

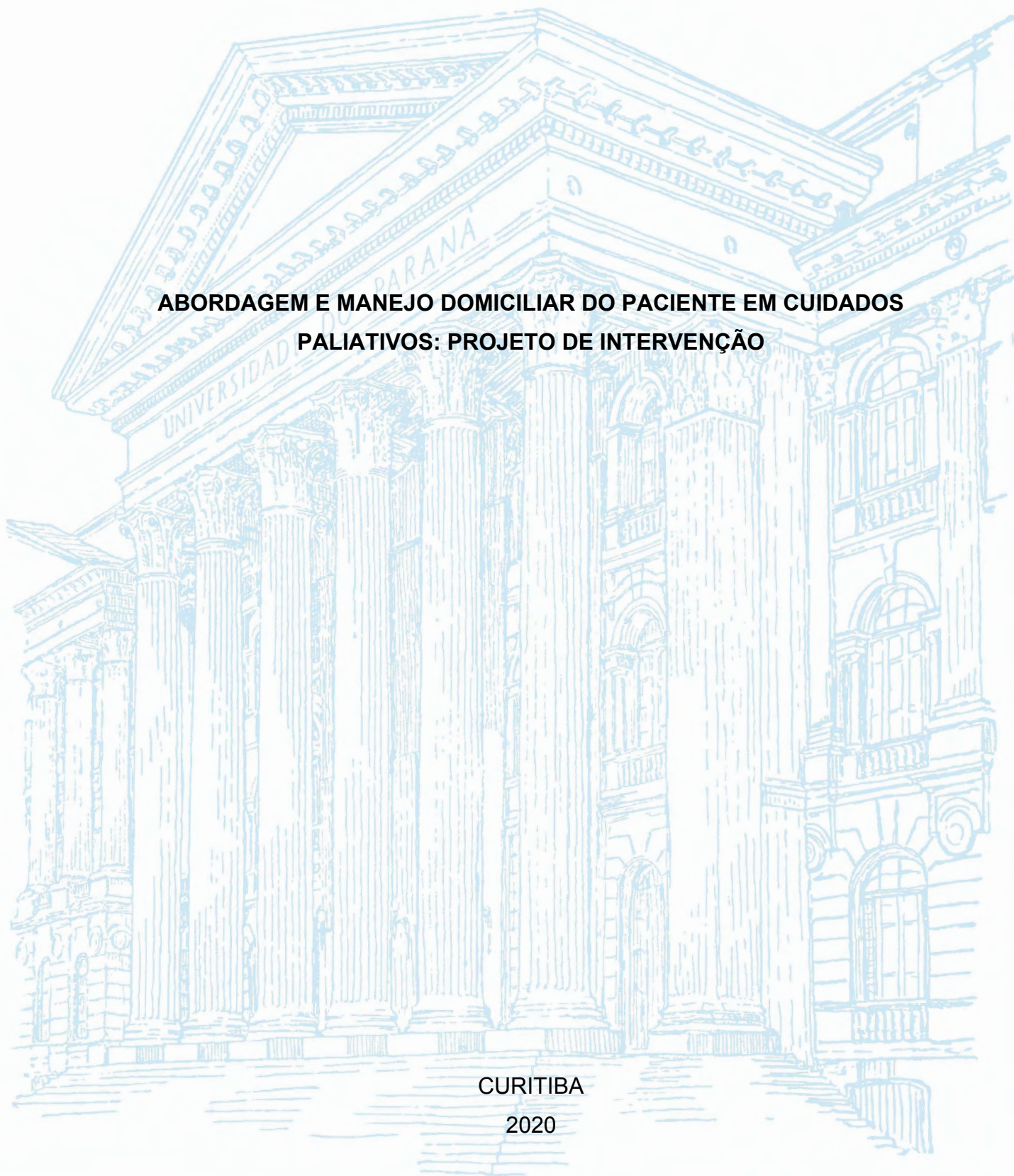
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CAROLINA FARRAN FIANDANESE

**ABORDAGEM E MANEJO DOMICILIAR DO PACIENTE EM CUIDADOS
PALIATIVOS: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

CURITIBA

2020



CAROLINA FARRAN FIANDANESE

**ABORDAGEM E MANEJO DOMICILIAR DO PACIENTE EM CUIDADOS
PALIATIVOS: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

TCC apresentado ao curso de Pós-Graduação em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica de Saúde.

Orientador(a): Prof.^a Laura Christina Macedo

CURITIBA

2020

TERMO DE APROVAÇÃO

CAROLINA FARRAN FIANDANESE

ABORDAGEM E MANEJO DOMICILIAR DO PACIENTE EM CUIDADOS
PALIATIVOS: PROJETO DE INTERVENÇÃO

TCC apresentado ao curso de Pós-Graduação em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Atenção Básica de Saúde.

Prof.^a Laura Christina Macedo
Departamento de Enfermagem, UFPR.

Curitiba, 05 de dezembro de 2020.

RESUMO

Doenças crônicas, oncológicas e terminais correspondem a uma importante demanda por visitas domiciliares da Equipe de Saúde da Família. Em Itaperuçu aproximadamente trinta famílias necessitam desse tipo de atenção. Cuidados paliativos devem ser oferecidos o mais cedo possível no curso de qualquer doença crônica potencialmente fatal, a fim de melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares, por meio de prevenção e alívio do sofrimento, detectando precocemente e tratando dor ou outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais. Os cuidados paliativos se estendem inclusive, à fase de luto. O objetivo desse trabalho é realizar educação em saúde para usuários do serviço de saúde que necessitam de cuidados domiciliares paliativos, bem como seus familiares e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Por meio de pesquisa-ação desenvolveu-se um plano de intervenção, que devido à pandemia de Covid-19 foi adaptado para evitar ações que exigissem aglomeração. Assim sendo, criou-se um grupo de Rede Social – *WhatsApp* onde foram convidados a participar ACS, pacientes e familiares. Neste espaço foram compartilhadas informações de interesse do grupo bem como materiais produzidos sobre o tema. Apesar de não ser possível a avaliação da implantação desta intervenção, os participantes manifestaram que se sentiram acolhidos e com maior autonomia no processo de cuidado de saúde doença, minimizando sofrimentos e desconfortos diários e comuns, solicitando a continuidade do projeto na comunidade. Pesquisas futuras podem avaliar o grau de satisfação dos usuários, bem como adaptar essa estratégia para outros grupos de usuários.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Cuidados domiciliares. Cuidados paliativos. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Chronic, oncological and terminal illnesses correspond to an important demand for home visits by the Family Health Team. In Itaperuçu, approximately thirty families need this type of care. Palliative care should be offered as early as possible in the course of any potentially fatal chronic disease, in order to improve the quality of life of patients and families, through the prevention and relief of suffering, early detection and treatment of pain or other physical problems, psychological, social and spiritual. Palliative care even extends to the mourning phase. The objective of this work is to carry out health education for health service users who need palliative home care, as well as their families and Community Health Agents (CHA). Through action research, an intervention plan was developed, which due to the pandemic Covid-19 was adapted to avoid actions that required agglomeration. Therefore, a Social Network group - WhatsApp was created in which CHA, patients and family members were invited to participate. In this space, information of interest to the group was shared, as well as materials produced on the topic. Although it is not possible to evaluate the implementation of this intervention, the participants stated that they felt welcomed and with greater autonomy in the health care process, minimizing daily and common suffering and discomfort, requesting the continuity of the project in the community. Future research can assess the degree of user satisfaction, as well as adapt this strategy to other groups of users.

Keywords: Primary Health Care. Home care. Palliative care. Family Health Strategy.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

QUADRO 1 – MEDICAMENTOS SINTOMÁTICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS...	15
QUADRO 2 – PACIENTES EM CUIDADO PALIATIVO DOMICILIAR (ÁREA SUL – ITAPERUÇU)	17
FIGURA 1 – ABORDAGEM NO GRUPO DO <i>WHATS APP</i>	20

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACS	- Agente Comunitária de Saúde
AD	- Atenção Domiciliar
APS	- Atenção Primária à Saúde
AVC	- Acidente Vascular Cerebral
CP's	- Cuidados Paliativos
DM 2	- Diabetes Mellitus tipo 2
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
FJP	- Fundação João Pinheiro
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PNUD	- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RAS	- Redes de Atenção à Saúde
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESA	- Secretária da Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCC	- Trabalho de Conclusão de Curso
UAPSF	- Unidade de Atenção Primária em Saúde da Família
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFPR	- Universidade Federal do Paraná

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 JUSTIFICATIVA	10
1.2 OBJETIVOS	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1 CUIDADOS PALIATIVOS.....	13
2.2 TERAPIA FARMACOLÓGICA PALIATIVA.....	14
2.3 REDES SOCIAIS NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	16
3 MÉTODO	17
4 RESULTADOS: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO	20
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
5.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS	22
REFERÊNCIAS	24
ANEXO 1 - PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO/DECÚBITO	26
ANEXO 2 - MUDANÇA DO PACIENTE NO LEITO	27
ANEXO 3 - INDICAÇÕES E CUIDADOS DA OXIGÊNIO TERAPIA DOMICILIAR	28
ANEXO 4 - PREVENÇÃO DE FERIDAS POR COMPLICAÇÃO DE DIABETES MELLITUS E INSUFICIÊNCIA VENOSA	29
ANEXO 5 - ORIENTAÇÕES SOBRE SONDAS NASOENTERAIS E NASOGÁSTRICAS	30
ANEXO 6 - CUIDADOS E EXPLICAÇÕES GERAIS SOBRE COLOSTOMIA	34
ANEXO 7 - ORIENTAÇÕES SOBRE HIGIENE BUCAL	35
ANEXO 8 - CUIDADOS E DICAS SOBRE O USO DE TRAQUEOSTOMIA	36
ANEXO 9 - CUIDADOS DIÁRIOS DE SONDAS VESICAIS	37
ANEXO 10 - ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS E DICAS ALIMENTARES	38

1 INTRODUÇÃO

Itaperuçu é um município localizado no Estado do Paraná, a 38 Km da capital do estado, faz parte da região metropolitana de Curitiba, e se confronta com os municípios de Rio Branco do Sul, Castro, Campo Largo e Almirante Tamandaré. Neste município residem 28.634 habitantes. É uma região predominantemente agrícola, possui atividades também na extração de minerais, destacando-se a instalação das fábricas de cimento e calcário (IBGE, 2019). A Unidade de Saúde da Mulher - UAPSF, unidade onde a autora atua como médica da Estratégia de Saúde da Família, localiza-se na região central do município, ao lado da Secretária de Saúde.

O último censo demográfico, realizado em 2010, descreve uma população composta por 11.984 homens e 11.903 mulheres. Em relação à faixa etária, a população é composta de 29.7% de jovens e 4.2% de idosos. Entende-se por jovens a faixa etária de 0 a 14 anos e por idosos pessoas com mais de 65 anos. A maioria da população, são os moradores com 15 a 64 anos, equivalendo a 66,1% da comunidade (IBGE, 2010).

Segundo dados do PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) e FJP (Fundação João Pinheiro), entre 2000 e 2010 a população de Itaperuçu cresceu a uma taxa média anual de 2,13%, enquanto no Brasil o crescimento foi de 1,17%, no mesmo período. Nesta década, a taxa de urbanização do município passou de 83,92% para 83,54%. Em 2010 viviam, no município, 23.887 pessoas, sendo 19.956 habitantes na área urbana, e o restante na zona rural.

Apesar da riqueza de produtos naturais que o território oferece, sendo a atividade mais explorada na região a produção de cal, o contexto social é marcado por vulnerabilidades. A população de Itaperuçu passou por um evento ambiental catastrófico no ano de 2018, quando um tornado danificou mais de 400 casas, deixou 12 residências completamente destruídas e quase metade da população (praticamente 12 mil pessoas) teve que ser realocada. Tal evento reflete em muito na realidade atual, pois, a comunidade ainda está em processo de recuperação dos danos físicos e principalmente sociais causados pelo tornado. Parte da população

está vulnerável economicamente devido à renda familiar muito baixa. A equipe dos serviços de saúde percebe os reflexos dessa tragédia, uma vez que grande parte dos pacientes perderam documentos, prescrições médicas, laudos de exames. Nas visitas domiciliares é possível ver a destruição das residências e outros espaços públicos e privados.

Itaperuçu é considerada uma cidade-dormitório, pois boa parte da população vai para cidades ao redor trabalhar, e retornam apenas para dormir em suas casas. O principal acesso às outras cidades é a Rodovia dos Minérios, que comunica Itaperuçu, uma estrada perigosa, onde diariamente são observadas mortes por acidentes automobilísticos, o que reflete em muito no perfil social da comunidade. A população vive em constante protesto para a duplicação e melhoria da rodovia.

A organização da rede de atenção à saúde (RAS) em Itaperuçu é composta por quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS): Unidade Jardim Itaú, Unidade da Mulher e duas UBS Rurais, configurando o nível primário de atenção básica. Não há maternidade no município, nem unidades do SAMU. Para atendimentos de maior complexidade, há o Hospital Geral, que oferece de consultas emergenciais e leitos de internação. As demais especialidades precisam de encaminhamento por meio da atenção básica para hospitais referenciados.

A UBS UAPSF está localizada no centro de Itaperuçu, com fácil acesso para a população local. A área sul (foco deste trabalho) é composta por 3632 habitantes, 1493 famílias, distribuídas nos bairros: Jardim Santa Maria, Centro, Vila Tome e São José. A maior demanda por atendimento é de usuários com doenças crônicas. Não estão disponíveis indicadores de mortalidade referentes especificamente à área sul, mas a taxa de mortalidade geral é de 5/1.000 habitantes (DATASUS/SESA-PR,2018).

As cinco principais causas de mortalidade na comunidade no último ano foram: doenças do aparelho circulatório, neoplasias (tumores), doenças do aparelho respiratório, causas externas de morbidade e mortalidade e doenças endócrinas/nutricionais/metabólicas (Ministério da Saúde/DATASUS, SESA-PR, 2018). O Serviço de Epidemiologia do município informa que em 2019 foram notificados 11 de sífilis congênita, um caso suspeito e descartado de sarampo e nenhum caso de dengue e tuberculose. Segundo a última atualização do E-SUS, a prevalência de Hipertensão

Arterial Sistêmica (HAS) em 2013 foi de 273 habitantes na área Sul.

As doenças crônicas, oncológicas e terminais, com comprometimento importante de funcionalidade do paciente correspondem à maior demanda de pedidos de visitas domiciliares da Equipe de Saúde da Família.

1.1 JUSTIFICATIVA

As doenças crônicas compõem o conjunto de condições relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura. Além da mortalidade, as doenças crônicas apresentam forte carga de morbidades relacionadas. São responsáveis por grande número de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações, perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Envolvem também perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava (BRASIL, 2013).

As desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade e a desigualdades no acesso à informação influenciam na prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes da evolução dessas doenças em certos grupos ou comunidades (SCHMIDT et al., 2011).

Diante desse quadro, evidencia-se a importância da reorganização dos serviços da atenção primária à saúde (APS) para assegurar a oferta dos cuidados às doenças crônicas, que no momento são necessários à população de Itaperuçu. Para a realização deste projeto leva-se em consideração a importância do cuidado integral à saúde que impacte na situação de saúde e à autonomia das pessoas. A Estratégia Saúde da Família atua como principal estratégia de organização e expansão da APS por meio qualificação de profissionais para atender, de maneira integral, aos principais problemas de saúde dessa população.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que os cuidados paliativos

(CP's) devem ser oferecidos o mais cedo possível no curso de qualquer doença crônica potencialmente fatal, definindo que os cuidados paliativos deveriam garantir uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e de suas famílias, na presença de problemas associados a doenças que ameaçam a vida, mediante prevenção e alívio de sofrimento pela detecção precoce e tratamento de dor ou outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais, estendendo-se inclusive à fase de luto (OMS, 2002).

Os diversos níveis de atenção à saúde na RAS-SUS – atenção primária, secundária e terciária – articulam-se de modo a integrar e coordenar a atenção à saúde ao longo de todo o processo de assistência, inclusive em cuidado paliativo. O nível de atenção em que a pessoa é assistida em cuidado paliativo pode variar de acordo com a complexidade do cuidado, que tende a modificar-se ao longo do curso evolutivo da sua enfermidade. Assim, uma pessoa, que estava em acompanhamento domiciliar pela Atenção Primária, pode necessitar de transferência para um hospital (atenção terciária), por uma necessidade de manejo de sintomas mais complexos ou pela inviabilidade de uma morte no domicílio. Nesses casos, entende-se que o deslocamento do paciente para um nível secundário ou terciário pode ser necessário para cumprir um objetivo terapêutico em um determinado momento clínico da enfermidade seguindo sempre o plano de cuidado preestabelecido (cuidado coordenado). O compartilhamento do plano de cuidados entre os diferentes níveis de atenção à saúde auxilia os diversos profissionais no direcionamento do cuidado, reduzindo o risco de falha terapêutica.

Os sinais e sintomas prevalentes e comuns nas diferentes fases de evolução de processos de adoecimento, em especial, na pessoa em cuidado paliativo: dor; náusea e vômito; dispneia; constipação intestinal; diarreia; soluço; tosse; hemoptise; secreção em vias respiratórias; prurido, úlceras de pressão e por complicações de diabetes. Os profissionais de saúde por falta recursos e de coordenação de cuidados junto com a equipe da ESF e com os familiares apresentam dificuldades para atuar nesse tipo de paciente, seja no paciente oncológico ou no portador de complicações de doenças crônicas. Além disso, pacientes que necessitam de cuidados paliativos podem necessitar de cuidados de complexidades distintas, o que demanda integração

entre os níveis de atenção. Por isso, é preciso articular os diferentes componentes do sistema de saúde, criando um mecanismo de referência e contra referência para casos de intercorrência clínica, reduzindo o estresse do paciente e seus familiares bem como de internações hospitalares longas e de alto custo.

1.2 OBJETIVOS

O objetivo deste plano de intervenção é realizar educação em saúde para usuários do serviço de saúde, familiares e ACS de pacientes em cuidados paliativos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A terapêutica paliativa está associada à intervenção multiprofissional voltada para o controle de sintomas e para a preservação da qualidade de vida da pessoa cujo adoecimento ou situação ameaça a continuidade da vida. Entre os diferentes tipos de serviços de saúde focados no cuidado paliativo, a atenção domiciliar é o que favorece, de maneira significativa, a melhoria da qualidade de vida e a continuidade das relações sociais e familiares cotidianas da pessoa doente, o que influencia positivamente o curso da doença. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Atenção Domiciliar (AD) está definida nas seguintes normativas do Ministério da Saúde: Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde; Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017 – Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde; Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 – Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

O cuidado paliativo é um dos critérios de elegibilidade para AD na RAS-SUS: considera-se elegível na modalidade Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2) a pessoa que, tendo indicação para AD, com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresenta necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico, no mínimo semanal, para controlar a dor e o sofrimento (BRASIL, 2017b).

A APS compreende um modo de atenção constituído de cuidados essenciais de saúde baseados em métodos, tecnologias práticas e evidências científicas socialmente aceitáveis que estejam ao alcance universal de indivíduos, famílias e comunidade, mediante o incentivo à participação popular. Tal pressuposto, originário da Declaração de Alma-Ata de 1978, tem em mira uma nova forma de organização do sistema de saúde, caracterizada por ações multidisciplinares de âmbito individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção nesses sistemas (UNICEF, 1978).

Cabe ressaltar que os CP implicam uma relação interpessoal entre os que cuidam e quem é cuidado, dependendo, assim, de abordagem multidisciplinar para produzir assistência harmônica, voltada para o indivíduo sem possibilidade de cura, bem como para sua família (CARDOSO, et al 2015).

Diante da crescente demanda por CP, torna-se difícil contar com número suficiente de especialistas para a assistência. Tampouco essa perspectiva da atenção à saúde diz respeito apenas aos especialistas, já que a preocupação com os CP também deve envolver os profissionais de saúde generalistas, cuidadores e familiares, os quais prestam assistência primária a esses pacientes (MITCHELL, 2015).

Concomitantes ao envelhecimento da população constata-se também, alterações no perfil de morbidade, destacando-se processos clínicos crônicos e complexos (que comprometem um ou mais sistemas ou órgãos). A ampliação do tempo de vida e o aumento de pessoas com doenças crônico-degenerativas fazem ampliar a necessidade e a demanda por cuidados de saúde continuados e, até intensivos. Nesse contexto, são potencializados a incorporação e o consumo de recursos na atenção à saúde, a tendência à medicalização da vida e o maior risco de morte e sofrimento associados às complicações e à evolução da doença ou relacionados ao próprio tratamento.

2.1 CUIDADOS PALIATIVOS

Com o envelhecimento da população, apesar do avanço e maior disponibilidade de tecnologias, há uma maior prevalência de doenças crônicas. A partir dessa nova realidade, os profissionais de saúde se deparam com o exercício de cuidar de

pacientes fora de possibilidades de cura, surgindo assim a área de atuação multiprofissional de Cuidados Paliativos (MATSUMOTO, 2009). Os princípios dos cuidados paliativos (CP's) foram reafirmados pela OMS em 2002, com alguns princípios gerais de norteamiento de suas ações:

- promover o alívio da dor e de outros sintomas estressantes;
- reafirmar a vida e ver a morte como um processo natural;
- não antecipar e nem postergar a morte;
- integrar aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado;
- oferecer um sistema de suporte que auxilie o paciente a viver tão ativamente quanto possível até a sua morte;
- auxiliar a família e os entes queridos a sentirem-se amparados durante todo o processo da doença;
- iniciar o mais precocemente possível, junto a outras medidas de prolongamento de vida como a quimioterapia, radioterapia, cirurgia, tratamento antirretroviral, drogas modificadoras do percurso da doença, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreensão e manejo dos sintomas.

2.2 TERAPIA FARMACOLÓGICA PALIATIVA

É importante ressaltar que apenas médicos podem prescrever medicamentos aos pacientes. Os principais medicamentos sugeridos pela OMS para o controle de sintomas são apresentados a seguir (QUADRO 1):

QUADRO 1 – MEDICAMENTOS SINTOMÁTICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Medicamento	Indicação da IAHP	Inclusão na Lista Modelo da OMS (2007)	Inclusão na RENAME (2006)
Acetato de megestrol	Anorexia	Não	Sim
Amitriptilina	Depressão; dor crônica neuropática	Sim	Sim
Bisacodil	Constipação	Não	Não
Carbamazepina	Dor crônica neuropática	Sim	Sim
Codeína	Diarréia; dor leve a moderada	Sim	Sim
Dexametasona	Anorexia, náusea, vômito, dor neuropática	Sim	Sim
Diazepam	Ansiedade generalizada, insônia transitória	Sim	Sim
Diclofenaco	Dor leve a moderada	Não	Não
Difenidramina	Náusea, vômito	Não	Não
Fentanila	Dor intensa	Não	Sim
Gabapentina	Dor neuropática	Não	Não
Haloperidol	Delírio, agitação, náusea, vômito	Sim	Sim
Butilbrometo de hioscina	Dor visceral em cólica, náusea, vômito	Não	Não
Ibuprofeno	Dor leve a moderada	Sim	Sim
ISRS* (fluoxetina)	Depressão	Sim	Sim
Levomepromazina	Delírio, agitação	Não	Não
Loperamida	Diarréia	Não	Sim
Lorazepam	Ansiedade, insônia	Não	Não
Metadona	Dor moderada a intensa	Sim	Não
Metoclopramida	Náusea, vômito	Sim	Sim
Midazolam	Ansiedade, agitação	Não	Sim
Mirtazapina	Depressão	Não	Não
Morfina	Dor intensa, dispnéia	Sim	Sim
Óleo mineral (enema)	Constipação	Não	Não
Octreotida	Diarréia, vômito	Não	Não
Oxicodona	Dor intensa	Não	Não
Paracetamol	Dor leve a moderada	Sim	Sim
Prednisolona	Anorexia	Sim	Sim
Sais de reidratação oral	Diarréia	Sim	Sim
Sena	Constipação	Sim	Não
Tramadol	Dor leve a moderada	Não	Não
Trazodona	Insônia	Não	Não
Zolpidem	Insônia	Não	Não

*Inibidores seletivos de recaptação de serotonina

FONTE: International Association for Hospice and Palliative Care - IAHP.

2.3 REDES SOCIAIS NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

As redes sociais impactaram a vida moderna e os processos de ensino e aprendizagem foram modificados por novos hábitos, acessos e facilidades. É necessário estabelecer novas conexões para a produção do conhecimento cada vez mais mediadas pelo uso das novas tecnologias de informação. Diante este contexto, redes sociais surgem como mais um instrumento que pode servir de apoio ao processo ensino-aprendizagem, principalmente se considerarmos a quantidade de acesso e a popularização desse tipo de mídia em nossa população.

As redes sociais são grupos existentes na Internet cujo objetivo é o compartilhamento de diferentes tipos de dados e informações onde é possível realizar a postagem de variados tipos de textos, imagens e vídeos. Inicialmente, as redes sociais tiveram como principal foco o relacionamento interpessoal, contudo mostrou-se como importante ferramenta a ser utilizada como objeto de marketing e como nova possibilidade na Educação (LEKA; GRINKRAUT, 2014).

Desde sua criação foram incorporados ao *Whatsapp* os mais variados recursos para que uma comunicação cada vez mais rápida viesse a ocorrer. O compartilhamento de arquivos, fotos e mensagens contendo toda sorte de conteúdo é capaz de, em segundos, atingir milhões de pessoas, visto que o acesso aos *smartphones* e à Internet aumenta a cada dia. Assim, o *Whatsapp* configura-se com uma possível ferramenta *Mobile Learning* ou *M-learning*.

M-Learning deriva-se do *E-learning* e é caracterizado pela junção da mobilidade com a aprendizagem. Para fazer uso do *M-Learning* pode-se lançar mãos de diversos tipos de tecnologias como serviços de correio de voz; correios eletrônicos; transmissão de sons, fotos e vídeos; serviços de mensagens curtas ou *short message service* (SMS) e *multimídia message service* (MMS) (OLIVEIRA *et al.* 2014). Tais recursos permitem a interatividade e uma aprendizagem colaborativa.

Uma vez que mais de seis bilhões de pessoas no mundo têm acesso a telefones celulares, demonstrando que o alcance a tecnologias móveis é maior do que a condições básicas de saneamento, modalidades de ensino em que os dispositivos móveis possam ser utilizados no processo ensino/aprendizagem tornaram-se mais do que realidade. E com a popularização de conexões 3g e 4g facilitando o uso de

tecnologias móveis globalmente, cresce ainda mais a possibilidade do M-Learning como ferramenta de ensino, embora pesquisas ainda não apontem seu uso de forma significativa por parte dos educadores (OLIVEIRA *et al.* 2014).

3 MÉTODO

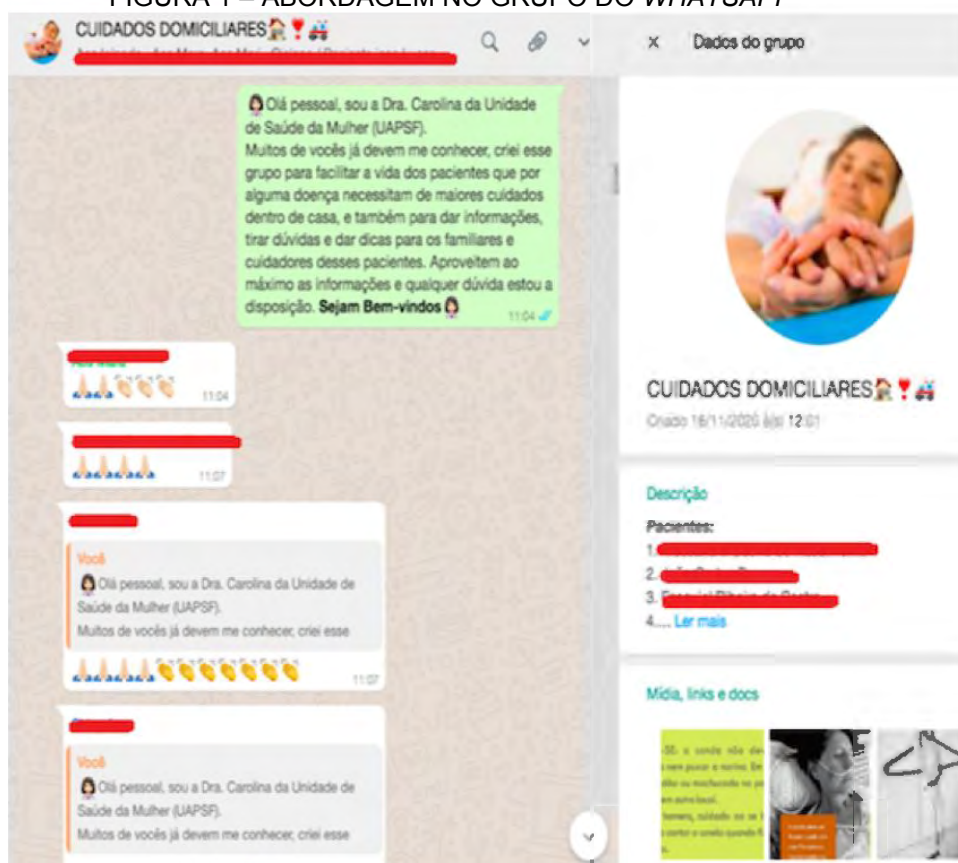
Na área de atuação desta profissional, existem aproximadamente 30 pacientes que necessitam de cuidados paliativos domiciliares. Em virtude da pandemia de Corona vírus (COVID-19) e dos protocolos de segurança do Ministério da Saúde, o projeto de intervenção necessitou ser adaptado para poder ser concretizado. Dessa forma as propostas de: palestras, rodas de conversa e materiais educativos impressos, foram substituídas por uma intervenção *online*. Em novembro de 2020 foi criado um grupo na rede social *WhatsApp* (FIGURA 1), onde foram adicionadas as seis Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e um membro de cada família de pacientes portadores de alguma comorbidade limitante de atividades diárias e que necessitem de cuidados domiciliares. As ACS identificaram as famílias com perfil para participar do grupo, fizeram contato com as/os cuidadoras/es, explicaram o objetivo do grupo, ofereceram o serviço e obtiveram e o número de telefone de membros da família que manifestaram interesse em participar da atividade. Segue quadro com lista de pacientes incluídos na pesquisa (QUADRO 2):

QUADRO 2 – PACIENTES EM CUIDADO PALIATIVO DOMICILIAR (ITAPERUÇU- ÁREA SUL)

Paciente	Problema identificado
01 – Masculino 35 anos:	Sequela neurológica motora/cognitiva após acidente de trabalho (queda de nível);
02 – Masculino, 62 anos:	HAS, tabagista grave e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica;
03 – Masculino, 39 anos:	Paralisia Cerebral Congênita e sequela neurológica pós ferimento por arma de fogo;
04 – Feminino 54 anos:	Sequela neurológica por ferimento de

	arma de fogo, em uso de traqueostomia e gastrostomia. Presença de úlcera de decúbito;
05 – Masculino, 91 anos:	HAS, DM 2, acamado e domiciliado;
06 – Masculino, 72 anos:	Câncer de intestino em uso de bolsa de colostomia e DM 2;
07 – Masculino, 68 anos:	Polineuropatia inflamatória crônica em uso de gastrostomia e traqueostomia;
08 – Masculino, 83 anos:	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica em uso de oxigênio domiciliar;
09 – Masculino, 71 anos:	DM 2, HAS e seqüela neurológica motora/cognitiva após AVC;
10 – Masculino, 71 anos:	Câncer de intestino em uso de bolsa de colostomia;
11 – Feminino, 54 anos:	Doença neurológica degenerativa, cadeirante;
12 – Masculino, 81 anos:	Insuficiência venosa e arterial com redução de funcionalidade, úlcera venosa em membro inferior refratária ao tratamento;
13 – Masculino , 67 anos:	Seqüela neurológica motora/cognitiva após AVC;
14 – Masculino, 62 anos:	Insuficiência venosa e arterial com redução de funcionalidade;
15 – Masculino, 83 anos:	HAS, DM 2, acamado e domiciliado;
16 – Feminino, 78 anos:	Câncer de mama em tratamento com quimioterapia;
17 – Feminino, 45 anos:	Câncer de intestino em tratamento com quimioterapia;
18 – Feminino, 81 anos:	HAS, DM 2, Doença Renal Crônica e Insuficiência Cardíaca Grave;

19 – Masculino, 81 anos:	HAS, DM 2, acamado e domiciliado;
20 – Masculino, 16 anos	Sequela neurológica após politrauma (colisão/ejeção moto) em uso de sonda vesical de demora. Presença de úlcera de decúbito;
21 – Masculino, 58 anos	Sequela neurológica motora/cognitiva após AVC;
22 – Feminino, 20 anos	Doença neurológica degenerativa, acamada;
23 – Feminino, 71 anos	HAS, DM 2, obesidade mórbida e dor crônica;
24 – Feminino, 68 anos	HAS, DM 2 e sequela neurológica motora após AVC;
25 – Masculino, 48 anos	HAS, DM 2, obesidade mórbida e sequela motora após AVC;
26 – Masculino, 70 anos	HAS, DM 2 e sequela neurológica motora/cognitiva após AVC;
27 – Feminino, 58 anos	HAS, DM 2, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Revascularização miocárdica há 5 anos e AVC com sequela motora e neurológica;
29 – Masculino, 84 anos	HAS, DM 2 e sequela neurológica motora/cognitiva após AVC;
30 – Feminino, 62 anos	HAS, DM 2, Trombose Venosa Profunda há 2 meses e úlcera venosa em membro inferior.

FIGURA 1 – ABORDAGEM NO GRUPO DO *WHATSAPP*

FONTE: *WhatsApp* – Grupo Cuidados Domiciliares (2020)

As intervenções foram realizadas por meio de compartilhamentos simples e didáticos de informações via Rede Social *WhatsApp*, A estratégia foi: entre duas a três vezes por semana compartilhar imagens, vídeos e textos em linguagem simples transmitindo informações que facilitem o dia a dia do público-alvo, além de criar espaço para responder dúvidas pontuais.

4 RESULTADOS: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO

Os resultados correspondem aos materiais produzidos durante o processo do estudo. Os temas abordados foram escolhidos levando-se em consideração as necessidades das famílias participantes da intervenção, sempre buscando facilitar e levar ao conforto do paciente e seus familiares/cuidadores.

1. Imagens e textos sobre prevenção de úlceras de pressão/decúbito (anexo 1);
2. Vídeos de como realizar de forma fácil a mudança do paciente no leito (anexo 2);
3. Explicação sobre indicações e cuidados do uso de oxigênio domiciliar, e a experiência da comunidade sobre esse tipo de procedimento (anexo 3);
4. Prevenção de feridas por complicação de diabetes mellitus e insuficiência venosa através de cuidados simples e como reconhecê-las através de imagens (anexo 4);
5. Orientações sobre para que servem e sobre o manuseio de sondas nasoenterais e nasogástricas (anexo 5);
6. Cuidados e explicações gerais sobre colostomia (anexo 6);
7. Auxílio e orientações sobre como manter a higiene bucal (anexo 7);
8. Cuidados e dicas sobre o uso de traqueostomia (anexo 8);
9. Cuidados diários de sondas vesicais (anexo 9);
10. Orientações nutricionais e dicas alimentares (anexo 10).

Segundo o Ministério da Saúde (2013), as queixas e complicações mais comuns em pessoas que necessitam de cuidados domiciliares estão relacionadas a morbidades das doenças crônicas que limitam a funcionalidade do paciente, uso de ostomias, de sondas e de oxigênio domiciliar. Essas demandas corroboram com os achados da prática clínica e, não havendo manejo correto e demora na identificação de problemas, podem surgir complicações sistêmicas de difícil controle.

Reforça-se que as orientações oferecidas no grupo fazem parte de uma ação de educação em saúde e não substituem a avaliação médica regular.

As ACS asseguram-se de fornecer o número de telefone de membros da família que possuam fácil acesso à internet e *Wi-fi*, nenhuma família apresentou restrições e dificuldades quanto a acessibilidade desse meio de comunicação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento da população traz novos desafios para os trabalhadores da saúde, dentre eles a demanda de famílias com pessoas acamadas. Diante de uma realidade dinâmica é importante aprender a usar os recursos tecnológicos a favor das equipes de Atenção Primária em Saúde e dos usuários dos serviços de saúde.

A partir desta intervenção, foi possível criar um grupo com mais de 30 pessoas, com o objetivo de difundir informações confiáveis sobre temas de interesse de familiares e ACS que convivem com pessoas que necessitam de cuidados domiciliares. Apesar das dificuldades referentes a Pandemia do SARS-COV2 e do curto espaço de tempo pode-se perceber que os resultados foram positivos., pois os familiares tiraram dúvidas e se sentiram acolhidos no processo de cuidado. Também referiram que os pacientes apresentaram maior alívio dos sintomas, o que vem ao encontro do princípio do cuidado paliativo que é promover a qualidade de vida do paciente e familiares por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce de situações possíveis de serem tratadas, da avaliação cuidadosa e minuciosa e do tratamento da dor e de outros sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Contribuíram com este trabalho e merecem nosso reconhecimento, a equipe da UBS, o serviço de epidemiologia, as ACS, enfermeiros, equipes da secretaria de saúde e principalmente a comunidade de Itaperuçu.

5.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Na análise subjetiva de relatos feitos por usuários, familiares e, ACS percebe-se que a comunidade ficou satisfeita e sentiu-se privilegiada de poder fazer parte desse projeto de cuidado saúde-doença, com resultados positivos já dentro da rotina dessas famílias. Para melhor avaliação desse impacto na comunidade são necessários estudos posteriores com aplicação de um questionário para avaliação da ação implantada.

Outra opção seria ampliar a amostra, para as demais áreas do município, bem como ampliar o uso de outras ferramentas online, como *Facebook e Instagram*.

Também é possível, em um momento após a pandemia, desenvolvermos estudo comparativo de satisfação e qualidade de vida entre grupo com acesso às informações *online* e grupos com a atividades de educações em saúde presenciais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de informática do Sistema Único de Saúde, DATASUS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, E-SUS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

CARDOSO, H. *et al.* **Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional**. Texto & Contexto Enferm. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400032>. Acesso em 4 dez. 2020.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Cuidados Primários de Saúde**. Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 1978, 6-12 set.: Alma-Ata, URSS. Brasília: Unicef; 1979.

GENG, V. *et al.* Catheterisation Indwelling catheters in adults: Urethral and Suprapubic. Arnhem: **European Association of Urology Nurses**, 2012. Disponível em: <http://nurses.uroweb.org/guideline/catheterisation-indwelling-catheters-in-adults-urethral-and-suprapubic/>. Acesso em 18 nov. 2020.

GOULD, C. V. *et al.* Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, Thorofare, NJ, v. 31, n. 1, p. 319-326, 2010.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/itaperucu>. Acesso em 15 set. 2020.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE AND PALLIATIVE CARE (IAHPC). IAHPC list of Essential Medicines in Palliative Care. Disponível em: <http://www.hospicecare.com>. Acesso em 29 set. 2020.

IPARDES – INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONOMICO E SOCIAL. **Caderno estatístico município de Itaperuçu**, 2019. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=83560&btOk=ok>. Acesso em 08 de set. 2020.

ITAPERUÇU. Secretária de Saúde de Itaperuçu – Setor de Epidemiologia, 2020.

JUSTINO, E. *et al.* Os cuidados paliativos na atenção primária à saúde: scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, e3324, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100605&lng=en&nrm=iso. Acesso em 3 out. 2020.

LEKA, A. R.; GRINKRAUT, M. L. A utilização das redes sociais na educação superior. **Revista Primus Vitam – Revista de Ciências e Humanidades**, São Paulo, p. 1-12, 2014. Disponível em: http://mackenzie.br/fileadmin/graduacao/cch/primus_vita_m/primus_7/aline.pdf. Acesso em 07 out. 2020.

MATSUMOTO, DY. **Cuidados paliativos**: conceito, fundamentos e princípios. In: Manual de cuidados paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

MITCHELL, G. Primary palliative care: facing twin challenges. **Aust Fam Physician**, 2011. Disponível em: <http://www.racgp.org.au/download/documents/AFP/2011/July/201107mitchell.pdf>. Acesso em 3 dez. 2020.

MITCHELL, N. Long term urinary catheter problems: a flow chart to aid management. **Br J Community Nurs**. 2008 Jan;13(1):6, 8, 10-2. Disponível em: 10.12968/bjcn.2008.13.1.27977. PMID: 18399365. Acesso em 5 out. 2020.

NATIONAL CLINICAL GUIDELINE CENTRE. Infection: Prevention and control of healthcare-associated infections in primary and community care. **London: Royal College of Physicians**, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK115271/>. Acesso em 19 dez. 2020.

OLIVEIRA, E. *et al.* Experiência de uso do Whatsapp como Ambiente Virtual de Aprendizagem em um curso a distância. In 3º Congresso Brasileiro de Informática na Educação e 20ª Workshop de Informática na Escola. **Anais**. Dourados: Universidade Federal de Grande Dourados (UFGD), 2014.

OLIVEIRA, E. *et al.* Estratégias de uso do WhatsApp como um ambiente virtual de aprendizagem em um curso de formação de professores e tutores. In: Simpósio Internacional de Educação à Distância. 2014, São Carlos. **Anais**. São Carlos: UFSCAR, 2014, p. 1-15.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**: conceitos, processo e prática. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PARANÁ. Governo do Estado. Secretária de Saúde. **Projeto QualiSUS - Rede Subprojeto Região Metropolitana Curitiba Paraná**, 2010. Disponível em:

Qualisus-PR-web.pdf. Acesso em 11 de nov. 2020.

REGAZZOLI, F. *et al.* **Cartilha: Eu cuido, nós cuidamos**. Cuidados domiciliares a pacientes sob cuidados paliativos. Ribeirão Preto, 2019. USP. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/173oDkCO9Vp0MQdIWf_rereYu7_hlsTVQ/view. Acesso em 3 de dez. 2020.

SCHAEFFER, A. J. Placement and management of urinary bladder catheters in adults. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/placement-and-management-of-urinary-bladder-catheters-in-adults>. Acesso em 19 nov. 2020.

SCHMIDT, M.I. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**. 2011;377(9781):1949-61. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9.

SOUZA, H. *et al.* Cuidados paliativos na atenção primária à saúde: considerações éticas. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 349-359, Aug. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000200349&lng=en&nrm=iso. Acesso em 06 dez. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers**. Suíça, 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250584/1/9789241565417-eng.pdf>. Acesso em 19 out. 2020.

ANEXO 1 – PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO/DECÚBITO



FONTE: Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. Guanabara Koogan, 2006

ANEXO 2 – MUDANÇA DO PACIENTE NO LEITO



FONTE: <https://www.youtube.com/watch?v=UjnXFOqk3HA>

ANEXO 3 – INDICAÇÕES E CUIDADOS DA OXIGÊNIOterapia DOMICILIAR




👤 Boa tarde queridos! 👤 vim perguntar para vocês quem aí já viu ou conhece pacientes que usam oxigênio em casa?

📖 **Respirar** é uma das ações mais básicas da vida. Os movimentos de contração e expansão dos pulmões levam oxigênio e vida ao organismo. Respirar é viver. Mas há pessoas que, por diferentes razões e em fases distintas da vida, não conseguem respirar direito e precisam do auxílio de aparelhos para que seus corpos possam receber a quantidade necessária de oxigênio. E o melhor é que, dependendo da situação, nem é preciso ficar internado em um hospital para ter acesso a tecnologias que ajudam a respirar melhor. O Serviço de Oxigenoterapia Domiciliar possibilita que pessoas em diversas fases da existência possam contar com esse auxílio na sua própria casa.

Trata-se de um serviço de saúde muito importante para melhorar a

muito importante para melhorar a qualidade de vida das pessoas com enfermidades como Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), fibrose pulmonar e cardiopatias, além de pacientes em cuidados paliativos, que estão em fase terminal de vida. 🌿

ANEXO 4 – PREVENÇÃO DE FERIDAS POR COMPLICAÇÃO DE DIABETES MELLITUS E INSUFICIÊNCIA VENOSA



👋 Olá. Como vocês estão? Aqui vai mais uma informação muito importante para nossos pacientes que tem Diabetes. Não podemos esquecer que essa doença acaba diminuindo a sensação do paciente de perceber algum tipo de machucado, por isso devemos ficar atentos ao aparecimento de feridas que demoram para desaparecer e sinais de infecção! 🤔 Mas como fazer isso? 🙌 Olhar ou pedir que alguém veja os seus pés diariamente (principalmente na sola e entre os dedos) em busca de lesões. 🙌 Se perceber qualquer machucado ou mancha diferente nos pés, comunicar a sua ACS 🙌

Tomar cuidado ao cortar as unhas: não retirar cutículas, não estourar bolhas.

🙌 Evite andar descalço, protegendo os pés com meias e calçados confortáveis para que ocorram machucados. 🙌

FONTES: Sociedade Brasileira de Diabetes e Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia

ANEXO 5 – ORIENTAÇÕES SOBRE SONDAS NASOENTERAIS E NASOGÁSTRICAS

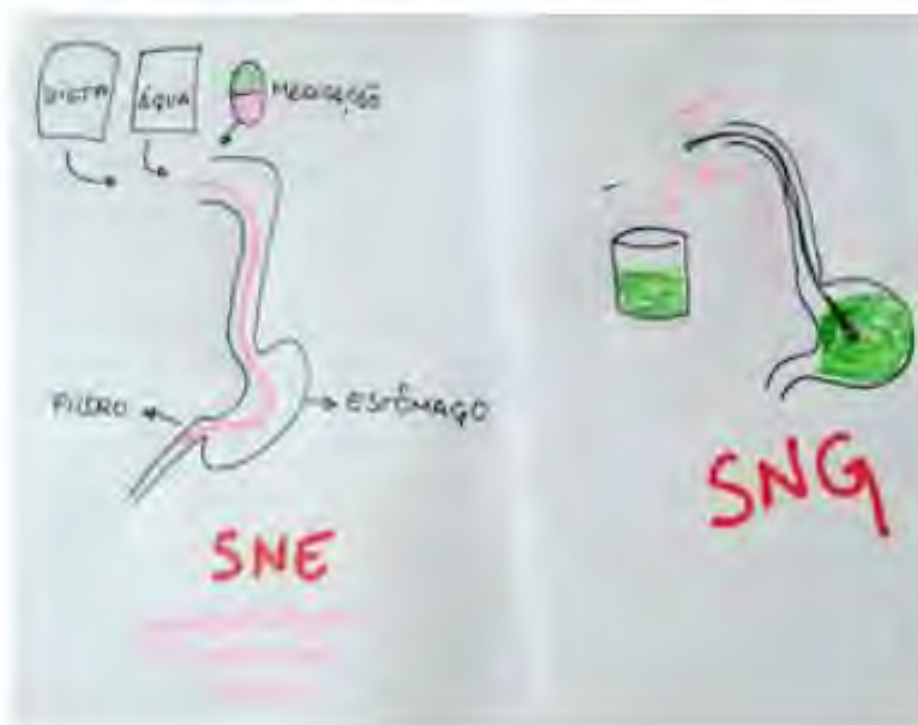
🗣️ *Meu familiar usa sonda nasográstica/nasoenteral. O que é e como devemos usar?* 🗣️

Primeiro de tudo, qual a diferença entre cada uma dessas sondas? A sonda nasoenteral é aquela sonda que vai até o intestinal e serve para principalmente nutrir aquele paciente que não consegue mais se alimentar pela boca. A sonda nasogástrica é aquela que sonda que vai até antes do caminho, ou seja, só vai até o estomago.

🗣️ Seu familiar pode ir para casa usando alguma dessas sondas. Elas servem para oferecer o alimento para aqueles não tem condições de se alimentar pela boca ou mesmo contender medicamentos que a pessoa não conseguirá engolir. 🗣️

A primeira foto é a sonda nasoenteral, e a segunda é a sonda nasogástrica, se vocês verem pela última foto a sonda nasogástrica serve principalmente para aquele paciente que está com muito conteúdo alimentar parado dentro do estômago e acaba vomitando por isso, ele ajuda a ``esvaziar``

Alguém entendeu bem a diferença??



FONTE IMAGEM: <https://www.youtube.com/watch?v=6YHdYYgC3Dg&feature=youtu.be>



Para ajudar vocês vou dar umas dicas importantes na manipulação e cuidado com essas sondas!

1. Lavar as mãos antes do preparo e da administração dos remédios
2. A cabeceira da cama deve estar elevada 30 a 40 graus (vou mostrar na foto) durante a administração dos remédios pela sonda. Essa posição pode ser ajudada com auxílio de travesseiros como na foto.
3. Lavar o recipiente que é utilizado durante a trituração dos remédi

Lembre se que esse recipiente **APENAS** deve ser utilização para trituração de remédios

4. Triturar o comprimido até virar pó
5. Diluir em 20 ml de água filtrados e aspirar todo o conteúdo em uma seringa
6. Se o familiar estiver recebendo alimentação , pare e lave a sonda com 20 ml de água filtra
7. Administre o medicamento e leva a sonda novamente com 20 ml de água filtrada
8. Se for mais de um medicamento (comprimido) faça um de cada vez. Lave a sonda entre cada medicamento administrando 20 ml de água filtrada.
9. Observar se a sonda está fixada corretamente
10. Como sei se a sonda está no lugar errado? Isso pode ser feito através da medida externa da sonda utilizando uma fita métrica e



📌 Agora o mais importante! 📌

QUANDO PROCURAR O POSTINHO POR PROBLEMAS NA SONDA?

1. Diarreia por mais de um dia
2. Constipação (ficar sem evacuar) por mais de três dias
3. Enjoo e vômitos que não param
4. Dor de barriga , dor quando passa a comida pela sonda
5. Febre (mais de 37,8•)
6. Rosto ou pernas inchadas
7. Sangramentos
8. Saída da sonda

ANEXO 6 – CUIDADOS E EXPLICAÇÕES GERAIS SOBRE COLOSTOMIA

Boa Tarde Pessoal, como combinado hoje iremos falar de bolsas de colostomia, alguns dos nossos pacientes possuem. Mesmo sendo algo não tão comum no nosso cotidiano, aprender a lidar e normalizar elas é muito importante, nada mais são do que aberturas que o intestino faz para a parte de fora da barriga, criados cirurgicamente, a fim de se construir um novo caminho para a saída das fezes para o exterior,



FONTE IMAGEM: <https://blog.maconequi.com.br/como-colocar-bolsa-de-colostomia/>

1. Esvazie a bolsa sempre que estiver cheia;
2. Durante o banho, é possível tirar ou não a bolsa de colostomia, mantendo apenas a parte adesiva:
 - Se a bolsa for mantida durante o banho, a proteja com um plástico preso com fitas adesivas. Jogue água limpa por dentro da bolsa e faça movimentos permitindo que a água retire o excesso de sujidade na parte interna da bolsa. Repita quantas vezes for necessário. Após, retire toda a água e feche a saída da bolsa.
 - Se optar por tirar a bolsa durante o banho, deixe cair água corrente no estoma e lave a região ao redor. Limpe a bolsa jogando água por dentro da bolsa e fazendo movimentos permitindo que a água retire o excesso de sujidade na parte interna da bolsa. Repita quantas vezes for necessário. Após, retire toda a água, feche a saída da bolsa e fixe-a no dispositivo aderido à pele.

FONTE: Como limpar a bolsa de colostomia? Cartilha Ribeirão Preto 2019 – *Eu Cuido, nós cuidamos!*

ANEXO 7 – ORIENTAÇÕES SOBRE HIGIENE BUCAL

A higiene bucal deve ser realizada ao acordar, antes de dormir e após cada refeição, utilizando sempre uma escova de dentes macia, que se adapte melhor às necessidades do paciente e, assim, evite lesões em sua cavidade bucal.

Estimule-o a realizar a própria higiene bucal, auxiliando-o no que for necessário. Se isso não for possível, você deverá fazer por ele: escove todos os dentes com movimentos que vão desde a gengiva até a extremidade do dente. Solicite que ele faça um bochecho com água e cuspa a seguir.

Caso o paciente não consiga cooperar em nada, nem mesmo fazendo o bochecho, será necessário utilizar uma solução bucal ao invés de pasta dental.

FONTE: Cartilha Ribeirão Preto 2019 – *Eu Cuido, nós cuidamos!*

ANEXO 8 – CUIDADOS E DICAS SOBRE O USO DE TRAQUEOSTOMIA

1. Retire o cadarço e traque por um novo se estiver sujo ou malhacia, segurando o aparelho metálico da traqueo para que não saia acidentalmente;
2. Higienize a pele ao redor da traqueostomia com gaze umedecida com soro fisiológico para retirar a secreção que pode estar presente;
3. Coloque uma gaze dobrada ao meio de cada lado, abaixo do aparelho metálico, de modo que esse não fique em contato direto com a pele do seu familiar, pois poderia causar lesões pela pressão ou atrito;
4. Amare o cadarço firmemente, porém de forma que não cause qualquer lesão à pele do seu familiar;
5. Retire a parte interna do aparelho (subcânula);
6. Limpe a subcânula por dentro e por fora esfregando uma gaze embaixo de uma toalha com água corrente, até sair toda secreção e o sabão;
7. Seque a subcânula e coloque-a novamente no aparelho de traqueostomia do paciente, cuidando para que fique corretamente encaixada.

FONTE: Cartilha Ribeirão Preto 2019 – *Eu Cuido, nós cuidamos!*


ANEXO 9 – CUIDADOS DIÁRIOS DE SONDAS VESICAIS

Uma das maiores dúvidas dos familiares e dos pacientes referente a sonda vesical, é quando deve ser trocada. A resposta é : **Não há um tempo definitivo** determinado pelo Ministério da Saúde sobre o intervalo ótimo para troca da sonda vesical nos pacientes que necessitam do uso da sonda por longo período. Por essa razão, não há recomendação para a troca com intervalo fixo. Entretanto a troca pode ser realizada nas seguintes situações:

Quando indicado por alterações clínicas do paciente, como nos episódios de infecção, ou quando está entupida.

Se o paciente tem um padrão de tempo entre a colocação da sonda e o surgimento de infecção ou de obstrução da sonda, especialmente quando a obstrução é causada por algo que engrossa e entope ela. Nesses casos, a troca pode ser planejada com intervalos regulares, uma semana antes do provável início das manifestações clínicas.

Conforme indicado pelo fabricante da sonda (geralmente a cada 12 semanas).

A sonda vesical de demora é utilizada quando a pessoa não é capaz de urinar espontaneamente ou de controlar a saída da urina. Essa sonda possui um pequeno balão interno que depois de cheio prende a sonda dentro da bexiga. A parte externa da sonda deve ficar presa na coxa da pessoa de forma a manter a sonda no lugar, permitindo a movimentação. Para fixar a sonda e evitar ferir a pele ou as alergias é melhor utilizar esparadrapo antialérgico, mudando constantemente o local de fixação. **Fique Atento:** Ao fazer a higiene corporal, evite esfregar a pele com força, pois isso pode romper a pele. Faça movimentos suaves, use pouca quantidade de sabonete e enxágüe bem, para que a pele da pessoa não fique ressecada. Fora do corpo a sonda liga-se a uma bolsa que armazena a urina e pode ser fixada na lateral da cama, na cadeira de rodas ou na perna da pessoa. *Este tipo de sonda só pode ser colocado e retirado pela equipe de saúde*  **ACIONEM A UBS !**

FONTE: Cartilha Ribeirão Preto 2019 – *Eu Cuido, nós cuidamos!*

ANEXO 10 – ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS E DICAS ALIMENTARES



E AS COMIDINHAS?

Nem sempre é fácil alimentar outra pessoa, por isso o cuidador precisa ter muita

calma e paciência, estabelecer horários regulares, criar um ambiente tranquilo. São orientações importantes:

🍎 Para receber a alimentação, a pessoa deve estar sentada confortavelmente. Jamais ofereça água ou alimentos à pessoa na posição deitada, pois pode se engasgar.

🥕 Quando a pessoa cuidada estiver sem apetite, o cuidador deve oferecer alimentos saudáveis e de sua preferência, incentivando-a a comer. A pessoa com dificuldades para se alimentar aceita melhor alimentos líquidos e pastosos, como: legumes amassados, purês, mingau de aveia ou amido de milho, vitamina de frutas com cereais integrais.

🌟 Se a pessoa cuidada consegue se alimentar sozinha, o cuidador deve estimular e ajudá-la no que for preciso: preparar o ambiente, cortar os alimentos, etc. Lembrar que a pessoa precisa de um tempo maior para se alimentar, por isso não se deve apressá-la.

🍷 É importante manter limpos os utensílios e os locais de preparo e consumo das refeições. A pessoa que prepara os alimentos deve cuidar de sua higiene pessoal, com a finalidade de evitar a contaminação dos alimentos.

🌿 Para estimular as sensações de gosto e cheiro, que com o avançar da idade ou com a doença podem estar diminuídos, é importante que as refeições sejam saborosas, de fácil digestão, bonitas e cheirosas. Uma boa maneira de estimular o apetite é variar os temperos e o modo de preparo dos alimentos. Os temperos naturais como: alho, cebola, cheiro-verde, açafrão, cominho, manjerição, louro, alecrim, sálvia, orégano, gergelim, hortelã, noz-moscada, manjerona, erva-doce, coentro, alecrim, dão sabor e aroma aos alimentos e podem ser usados à vontade.

🦷 Se a pessoa consegue mastigar e engolir alimentos em pedaços não há razão para modificar a consistência dos alimentos. No caso da ausência parcial ou total dos dentes, e uso de prótese, o cuidador deve oferecer carnes, legumes, verduras e frutas bem picadas, desfiadas, raladas, moldas ou batidas no liquidificador.

🌱 Para manter o funcionamento do intestino é importante que o cuidador ofereça à pessoa alimentos ricos em fibras como as frutas e hortaliças cruas, leguminosas, cereais integrais como arroz integral, farelos, trigo para quibe, canjiquinha, aveia, gérmen de trigo, etc. Substituir o pão branco por pão integral e escolher massas com farinha integral. Substituir metade da farinha branca por integral em preparações assadas. Acrescentar legumes e verduras no recheio de sanduíches e tortas e nas sopas.

🦶 Sempre que for possível, o cuidador deve estimular e auxiliar a pessoa cuidada a fazer caminhadas leves, alongamentos e passeios ao ar livre.

☺ Ofereça à pessoa cuidada, de preferência nos intervalos das refeições, 6 a 8 copos de líquidos por dia: água, chá, leite ou suco de frutas.

🗓️ O cuidador e a família da pessoa cuidada deve observar a data de validade dos produtos, evitando comprar grandes quantidades de alimentos e aqueles com prazo de validade próximo do vencimento.

🍖 É importante que a pessoa doente ou em recuperação coma diariamente carnes e leguminosas, pois esses alimentos são ricos em ferro. O ferro dos vegetais é mais bem absorvido quando se come junto alimentos ricos em vitamina C, como laranja, limão, caju, goiaba, abacaxi e outros, em sua forma natural ou em sucos.

🍬 O consumo moderado de açúcar, doces e gorduras ajudam a manter o peso adequado e a prevenir doenças cardiovasculares, obesidade e diabetes.