bucal. Caderno de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. **Disponível em:** <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2012.

As ações de saúde bucal na atenção domiciliar caracterizam-se por um conjunto de intervenções de natureza preventiva e curativa em que está incluída a orientação ao cuidador e familiares quanto aos cuidados necessários à manutenção e recuperação da saúde bucal da pessoa em AD. A assistência odontológica é parte do plano de cuidados individuais à pessoa assistida no domicílio e deve ser estabelecido em conformidade com o que define a lei n.10.424/2002 “o atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora”.

parte 1:

Relação do cirurgião-dentista com a pessoa, família e cuidador

O atendimento odontológico domiciliar se configura na extensão do cuidado, proporcionando à pessoa assistida maior conforto e condições para o restabelecimento funcional.

Na atenção domiciliar entre as ações de saúde bucal, é imprescindível incluir orientação da pessoa, do cuidador e familiares quanto execução das medidas de prevenção como: a higienização bucal de pessoas dependentes e semidependentes de forma a evitar complicações e aumento de sequelas. É importante que o cirurgião-dentista e toda equipe trabalhem para diminuir da ansiedade da pessoa em relação aos procedimentos odontológicos respeitando crenças, valores e práticas, integrando e reforçando o espaço de cuidado no ambiente familiar.

A comunicação com a pessoa assistida é um fator de considerável importância na avaliação e condução da terapêutica, destacando a observação sistemática de gestos, expressão facial e fala entre outros sinais que possam auxiliar diretamente nas condutas clínicas a serem planejadas e realizadas em saúde bucal.



Acesse:

1. Guia prático do cuidador do Ministério da Saúde. **Disponível em:** <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador_2ed.pdf>
2. Política Nacional de Saúde Funcional. **Disponível em:** <http://www.crefito8.org.br/site/servicos/pnsf_07_01_12.pdf>

parte 2:

Principais agravos em saúde bucal

A pessoa com incapacidade de desenvolver as atividades de mastigação, da fala, deglutição, assim como realizar a higiene bucal adequada, pode apresentar determinadas alterações na cavidade oral. Dentre as mais comuns, encontram-se: prevalência de cárie dentária, gengivite, doença periodontal, erosão dentária, má oclusão, traumatismo dentário, hipoplasia do esmalte, acúmulo de placa bacteriana, desgastes oclusais.

Essas alterações ocorrem, principalmente, devido à falta de coordenação motora e limitação de movimentos da pessoa, hipertonia, movimentos inadequados da língua, xerostomia e fluxo salivar reduzido (devido ao elevado uso de medicamentos).

Outros sintomas comumente apresentados são: ardor, eritema e saburra lingual (língua esbranquiçada), que são focos bacterianos que podem proporcionar o mau hálito e alteração do paladar. Nesses casos, são necessárias ações que minimizem esses efeitos como saliva artificial, utilização de antissépticos bucais de maneira correta e higiene oral adequada desses locais.

As condições insatisfatórias da cavidade bucal são fatores de risco para contaminações sistêmicas, principalmente, do trato respiratório inferior o que se agrava na pessoa dependente de próteses dentárias pela maior possibilidade de formação do biofilme que, inclusive, poderá ser aspirado.

parte 3:

Plano de cuidado odontológico

De acordo com o documento *“Estratégia para implementação de cuidados domiciliares de saúde na esfera do Sistema Único de Saúde SUS”* (2002), a Escala de Avaliação Funcional da Cruz Vermelha Espanhola oferece parâmetros para a definição de cuidados em saúde bucal a serem oferecidos no domicílio, devendo cada profissional ajustar seu planejamento à necessidade de tratamento (Quadro 7.1).

Quadro 7.1: Parâmetros para a definição de cuidados em saúde bucal em domicílio

| Escala de Avaliação Funcional da Cruz Vermelha Espanhola | | Assistência em Saúde Bucal |
|--|--|--|
| Classificação | Parâmetros para definição do cuidado à pessoa em AD | |
| Grau 0 (zero) | Vale-se totalmente por si mesmo. Caminha normalmente | Normalmente não necessita de assistência odontológica domiciliar. Deve ser realizada a educação em Saúde Bucal nas Unidades de Saúde |
| Grau 1 (um) | Realiza suficientemente as Atividades da Vida Diária (AVD). Apresenta algumas dificuldades para locomoção | |
| 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. | A assistência odontológica deverá ser realizada em qualquer Serviço da Rede de saúde (nível primário, secundário ou terciário) seguindo plano de cuidado individual. |
| Grau 4 (quatro) | Impossível realizar, sem ajuda, qualquer das AVD. Capaz de caminhar com extraordinária dificuldade, ajudado por pelo menos duas pessoas. | Indicação de assistência odontológica no domicílio. |
| Grau 5 (cinco) | Imobilizado no leito necessitando de cuidados contínuos. | |

Fonte: SÃO PAULO, 2005.

A pessoa classificada nos graus 4 ou 5 da escala citada deve passar pela avaliação da equipe de saúde para indicar intervenções odontológicas necessárias, considerando:

- o estado geral de saúde e condições de saúde bucal;
- a complexidade dos procedimentos a serem executados;
- a aceitação do atendimento odontológico;
- a disponibilidade de serviços de referência para possíveis encaminhamentos, se necessários.

Identificada a necessidade de intervenção em saúde bucal à pessoa em assistência domiciliar, segue-se:

- A avaliação das condições do domicílio para a realização dos procedimentos indicados (Quadro 7.2).
- A disponibilidade de insumos, recursos físicos e materiais para efetivar a intervenção.

Quadro 7.2: Aspectos a serem considerados na avaliação do domicílio

| Ambiente externo à casa | Ambiente interno da casa |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Presença de esgoto a céu aberto (ausência ou precariedade de saneamento básico) • Presença de terrenos baldios com acúmulos de lixo (possibilidade de proliferação de ratos e insetos) • Asfaltamento da rua (condições de acesso do local) • Condições de acesso à casa • Segurança para executar os procedimentos • Verificar se é região sujeita a alagamentos. | <ul style="list-style-type: none"> • Luminosidade suficiente para realização dos procedimentos • Altura da cama • Posição da cama em relação à janela • Energia elétrica e tomada elétrica • Boa ventilação • Avaliação do piso e móveis em relação à desinfecção • Presença de mofo • Existência de móveis auxiliares para o atendimento • Água corrente tratada ou fervida para higienização • Avaliação das relações familiares (uso de drogas, má convivência) |

Após a avaliação prévia da necessidade de assistência odontológica à pessoa e a avaliação das condições do domicílio, a **disponibilidade de recursos físicos e materiais** é condição essencial para o planejamento e a realização de procedimentos odontológicos na AD. Caso não haja o equipamento

odontológico portátil disponível (como: cadeira odontológica, foco e equipo portátil), a possibilidade de intervenções fica restrita a alguns procedimentos:

- Orientações sobre a prevenção de doenças bucais a cuidadores e familiares
- Exame clínico
- Aplicação tópica de flúor, de cariostático e de verniz com flúor;
- Escariação com selamento de cavidades com cimento provisório ou ionômero de vidro (ART)
- Profilaxia e raspagem supragengivais
- Remoção de sutura
- Pequenas cirurgias: em tecidos moles, gengivectomia, ulotomia eulectomia
- Confecção e reparos em próteses
- Procedimentos de urgência (controle de hemorragia, de alveolite, pulpite, suturas, pericoronarite e outros).

A disponibilidade de equipamentos portáteis pode **ampliar** o número de procedimentos realizados no domicílio, sendo possível realizar praticamente todos que são executados no consultório, excetuando-se aqueles que apresentam **restrições** por parte da **Vigilância Sanitária**, como é o caso de **tomadas radiográficas**. Ressalta-se, porém, o elevado custo dos equipamentos portáteis, o que pode tornar o seu uso restrito e, em algumas condições ou situações, até impraticável. As dificuldades na aquisição dos materiais, insumos e equipamentos odontológicos em geral, bem como as adaptações do ambiente em domicílio são realidades vivenciadas pelo profissional que no início do atendimento deverão ser bem planejadas. Métodos adaptativos e individualizados para cada situação devem ser desenvolvidos a fim de contribuir para o acesso à cavidade bucal da pessoa de maneira confortável e segura, de acordo com a complexidade de cada caso. Nos atendimentos domiciliares, a utilização de recursos facilitadores, como abridores de bocas confeccionados com materiais recicláveis como o plástico, pode favorecer a realização de eficiente higienização bucal. Os materiais para exame clínico, procedimentos e higiene bucal devem ser adequados ao planejamento de cada caso individualizado. Identificada a necessidade de intervenção, as condições do domicílio para a realização dos procedimentos indicados bem como os materiais e insumos disponíveis, o cirurgião-dentista vai proceder ao exame da cavidade bucal e definirá o plano de tratamento individualizado. (Figuras 7.1, 7.2 e 7.3)

Figura 7.1: Adaptação profissional. Tratamento periodontal básico em paciente idosa, acamada em AD.



Fonte: MIRANDA, 2008.

Figura 7.2: Restauração atraumática (ART) com ionômero de vidro. Eliminação de tecido cariado



Fonte: MIRANDA, 2008

Figura 7.3: Cirurgia de caráter emergencial: eliminação de foco de infecção dentária.



Fonte: MIRANDA, 2008.

Pode-se considerar a realização de quatro fases principais no cuidado domiciliar em saúde:

- Avaliação da pessoa, família e domicílio.
- Definição do Plano de cuidado em Saúde Bucal.
- Planejamento e execução do processo de cuidados.
- Avaliação e monitoramento da condição de cuidado em SB.

Leitura recomendada:

Leia sobre saúde bucal na população idosa no artigo de ARAÚJO, S. S. C. *et al.* Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n19/a14v1019.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

Destaca-se a importância para o tempo de duração das sessões de atendimento odontológico. Em geral devem ser rápidas, evitando o desconforto e a inquietação da pessoa. A periodicidade das consultas depende da necessidade da pessoa assistida, do tempo exigido para execução, monitoramento e avaliação dos procedimentos terapêuticos planejados.

As próteses fixas e móveis na cavidade bucal devem ser higienizadas regularmente, no mínimo três vezes ao dia, com as devidas orientações, sob constante sucção, no caso da pessoa que não consegue cuspir. A escova dentária ideal deve ter a haste longa, cabeça pequena e cerdas macias; a quantidade de pasta colocada deve ser compatível com o tamanho de uma ervilha; o fio dental ou fita dental deve ser utilizado de forma correta entre os dentes; e o limpador de língua deve ser utilizado para a higienização, sempre no sentido póstero-anterior. Na assistência odontológica domiciliar, os procedimentos de biossegurança são os mesmos preconizados para os atendimentos realizados em ambiente clínico, podendo ser adaptados à realidade de cada domicílio, porém não devem ser negligenciados em momento algum.

Em geral na atenção odontológica no domicílio os resultados mais significativos são: reduções de biofilme cariogênico, adequação do meio bucal, remineralização de manchas brancas ativas e melhora nas condições de higiene oral.

Importante destacar que o preenchimento do prontuário nas visitas domiciliares é parte do plano de cuidados sendo instrumento indispensável para a organização, o planejamento e a avaliação cotidiana da pessoa e sua família, pelos profissionais da equipe.

Atenção:

Para cada pessoa incluída no SAD, deve ser preenchido o formulário respectivo conforme definido pelo Sistema de Informação do Ministério da Saúde para atenção domiciliar, em vigor.

parte 4:

Atribuições do cirurgião dentista

As principais atribuições do cirurgião-dentista no âmbito do domicílio:

- Realizar diagnóstico de saúde bucal, incluindo lesões, alterações de mucosa, gengiva.
- Realizar exodontias em dentes com mobilidade de grau III.
- Realizar suturas na mucosa oral.
- Intervir em situações de urgências, como abscessos, dor, sangramentos, entre outros.
- Orientar o doente e/ou cuidador sobre higiene oral e cuidados especiais com as próteses.
- Estabelecer rede de comunicação participativa com a família.
- Registrar os atendimentos em formulários e prontuários específicos.

A atuação do cirurgião dentista é desenvolvida em todos os níveis de atenção à saúde do SUS. Dessa forma, sua inserção na assistência domiciliar de maior complexidade é de fundamental importância para melhorar a qualidade de vida e as condições de saúde bucal, tornando-o indispensável como parte integrante da equipe multidisciplinar.

Conclusão do curso

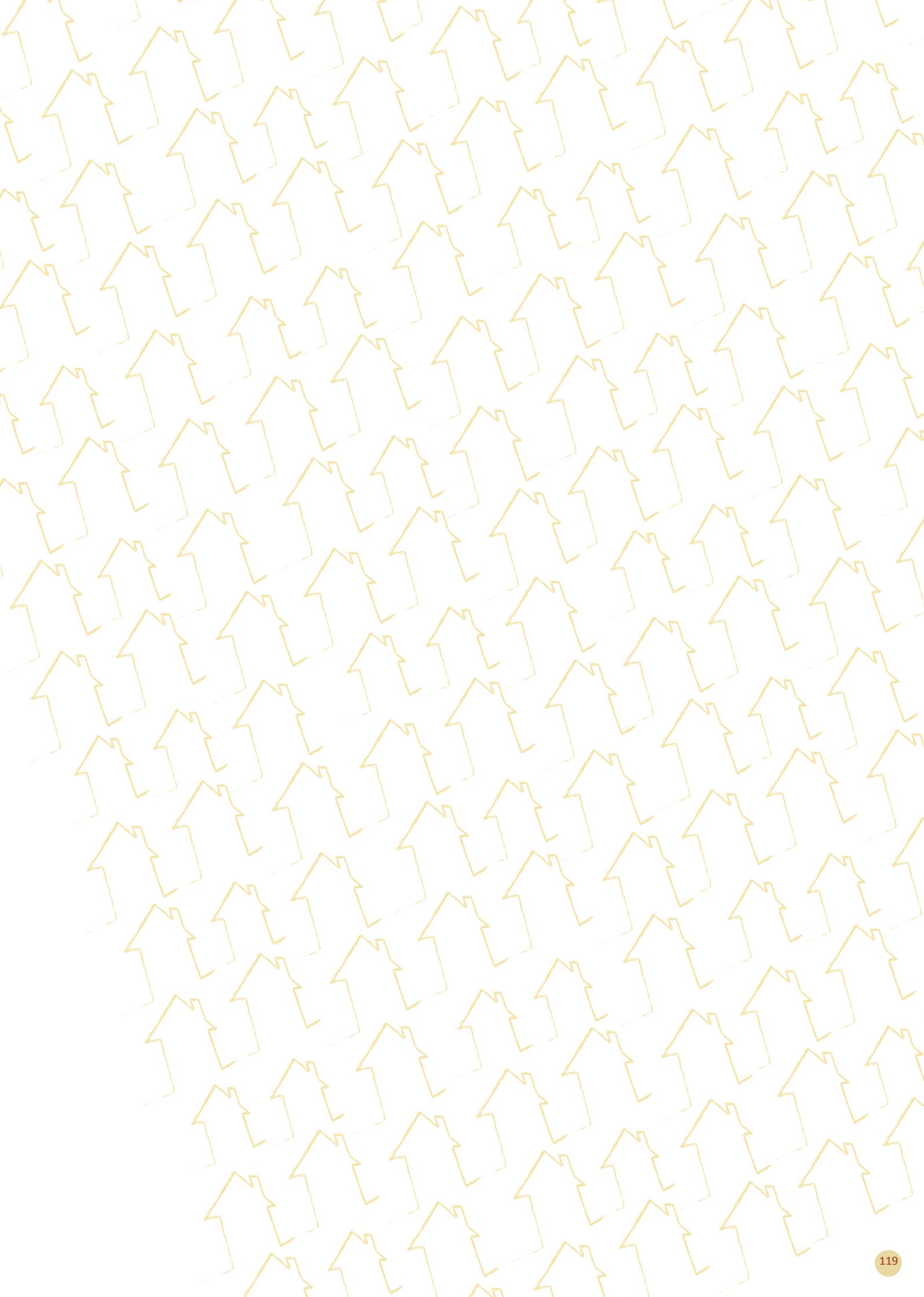
O campo de trabalho na Atenção Domiciliar (AD) é extenso e complexo.

A AD, em todas as modalidades, exige das equipes de saúde habilidades para redesenhar a prestação do cuidado dadas as particularidades da ação de saúde no âmbito da “casa” da pessoa a ser cuidada. Necessariamente tais habilidades se efetivam quando realizadas de forma complementar e compartilhada pela Equipe do SAD onde procedimentos específicos - próprios de cada profissional – são planejados e realizados com base na avaliação da pessoa a ser assistida, assim como da sua família e domicílio. Tal singularidade implica que o plano de cuidados contemple e tome em consideração e avaliação o cotidiano de vida da família (espaço de privacidade, intimidade, costumes e hábitos), o que vai exigir atenção e sensibilidade de cada profissional e de toda a equipe às diversas situações do contexto domiciliar e familiar. Cuidar da pessoa no contexto do domicílio impõe à equipe o desafio de lidar com cada um e com todos que conformam o cenário da casa e da família de forma que o plano de cuidados se efetive.

O foco deste curso reúne alguns procedimentos cuja natureza e complexidade exigem a atuação de profissionais de nível superior na atenção domiciliar. As sete unidades do Curso abordam princípios, diretrizes e questões nucleares para a organização, a implantação, a execução, a avaliação e o monitoramento dos cuidados relacionados a cada um dos procedimentos.

Nesta linha, o desenvolvimento do curso privilegiou atividades, textos e referências que se articulam técnica, ética e politicamente à complexidade e singularidade da organização e efetivação da atenção domiciliar em todas as modalidades.

Metodologicamente, o Curso procurou atender ao princípio pedagógico do protagonismo – cada profissional sujeito de seu próprio processo de aprendizagem – sem, contudo, secundarizar nesse processo a experiência do trabalho coletivo e de equipe como uma das diretrizes que norteiam esse aprender.



Referências

Leituras obrigatórias

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Unidade de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Efeitos Adversos. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Infecção de corrente sanguínea: orientações para prevenção de infecção primária de corrente sanguínea. Brasília: ANVISA, 2010. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br>>. Acesso em 13 de mar. 2013

ARAGÃO, J. A.; REIS, F. P.; PITTA, G. B. B. Anatomia do sistema venoso superficial dos membros inferiores. *In*: PITTA, G. B. B.; CASTRO, A. A.; BURIHAN, E. (Ed.) **Angiologia e cirurgia vascular**: guia ilustrado. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA, 2003. Disponível em: <http://www.lava.med.br/livro/PDF/Aderval_anatomia_sistema_venoso.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2013.

ARAÚJO, S. Acessos venosos centrais e arteriais periféricos: aspectos técnicos e práticos. 2003. Disponível em: <<http://www.estes.ufu.br/sites/estes.ufu.br/files/Anexos/Comunicados/Acessos%20venosos%20centrais%20e%20arteriais%20perif%C3%A9ricos%20%20aspectos%20t%C3%A9cnicos%20e%20pr%C3%A1ticos.pdf>>. Acesso em: 12 de mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. Caderno de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 64 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador_2ed.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 400, de 16 de novembro de 2009. Estabelece Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Brasília, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html Acesso em 10 de set. de 2013.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011_2014/2011/decreto/D7508.htm Acesso em: 04 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Seção 1, n. 101, p. 30-32. Brasília: Diário Oficial da União, 2013. Disponível em: <http://brasil.gov.br/legislacoes/gm>. Acesso em: 06 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Atenção Domiciliar Melhor em Casa: v. 2. Cap. 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf. Acesso em: 17 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 389, de 13 de março de 2014. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=14/03/2014&jornal=1&pagina=34&totalArquivos=164>. Acesso em 10 abr. 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 11, de 13 de março de 2014. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=14/03/2014&jornal=1&pagina=40&totalArquivos=164>. Acesso em 10 abr. 2014.

BURIHAN, E.; BAPTISTA-SILVA, J. C. C. O exame vascular. *In*: PITTA, G. B. B.; CASTRO, A. A.; BURIHAN, E. (Ed.) **Angiologia e cirurgia vascular**: guia ilustrado. Maceió: UNCISAL/ECMAL & LAVA, 2003. Disponível em: http://www.lava.med.br/livro/pdf/01_emil_exame.PDF. Acesso em: 13. mar. 2013.

CALIRI, M. H. L. Feridas crônicas. Ribeirão Preto: USP, 2010. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/site/grupos/feridascrônicas/index.php?option=com_content&view=article&id=1&Itemid=4> e a NPUAP> - (<http://www.npuap.org>). Acesso em: 14 mar. 2013.

MARCONDES, C. R. R. *et al.* Complicações precoces e tardias em acesso venoso central. Análise de 66 implantes. **Acta Cir. Bras.**, v. 15, p. 73-75, 2000. Suplemento 2. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-8650200000600023>>. Acesso em: 22 mai. 2013.

Ministério da Saúde. Anvisa. Fiocruz. Protocolo para a Prevenção de Úlcera por Pressão. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/upp_revisado.pdf> Acesso em: 14 mar. 2013.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (EPUAP). Prevenção de tratamento de úlceras por pressão: guia de referência rápida. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Frepositorio.proqualis.net%2Ffilesserver.php%3Ffileid%3D33328&ei=CFGuUbvGH6mH0QH4HIDw&usg=AFQjCNEoCXn8RZ_WBgeKQ6qs-TXv6uxqA&bvm=bv.47244034,d.dmQ> Acesso em: 13 mar. 2013.

Leituras recomendadas

ARAÚJO, S. S. C. *et al.* Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v. 10, n. 19, p. 203-16, jan/jun 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n19/a14v1019.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

BARROS JÚNIOR, N. Insuficiência venosa crônica. *In*: PITTA, G. B. B.; CASTRO, A. A.; BURIHAN, E. (Ed.) **Angiologia e cirurgia vascular**: guia ilustrado. Maeció: UNCISAL/ECMAL & LAVA, 2003. Disponível em: <http://lava.med.br/LIVRO/pdf/newton_ivc.PDF>. Acesso em: 12 mar. 2013.

BASTOS, R. M. R. *et al.* Prevalência da doença renal crônica nos estágios 3, 4 e 5 em adultos. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 55, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n1/v55n1a13.pdf>> Acesso em: 15 jun. 2013.

BORGES, E. L. Aspectos gerais sobre úlcera venosa: terapia compressiva. *In*: BORGES, E. L. **Tratamento tópico de úlcera venosa**: proposta de uma diretriz baseada em evidências, 2005. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2005. p. 53-66. Disponível em: <110012%2Fpublico%2Fsetratamentotopicoulceravenosa.pdf&ei=http://

www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ved=0CDcQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F22%2F22132%2Fde12122005=z36uUd2iHI6J0QGYrIcOBQ&usg=AFQjCNGyb87XUwL501R1KaVTRsoqp2ZBpA&bvm= bv.47244034,d.dmQ
Acesso em: 5 set. 2013.

COLLETE, V. L.; ARAÚJO, C. L.; MADRUGA, S. W. Prevalência e fatores associados a constipação intestinal: um estudo de base populacional em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2007. *Cad. Saúde Pública*, v. 26, n. 7, p. 1391-1402, jul. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n7/18.pdf>>
Acesso em: 05 de set. 2013.

MACHADO, D. J. B. *et al.* Peritonite esclerosante e encapsulante secundária à diálise peritoneal ambulatorial contínua. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 21, n. 3, p. 112-123, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 jul. 2013.

SANTOS, J. S. *et al.* Gastrostomia e jejunostomia: aspectos da evolução técnica e da ampliação das indicações. *Medicina*, v. 44, n. 1, p. 39-50, 2011. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2011/vol44n1/Simp4_Gastrostomia_e_jejunostomia%20atual.pdf>. Acesso em: 5 de set. de 2013.

SCATOLIN, B. E. *et al.* Atividade de vida diária dos pacientes em tratamento de diálise peritoneal por cicladora. *Arq. Ciências Saúde*, v. 17, n. 1, p. 15-21, jan-mar 2010. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br>>. Acesso em: 15 jul. 2013

Outras referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. Caderno de Atenção Básica, 17 – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2012.

MIRANDA A. F. Odontologia domiciliar: uma mudança de paradigma. **Revista ABO**-Distrito Federal, 35: 26-27, Abril 2008

RUNYON, B. A. Diagnostic and therapeutic abdominal paracentesis. UpToDate. 2013. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/diagnostic-and-therapeuticabdominalparacentesis?source=search_result&search=Diagnostic+and+therapeutic+abdominal+paracentesis&selectedTitle=1%7E150>. Acesso em: 4 jan. 2014.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Cuidados domiciliares em Saúde Bucal. **Cadernos de Saúde Bucal SES SP**. São Paulo: SMS, 2005. 17 p.

SHLAMOVITZ, G. Z. Paracentesis. **Medscape**. 2013. Disponível em: <<http://emedicine.medscape.com/article/80944-overview>>. Acesso em 4 jan.2014

STEWART, M. *et al.* Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

THOMSEN, T. W. *et. al.* Paracentesis. N. Engl. J. Med., v. 335, n. e21, 2006. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMvcm062234>>. Acesso em 5 jan. 2014.

TIMM, A. M. B. Convívio da família diante da diálise peritoneal no domicílio: implicações para o cuidado de enfermagem. 2013. 95 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013. Disponível em: <http://coral.ufsm.br/ppgenf/Dissertacao_Arlete%20Maria%20Brentano%20Timm.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2013



Anexo

| ITENS | Descrição | Para saber mais. |
|--|--|---|
| Hospital | Retaguarda para internação hospitalar, necessária em situações de intercorrência e piora clínica da pessoa, que ocorrerá conforme fluxo estabelecido pela equipe SAD. | Portaria Nº 963, de 27 de maio de 2013 - MS estabelece a necessidade de Hospital de retaguarda para a pessoa atendida pelo SAD. |
| Material médico hospitalar | O acesso ocorre através de articulação com a Secretaria Municipal de Saúde e Centro de Saúde de referência da pessoa, responsáveis pelo fornecimento. | A partir do Plano Assistencial definido pela equipe, o SAD emite Relatório constando a demanda por equipamentos, materiais e insumos necessários para o atendimento.. |
| Exames | No Hospital de referência/retaguarda (<i>o mesmo para o caso de reinternação hospitalar ou outro, formalmente indicado pela Unidade e SAD</i>) ou em Centros de Saúde e Centros de Especialidades, definidos nos protocolos do SAD. | |
| Assistência Farmacêutica | O acesso aos medicamentos ocorre através de articulação com Centro de Saúde de referência da pessoa. Os medicamentos de alto custo são fornecidos pela Secretaria de Estado da Saúde, requeridos através de abertura de processo. Existe protocolo específico para cada tipo de Medicamento. | Portaria Nº 533, de 28 de março de 2012 , estabelece medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). <ul style="list-style-type: none"> Secretaria Municipal de Saúde Secretaria Estadual de Saúde. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=39759&janela=1 > |
| Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU 192) | Ao discar o número 192, o cidadão estará ligando para uma central de regulação que conta com profissionais de saúde para orientar os primeiros socorros por telefone. São estes profissionais que definem o tipo de atendimento, ambulância e equipe adequados a cada caso. Há situações em que basta uma orientação por telefone. | Leia a Port. Nº 1.927/GM de 15/09/2004 Estabelece incentivo financeiro aos estados e municípios, com Serviços de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, qualificados pelo Ministério da Saúde, para a adequação de áreas físicas das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23606 > |

| OUTROS | | |
|--|---|--|
| ITENS | Descrição | Para saber mais. |
| Lixo | O lixo resultante do atendimento não poderá ser deixado no domicílio. O profissional (a equipe) responde pelo protocolo referente ao descarte do lixo, resultante da ação em AD podendo ocorrer através do Centro de Saúde de referência da pessoa assistida observando, inclusive, o que está regulamentado para resíduos de serviços de saúde. | Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004 - Publicada no DOU de 10/12/2004 - Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Disponível em: < http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/be26a00474597429fb5df3fbc4c6735/RDC_306.pdf?MOD=AJPERES > |
| Ventiladores, Concentrador e Cilindro de oxigênio. | É realizado Contrato com empresa fornecedora, através da Secretaria Municipal de Saúde. Sugere-se que o CONTRATO com a empresa possibilite a troca e substituição imediata do equipamento em caso de defeito, prevenindo assim a rehospitalização da pessoa, por defeito ou falta do equipamento. | Acesse < http://www.sautil.com.br/oxigenoterapia-domiciliar > |
| Cadastro para Aviso de falta de Energia Elétrica | A pessoa que utiliza equipamentos de saúde, que dependem de energia elétrica para o seu funcionamento deve cadastrar-se na Empresa de energia elétrica de sua cidade para ser avisado com antecedência sobre eventuais interrupções no fornecimento de energia. O cadastro deverá ser realizado presencialmente na empresa de energia elétrica da cidade. | Acesse < http://www.sautil.com.br/oxigenoterapia-domiciliar-falta-energia > |
| Tarifa Social de Energia Elétrica | Família inscrita no Cadastro Único com renda mensal de até três salários mínimos, que tenha pessoa em tratamento de saúde, que necessita usar continuamente aparelhos/ consumo de energia têm direito a desconto na Conta de Energia Elétrica. | Lei nº 12.212, de 20/1/2010 , que dispõe sobre a tarifa Social de Energia Elétrica. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12212.htm > |
| Cartão Desfis - DSV | Autorização especial gratuita, para o estacionamento de veículos em via pública, em vagas especiais – para pessoas com deficiência de Mobilidade. | Lei 10.098 de 19/12/2000 Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10098.htm > |

| ITENS | Descrição | Para saber mais. |
|--------------------------------|---|---|
| Aquisição de Veículo | A pessoa poderá solicitar junto aos órgãos públicos a isenção dos impostos federais e estaduais para adquirir um veículo novo. Caso a pessoa não esteja capacitado para dirigir poderá cadastrar um condutor autorizado | <p>Informações sobre a isenção dos impostos federais IPI e IOF poderão ser obtidas através do site: www.receita.fazenda.gov.br/GuiaContribuinte/IsenIpiDefFisico/IsenIpiDefFisicoLeia.htm.</p> <p>As informações sobre a isenção do ICMS e IPVA poderão ser obtidas através do site: www.fazenda.mg.gov.br.</p> |
| Transporte | Articulação e respectivo protocolo firmados entre SAD, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Transportes de forma a assegurar o transporte da pessoa em AD. | Ao definir a desospitalização a pessoa a ser assistida em AD assim como a família devem ser orientadas e informadas desse protocolo, o desenho do fluxo para garantir o acesso ao transporte para consultas e exames. |
| Órteses, próteses e similares. | O SUS fornece equipamentos ou aparelhos, gratuitamente. O serviço é disponível via Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Benefícios do Programa/serviços especializados: reabilitação, órteses, próteses, e meios que auxiliam na locomoção. | Acesse o Site http://www.sautil.com.br/equipamentos-fisicos |
| Inclusão na Escola Formal | Cadastramento de crianças e jovens em AD para matrículas em escolas estaduais e municipais. | <p>BRASIL. Decreto nº 3.956 de 8/10/2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/d3956.htm.</p> <p>BRASIL, Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. Brasília: MEC/SEESP, 2008. Disponível em: portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducspecial.pdf</p> <p>BRASIL. Decreto nº 6.571, de 18/9/2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7611.htm#art11</p> |

| ITENS | Descrição | Para saber mais. |
|-----------------------------------|---|---|
| Benefícios Eventuais | Acesso aos benefícios de Auxílio Natalidade; Auxílio Funeral, Vulnerabilidade Temporária, Calamidade Pública. Encaminhar e inscrever a pessoa no Centro de Referência de Assistência Social do município (CRAS). | <ul style="list-style-type: none"> Lei n. 8.742, de 7/12/1993 - Lei Orgânica de Assistência Social (Loas) Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm> |
| Benefício de Prestação Continuada | <p>Assegura a transferência mensal de 1 (um) salário mínimo para:</p> <ul style="list-style-type: none"> A pessoa idosa com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais e para a pessoa de qualquer idade com: deficiência, impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial. <p>Em ambos os casos, deve-se comprovar não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. A renda mensal familiar per capita deve ser inferior a ¼ (um quarto) do salário mínimo vigente.</p> <p>A pessoa poderá procurar o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) ou a Secretaria Municipal de Assistência Social ou o órgão responsável pela Política de Assistência Social de seu município para receber as informações e apoio necessários para proceder ao requerimento.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Lei n. 12.435, de 06/7/2011 Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/.../Lei/L12435.htm> Lei n. 12.470, de 31/8/2011 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12470.htm> Decreto n. 6.214, de 26/9/2007 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6214.htm> Decreto n. 6.564, de 12/9/2008 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/Decreto/D6564.htm> |
| Bolsa Família | <p>Para receber o benefício são considerados:</p> <ul style="list-style-type: none"> a renda mensal per capita da família, o número de crianças o número de adolescentes até 17 anos a existência de gestantes e nutrízes. <p>A pessoa ou sua família deverá dirigir-se ao Centro de Referência de Assistência Social – CRAS ou a Secretaria Municipal de Assistência Social para receber as informações sobre os apoios necessários para proceder ao requerimento</p> | <ul style="list-style-type: none"> Lei n. 10.836 de 9/1/2004 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm> Portaria GM/MDS nº 341, de 7/10/2008 Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/legislacao1/portarias/2008/Portaria_de_Ingresso_de_Familias_no_PBF_no_341_com_as_alteracoes_da_Portaria_no_617-site-1.pdf> |

