

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
CUIDADO INTEGRAL COM A PELE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA

CÍNTIA REGINA BREUNIG FERREIRA

FLUXOGRAMA PARA O CUIDADO A PESSOAS COM LESÃO DE PELE NA
REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE: CONTRIBUIÇÃO PARA UMA SECRETARIA DE
SAÚDE

Porto Alegre

2016

CÍNTIA REGINA BREUNIG FERREIRA

FLUXOGRAMA PARA O CUIDADO A PESSOAS COM LESÃO DE PELE NA
REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE: CONTRIBUIÇÃO PARA UMA SECRETARIA DE
SAÚDE

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Cuidado Integral com a Pele no Âmbito da Atenção Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Linha de Pesquisa: Práticas de integralidade em Saúde

Orientadora: Prof^a Dra. Érica Rosalba Mallmann Duarte

Porto Alegre

2016

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a Deus, por me guiar na escolha desta profissão, enfermeira e sempre me dar um novo fôlego para estar me aperfeiçoando. Obrigada por me sustentar quando já estava ficando sem forças, por me inspirar a ser melhor a cada dia e porque lendo a Sua palavra sinto desejo/necessidade de prestar assistência de qualidade às pessoas e trata-las como Jesus trataria, com amor e dedicação.

Agradeço aos meus pais, meus exemplos de vida! Muito obrigada por priorizar minha educação, por me ensinarem sobre caráter, respeito, amor, dedicação, por me darem estímulo e me incentivarem. Obrigada por prezarem pelo meu bem-estar e pela minha felicidade. Obrigada por sempre acreditarem em mim.

Agradeço ao meu esposo, Everson, o amor da minha vida. Somos casados para sempre! Obrigada por todo amor, incentivo, estímulo, dedicação, ajuda, paciência, mesmo quando eu não merecia. Obrigada por se alegrar comigo, por ser meu companheiro, amigo, por acreditar muito mais em mim do que eu mesma. Com certeza, sem o teu auxílio, amor, dedicação não teria conseguido fazer e terminar essa pós-graduação. Obrigada por me cuidar, me amar e caminhar ao meu lado. Eu te amo, para sempre! Obrigada pelo nosso filho, João Pedro, que é uma benção em nossas vidas.

Agradeço ao nosso filho, João Pedro, que sempre entendeu as minhas ausências. Que entendia e não ficava triste, que após algumas aulas de sexta-feira não podia buscá-lo, ia para casa de um coleguinha/amigo até eu chegar da UFRGS. Obrigada também por me acompanhar em algumas aulas e mesmo cansado, ficava quietinho, esperando a aula acabar. Obrigada por toda paciência, compreensão, amor, carinho, afeto. Obrigada por todas as vezes que eu chorava, e você vinha ao meu lado e dizia: não fica triste mamãe, tudo vai dar certo, eu te amo e me abraçava. Foram sempre momentos muito preciosos de amor, estímulo e incentivo.

“VOCÊ É UM ANJO QUE DEUS COLOCOU NA MINHA VIDA PARA EU CUIDAR E AMAR. TE AMO! VOCÊ É MUITO ESPECIAL!”

Agradeço a minha orientadora, Professora Dr. Érica R. Mallmann Duarte, pela tranquilidade, amor, carinho, dedicação, sabedoria, afeto...Obrigada pela disposição em me auxiliar, pelas inúmeras orientações e contribuições. Por confiar em mim e me

incentivar, mesmo sabendo de todas as minhas dificuldades com a tecnologia. Muito obrigada pela paciência em construir esse fluxograma comigo e ser minha parceira nesta etapa que completa o final desse curso de especialização. Não tenho palavras pra agradecer tudo o que você fez por mim.....”MÃE/VOVÓ.” VOCÊ É UMA PESS MUITO ESPECIAL PARA MIM, MORA NO MEU CORAÇÃO. Tenho orgulho em ter uma colega e professora como você, você realmente é uma flor que se diferencia no meio do jardim. PARABÉNS!!!!!!!!!!

Agradeço a Ana Paula Bortoletti, enfermeira e colaboradora deste curso, pelo auxílio na elaboração do fluxograma proposto, formatação do trabalho, enfim... por todo auxílio e dedicação. Excelente trabalho !!!

Agradeço a todos os colegas deste curso, que fizeram com que durante esse período tivéssemos novas experiências, conhecêssemos novas realidades. Quero agradecer em especial a Rejane Malaggi e ao Jonathan da Rosa que sempre estiveram ao meu lado, me ouvindo e me instruindo em muitas situações e dificuldades. Obrigada também por todas as caronas, sempre foram muito bem-vindas!!!!

Agradeço a Daniele Stein, Gerente da GD GCC e ao Marsam Alves Teixeira – Apoiador Institucional da unidade que eu pertencia, quando iniciei o curso, por toda confiança em mim depositada, por assinarem para eu poder realizar esta especialização, por acreditarem que “eu merecia” e deveria fazer esse curso de especialização em lesões de pele. MUITO OBRIGADA!

Agradeço as enfermeiras, Susane Mendes, Assistente Técnica CGCAE, e Celita Bonato, Coordenadora do Serviço de Estomaterapia – GD GCC, por aceitarem o convite de fazer parte da minha banca, assim como por participarem ativamente na construção do fluxograma. Muito obrigada pela dedicação, considerações, orientações enriquecedoras, pelas trocas de experiências, enfim.... por todas as contribuições. Com certeza termino esta etapa com mais conhecimento e feliz por ter a oportunidade de contribuir na construção de uma linha de cuidado a pessoas com lesão de pele no município de Porto Alegre.

Por último, e novamente, a Deus. Pois é o início e o fim, alfa e ômega, de todas as coisas e a Ele seja a glória para sempre. AMÉM

*“Tudo o que fizerem, façam de todo o coração,
Como para o Senhor, e não para os homens,
Sabendo que receberão do Senhor a
recompensa da herança.
É a Cristo, o Senhor, que vocês estão
servindo.”*

(Colossenses 3: 23 – 24)

RESUMO

Introdução: As lesões de pele, nos últimos anos, têm recebido atenção especial dos profissionais de saúde em decorrência das taxas elevadas de prevalência, incidência e do impacto socioeconômico destas, não só para as pessoas como também para as famílias, os serviços de saúde e a sociedade em geral, além do fato de afetarem negativamente a saúde e a qualidade de vida desses indivíduos (DOMANSKY, 2012).

Objetivos: Propor um fluxograma para o cuidado a pessoas com lesões de pele na rede de atenção a saúde para a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Alegre.

Metodologia: Estudo qualitativo, descritivo e exploratório que faz parte da Pesquisa Integrada sobre Organização do trabalho e integralidade nos serviços: novas tecnologias no cuidado a usuários com lesão de pele na rede de atenção à saúde no Estado do Rio Grande do Sul aprovado do CEP/UFRGS sob o nº 56382316.2.0000.5347 e ao CEP da MS/POA sob nº 56382316.2.3001.5338.

Resultados: A realização do fluxograma para o cuidado a pessoas com lesão de pele na rede de atenção a saúde, foi construído a partir do encontro de idéias e sugestões de enfermeiros que atuam na área de lesão de pele na atenção básica e atenção especializada e superou a construção de um fluxograma para atender um objetivo de trabalho de conclusão de curso. Ele veio com narrativas que foram além do fluxograma. Muitos ainda são os caminhos, os critérios e os planos que devem ser desenvolvidos neste fluxograma e outros que se entrelaçam, entretanto entendemos que o fluxograma proposto já irá contribuir com a construção de uma Linha de Cuidado a pessoas com Lesão de Pele no Município de Porto Alegre.

Lista de Ilustrações

Figura 1 Fluxograma A	26
Figura 2 Fluxograma B.....	27
Figura 3 Fluxograma C.....	28

Lista de abreviaturas e siglas

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CGAE	Coordenação Geral da Atenção Especializada Ambulatorial
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada de Assistência Social
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GD	Gerência Distrital
GD Centro	Gerência Distrital Centro
GD GCC	Gerência Distrital Glória, Cruzeiro, Cristal
GD LENO	Gerência Distrital Leste, Nordeste
GD NEB	Gerência Distrital Norte, Eixo Baltazar
GD NHNI	Gerência Distrital Noroeste, Humaitá, Navegantes e Ilhas
GD PLP	Gerência Distrital Partenon, Lomba e Pinheiro
GD RES	Gerência Distrital Restinga e Extremo Sul
GD SCS	Gerência Distrital Sul, Centro, Sul
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
IAPI	Instituto de Assistência e Proteção à Infância
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
ONGs	Organizações Não Governamentais
PA	Pronto Atendimento
PACS	Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
POA	Porto Alegre

RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SAE	Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS
SE	Serviço de Estomaterapia
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMS/POA	Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UBS	Unidade Básica de Saúde
US	Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	111
2	OBJETIVOS.....	13
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	14
3.1	Lesões de pele	14
3.2	Organização de serviços da rede de atenção a saúde.....	15
3.3	A construção do fluxograma	18
3.4	História do cuidado a pessoas com lesão de pele na Secretaria Municipal de Porto Alegre.....	19
4	METODOLOGIA	22
4.1	Tipo do Estudo.....	22
4.2	Cenário da pesquisa.....	22
4.3	População e amostra do estudo	22
4.4	Coleta de Dados:.....	23
4.5	Análise dos dados	23
4.6	Aspectos Éticos	24
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
5.1	Construção da proposta de fluxograma.....	25
5.2	Descrição do fluxograma proposto	29
5.3	Critérios de avaliação incluídos no fluxo.....	32
5.3.1	Serviço de Atenção Domiciliar.....	32
5.3.1.1	Programa Melhor em Casa em Porto Alegre.....	33
5.3.1.2	Como encaminhar para o Programa Melhor em Casa.....	34
5.3.1.3	Critérios para ter o cuidado continuado no domicílio pelo Programa Melhor em Casa.....	34
5.3.1.4	Critérios de Classificação da Atenção Domiciliar.....	36
5.3.1.5	Critérios para a Atenção Domiciliar em todos os níveis.....	38
5.3.1.6	Critérios de exclusão do Serviço de Atenção Domiciliar.....	38
5.3.2	Critério para a realização de Matriciamento.....	39
5.3.3	Critério para o Cuidado Especializado.....	39

5.3.4 Critério de Cobertura de Curativo Especial.....	39
5.3.5 Critério do Plano de Alta.....	40
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
Referências.....	43
APÊNDICE A.....	46
APÊNDICE B.....	48
APÊNDICE C.....	49
ANEXO 1.....	50

1 INTRODUÇÃO

As lesões de pele, nos últimos anos, têm recebido atenção especial dos profissionais de saúde em decorrência das taxas elevadas de prevalência, incidência e do impacto socioeconômico destas, não só para as pessoas como também para as famílias, os serviços de saúde e a sociedade em geral, além do fato de afetarem negativamente a saúde e a qualidade de vida desses indivíduos (DOMANSKY, 2012).

O tratamento da lesão exige um cuidado multi e interdisciplinar, entretanto cabe aos enfermeiros uma responsabilidade específica, pois em diversas situações são eles que iniciam os primeiros cuidados e controlam a evolução do cuidado da ferida (SAMPAIO, 2007). Outra ação importante desse profissional é sua responsabilidade em perceber e estimular o empoderamento da pessoa com lesão a fim de torná-lo agente ativo nesse processo de saúde/doença (BONATTO.et al, 2014).

Logo, considerando os agravantes sociais e econômicos que comprometem a vida da pessoa acometida por uma lesão de pele, justifica-se a necessidade de investimentos em propostas que visem à otimização da assistência, a melhoria das práticas de cuidado e a redução dos impactos gerados pela grande demanda desses atendimentos, sendo essencial a inserção e o envolvimento dos profissionais de saúde e as pessoas com lesões de pele no âmbito da Atenção Básica (AB).

Sabe-se que as Unidades de Saúde (US) devem estar instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, o que reforça o papel central de investimentos primários na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde integral. Nessa perspectiva, refletindo sobre a temática da ampliação da resolutividade da atenção básica, torna-se imperativo fortalecer ações para qualificar o cuidado primário, com aprimoramento do conhecimento no cuidado com a pele, principalmente, no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2012).

Na rede de atenção básica os cuidados também são realizados nos domicílios, e no caso das pessoas com lesão de pele, ostomias e aqueles acamados estão ligados ao programa de cuidado domiciliar, onde a família é parte indissociável. A forma de preparo das equipes na abordagem às famílias, principalmente no domicílio, permitindo

o conhecimento das possíveis disfuncionalidades que prejudicam o bem-estar biopsicossocial de seus membros, mostra-se fundamental.

A atenção domiciliar constitui uma modalidade de atenção à saúde já utilizada em outros países e que está gradativamente sendo introduzida no Brasil, cauterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com a garantia da continuidade do cuidado e integrada a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

O meu interesse no tema iniciou em 2014 quando tive a oportunidade de participar com um grupo de estagiários de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), realizando visitas domiciliares a pessoas com lesões de pele em uma US de Porto Alegre (POA). Comecei a frequentar encontros junto aos alunos, professor e enfermeira responsável pelo Setor de Curativos – área 9 no Centro de Especialidades Vila dos Comerciários, na Gerência Distrital Glória Cruzeiro Cristal (GD GCC). Este grupo realizou dois artigos sobre lesões de pele. Com a parceria foram elaborados dois artigos que foram publicados na Revista de Rede Unida (BONATTO et al.,2014). Um dos artigos teve como proposta estabelecer um fluxo de referência e contra referência de atenção aos cuidados às pessoas com lesão de pele na Gerência Distrital Glória, Cruzeiro, Cristal, entretanto nosso interesse era a validação desse fluxo pela equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS/POA).

A intenção com este estudo é a de iniciar a reflexão sobre a construção de uma linha de cuidado a pessoas com lesão de pele para o município de Porto Alegre, a partir de uma reflexão de enfermeiros da rede de atenção básica para a construção de um fluxo de atenção a pessoas com lesão de pele.

2. OBJETIVO:

Propor um fluxograma para o cuidado a pessoas com lesão de pele na rede de atenção a saúde para a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Alegre.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Lesões de pele

A pele é o maior órgão do corpo humano e é fundamental para o perfeito funcionamento fisiológico do organismo. Como qualquer outro órgão, está sujeito a sofrer agressões oriundas de fatores patológicos intrínsecos e extrínsecos que irão causar o desenvolvimento de alterações na sua constituição como, por exemplo, as feridas cutâneas, o que poderá levar à sua incapacidade funcional (MEDEIROS; LOPES; JORGE, 2009).

As lesões de pele produzem significativo impacto na qualidade de vida das pessoas que são atingidas por elas e principalmente aquelas com doenças crônicas, ressaltando a necessidade de se valorizar essas situações como um problema de saúde pública. Com o rápido processo de transição demográfica e epidemiológica na população brasileira, há necessidade de acompanhamento e constantes reformulações nas políticas públicas e nas práticas empreendidas nos serviços de saúde, no intuito de gerar modificações no cenário apresentado (BLANES et al.,2004).

Essa realidade está determinada tanto pela quantidade de pessoas que desenvolvem feridas, como pela dificuldade em assegurar que o cuidado com as mesmas seja efetuado de maneira adequada para uma boa evolução no resultado final (MALAGUTTI, 2015).

Segundo DEODATO (2008), as úlceras venosas são responsáveis pela principal causa de úlcera de perna, com uma ocorrência que atinge índices de até 80%, e podem acometer desde indivíduos jovens até os mais idosos. Independente da faixa etária acometida é observado impacto tanto no aspecto físico como no psicossocial, que incluem a dor, dificuldade para se locomover, limitações no trabalho doméstico, nas atividades sociais, vergonha de expor as pernas, limitação das atividades de lazer e restrições na vida conjugal (COSTA et al, 2011). Por isso, necessitam de cuidados apropriados e de forma resolutiva, com vista ao restabelecimento da saúde das pessoas e seu retorno às atividades cotidianas.

A escolha de um tratamento adequado tem como objetivo o conforto, alívio da dor, que deve ser feito de forma individualizada, atentando-se também para as questões socioeconômicas. Com a diversidade dos tipos de produtos e das alternativas de tratamentos disponíveis no mercado, torna-se necessário que os profissionais da saúde se atualizem para determinar a melhor terapia para cada tipo e em cada estágio da ferida (MULLER, 2014).

Dados do Ministério da Saúde (MS) há algum tempo já apontam para a capacidade resolutiva da atenção básica, mostrando que, no mínimo 85%, dos problemas de saúde dos brasileiros podem ser resolvidos no âmbito da atenção básica, evidenciando o caráter de porta de entrada em serviços de atendimento primário, bem como a diminuição da sobrecarga de serviços de urgência e internação hospitalar. São os casos das doenças cardiovasculares, diabetes e diversos tipos de câncer, além daqueles relacionados à causas externas, como a violência e os acidentes. Essa premissa evidencia a atenção básica não apenas como um conjunto de cuidados simplificados, mas como uma complexa rede de práticas altamente vinculada a um território e atenta às necessidades de saúde da população que vive no mesmo (COSTA, 2000).

3.2 Organização de serviços da rede de atenção a saúde

Nos serviços de saúde, o acolhimento aos usuários, pela equipe de saúde, deve ser realizado de forma resolutiva, ou seja, uma escuta qualificada do seu problema de saúde, resolvendo o que for adequado, fazer um encaminhamento seguro, isto só é possível se a rede estiver operando com base na Linha do Cuidado (FRANCO M; FRANCO B, [S.d]).

É necessário que a equipe estabeleça vínculo com os usuários, no sentido de acompanhar os processos por dentro da rede, e se responsabilizarem, facilitando o seu “caminhar na rede” para o atendimento às suas necessidades.

Tudo isto significa que é necessário organizar os processos de trabalho, isto é, o modo como cada um trabalha, para que estas diretrizes se tornem rotina nas práticas dos profissionais. O processo de trabalho é a chave da questão, porque é através dele que se produz o cuidado aos usuários.

Sabendo que ao avaliarmos um usuário não avaliamos apenas o risco clínico, pois temos o risco social, econômico, ambiental e afetivo, ou seja, a equipe deve ter um olhar integral sobre todas as variáveis que interferem no problema que fez com que ele procurasse a instituição de saúde.

Com base nisso, a equipe de saúde vai orientar o usuário a buscar na rede de serviços os recursos necessários ao atendimento e as suas necessidades.

Uma parte importante na organização da rede é o pacto entre os gestores das unidades de saúde (US) e os gestores municipais de acordo com a regionalização da rede assistencial. É necessário que haja um acordo de funcionamento, feito por todas as chefias, coordenações, gerências, em relação aos fluxos de cuidado entre os que coordenam as Unidades de Saúde da Atenção Básica, a rede de apoio diagnóstico e terapêutico, os serviços de urgência e hospitalares, assim como as áreas meio da Secretaria de Saúde.

A compreensão de que os serviços de saúde devem se organizar centrado no usuário é que vai garantir que os fluxos entre os diversos serviços funcionem de forma harmônica, tranquila, assegurando o acesso aos usuários, portanto um pacto interno de gestão é fundamental neste processo (FRANCO M; FRANCO B. [S.d.]).

A gestão das Linhas de Cuidado deve estar atenta aos processos instituintes, isto é, as mudanças do processo de trabalho, aos novos fluxos que surgem, as inovações no ato de cuidar, o grupo gestor deve procurar perceber essas inovações como elementos que enriquecem o que foi anteriormente definido para os fluxos assistenciais.

Não é porque algo não está previsto anteriormente nos fluxos, que pode ser prejudicial ao mesmo. Muitas vezes a novidade que surge é um aperfeiçoamento ao processo pensado originalmente, e, portanto, deve ser contemplado. A liberdade nas ações anda junto com a criatividade, e esta é a maior fonte de enriquecimento e aperfeiçoamento das linhas de cuidado integral.

A organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e suas necessidades. Prevalece no atual modo de produção de saúde, o uso de tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e

instrumentos), em detrimento de tecnologias leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) e leves (as tecnologias das relações) para o cuidado ao usuário (MERHY, 1997).

Mudar o modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção da saúde. Um processo de trabalho centrado nas tecnologias leves e leve-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado. Este conjunto de atos assistenciais pensados para resolver um problema de saúde, é o “projeto terapêutico”.

O projeto terapêutico é o fio condutor para o fluxo da linha do cuidado. Estes fluxos devem ser capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência. Trabalhamos com a imagem de uma linha de produção do cuidado, que parte das Unidades de Saúde de Atenção Básica da Rede de Atenção à Saúde, ou qualquer outro lugar de entrada no sistema, para os diversos níveis assistenciais.

Esta discussão dá sentido para a idéia de que, a linha do cuidado é fruto de um grande pacto que deve ser realizado entre todos os atores que controlam serviços e recursos assistenciais. No caso, o usuário é o elemento estruturante de todo processo de produção da saúde, quebrando com um tradicional modo de intervir sobre o campo das necessidades, de forma compartimentada. Neste caso, o trabalho é integrado e não compartilhado, reunindo na cadeia produtiva do cuidado um saber-fazer cada vez mais múltiplo (FRANCO M; FRANCO B. [S.d.]).

Além de organizar a linha do cuidado, do ponto de vista dos fluxos assistenciais, define-se que a equipe da US, tem a responsabilidade sobre o cuidado, sendo responsável pela gestão do processo terapêutico, portanto deverá acompanhar os cuidados garantindo o acesso aos outros níveis de assistência, assim como aos fluxos assistenciais, para que o vínculo continue com a equipe da atenção básica sem interrupção dos cuidados às pessoas.

Portanto, a comprovação empírica de um processo de mudança nos serviços de saúde, é importante para a condução da mesma, do novo projeto assistencial, que possa contribuir para a tomada de decisões em situações de incerteza, na atividade de planejar, na construção de um novo devir para estes mesmos serviços. Acostumados que estamos à avaliação de produtos bem estruturados, onde há inúmeros indicadores

que apontam quantitativos exatos, de fácil reconhecimento dos resultados obtidos com determinadas operações, resta pensar, como capturar os processos em curso, de modo que esta captura seja capaz de fornecer dados e informações substantivas o suficiente para validar determinadas análises e contribuir na atividade de planejar?

A partir de estudos, avaliamos a importância de, a partir de um olhar usuário – centrado sobre a Rede de Atenção à Saúde, neste caso a pessoas com lesão de pele, propor a construção de um “fluxograma descritor” para a SMS/POA.

3.3 A construção do fluxograma

O processo de trabalho através de fluxogramas consiste em uma representação gráfica do trabalho, buscando perceber os caminhos a serem percorridos pela pessoa, no nosso caso, pessoas com lesão de pele, quando procura assistência e inserção no serviço. O fluxograma permite um olhar direcionado sobre os caminhos existentes no momento da produção da assistência à saúde, e permite a detecção de seus problemas. É como se ao aplica-lo lançássemos luz em áreas de sombras até então não percebidas, e que operam no sentido contrário a uma atenção com qualidade, centrada na pessoa com lesão (FRANCO M; FRANCO B. [S.d.]).

Uma questão importante a ser observada é o fato de que a atividade de construção do fluxograma é lúdica e motiva os trabalhadores à sua participação, reforçado pelas descobertas realizadas por cada um. Ao se construir o fluxo vamos descobrindo revelações em torno do processo de trabalho que são produzidos pelo grupo, desta forma percebe-se de forma nítida, no fluxograma construído, o caminhar das pessoas, o cuidado que deve ser realizado.

Ao se construir um fluxograma, percebe-se sua potencialidade ao começar a identificar problemas existentes na rede de atenção à saúde, que muitas vezes não são percebidas.

O processo de trabalho, se desenvolvido de forma interativa, integrada e multiprofissional, entre os diversos profissionais da rede, centrado no problema de saúde em uma concepção que os problemas de saúde têm múltiplas causas, desta forma a interação de saberes e práticas, pode servir de elemento integrador entre os

diversos processos produtores de saúde. Portanto, as somas de saberes articulados potencializam os resultados esperados, ou seja, a reabilitação ou a cura.

3.4 História do cuidado a pessoas com lesão de pele na Secretaria Municipal de Porto Alegre

O Município de Porto Alegre orienta sua atenção à saúde através das Unidades de Saúde da Família (USF) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), denominadas pela SMS como Unidades de Saúde (US). As US organizam seus processos de trabalho com o intuito de ampliar a resolutividade das situações de saúde das pessoas e coletividades. Trabalha com um território definido e uma população adstrita, com foco na família, estabelecendo vínculos por meio de uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição os profissionais de saúde bucal: cirurgião – dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

A AB no município de Porto Alegre é constituída por um conjunto de serviços e ações que objetiva a promoção, prevenção, proteção, assistência e reabilitação da saúde. Em Porto Alegre ela desenvolve práticas de saúde para toda a população, estimada em 1.476.867 habitantes (IBGE, 2016), distribuídos em 17 Distritos Sanitários, com suas especificidades e vulnerabilidades. A SMS/POA está organizada em oito gerências distritais de saúde, são elas: Gerência Distrital Glória Cruzeiro Cristal – GD GCC, Gerência Distrital Sul Centro Sul – GD SCS, Gerência Distrital Restinga Extremo Sul – GD RES, Gerência Distrital Noroeste, Humaitá, Navegantes e Ilhas – GD NHNI, Gerência Distrital Norte Eixo Baltazar – GD NEB, Gerência Distrital Leste Nordeste - GD LENO, Gerência Distrital Centro - GD Centro e Gerência Distrital Partenon Lomba Pinheiro – GD PLP. Essas gerências são estruturas administrativas e espaços de discussões e práticas, onde são realizadas ações tanto da atenção básica como da atenção especializada e ambulatorial na esfera do SUS.

Como estrutura da gestão descentralizada da SMS/POA as Gerências Distritais são responsáveis pelas US e outros serviços de saúde na sua área de atuação de abrangência e estão sob a coordenação da SMS.

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser o contato preferencial dos usuários, desenvolvendo sua ação num alto grau de descentralização, tendo como principal porta de entrada a RAS. Assim, seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), orienta-se pela universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2012)

A organização do cuidado a pessoas com lesão de pele no município de Porto Alegre iniciou no prédio da Gerência do Instituto de Assistência e Proteção à Infância (IAPI) entre os anos de 1998 e 1999, com a criação de um ambulatório de curativo, sob a coordenação da Enfermeira Giselda Quintana Marques.

Após alguns anos, da existência, o único serviço especializado era do Centro de Especialidades IAPI, a SMS/POA expandiu este tipo de atendimento para a Gerência Distrital Centro criando mais um ambulatório de curativos no Centro de Saúde Modelo. Em 2014 a Gerência Distrital Glória Cruzeiro Cristal (GD - GCC) criou o setor de curativos – área 9, localizado no Centro de Especialidades Vila dos Comerciários e em 2016 a SMS/ POA iniciou na GD Centro a reorganização de serviço de cuidado com a pele criando um serviço de estomaterapia no 1º andar do Centro de Especialidades Santa Marta.

Os três serviços existentes de estomaterapia, no município, estão localizados na GD NHNI, no Centro de Especialidades IAPI, na área 4, atendendo toda a população da GD NHNI, GD NEB e a GD LENO, que neste momento tem como responsável a Enfermeira Carla Cristina Kommers Molina; na GD GCC, no Centro de Especialidades Vila dos Comerciários, na área 9, atendendo a população da GD GCC e a GD SCS, que tem, neste momento como responsável a Enfermeira Celita Rosa Bonatto; e na GD Centro no Centro de Especialidades Santa Marta, no 1º andar, atendendo a população da GD Centro, GD PLP e a GD RES, tendo como responsável, neste momento, a Enfermeira Nádia Elizabeth Guagnini Laiser.

Estes serviços vêm passando por um processo de reorganização devido ao aumento crescente da demanda de pessoas com lesão, que necessitam de cuidados especiais a lesão de pele e a complexidade do atendimento. Os Serviços de Estomaterapia tem dado prioridade ao atendimento a pessoas com lesões de pele complexas, ou seja, que não cicatrizam dentro do período esperado fisiologicamente e que necessitam de acompanhamento de uma equipe multidisciplinar e com coberturas de curativos especiais. Portanto, tem a necessidade de sistematizar o tratamento realizado e capacitar os profissionais que trabalham em unidades de saúde de atenção básica, em especial enfermeiros, para prestar atendimento às pessoas com lesão de pele em suas unidades de saúde de referência.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo do Estudo

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório.

A pesquisa qualitativa busca realizar investigações que se aproximam da perspectiva dos atores por meio de imersão no campo em que ocorre o fenômeno, através da interação com os participantes (SOUZA; ERDMANN; MAGALHÃES, 2016). O estudo de natureza exploratória tem por objetivo desenvolver, explicar e modificar conceitos e idéias para a formulação de abordagem posterior, esses estudos visam proporcionar uma visão geral, de tipo aproximativo acerca de um determinado fato. A pesquisa descritiva descreve as características de uma população, fenômeno ou experiência através de observação de fatos utilizando registros dos fatos, realizando análises, classificações e interpretação dos fatos (COSTA; LOCKS; GIRONDI, 2016)

4.2 Cenário da pesquisa

O campo de pesquisa foram os Serviços Especializados em Estomaterapia e as Unidades de Saúde de Atenção Básica da Rede de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

4.3 População e amostra do estudo

A população do estudo foram enfermeiras (os) das Unidades de Saúde de Atenção Básica que realizam o Curso de Especialização em Cuidado Integral com a Pele no Âmbito da Atenção Básica - UFRGS, e as enfermeiras que trabalham nos Serviços de Estomaterapia e a enfermeira que trabalha como Assistente Técnica, na Coordenação Geral da Atenção Especializada Ambulatorial (CGAE) na SMS/POA.

A amostra foi constituída por conveniência e os participantes foram selecionados por meio de convite. A amostra foi composta por 32 enfermeiras (os) que aceitaram participar do estudo.

4.4 Coleta de Dados:

A coleta foi realizada em três etapas:

1º Etapa consistiu na revisão de literatura acerca dos aspectos relativos à linha de cuidado de lesão de pele e dados históricos da SMS/POA;

2º Etapa se deu pela análise das respostas do questionário (Apêndice B) composto por perguntas abertas e que incluiu um fluxograma retirado do estudo de BONATTO et al., 2014. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) foi enviado por e-mail a todas (os) enfermeiras (os) que eram participantes da pesquisa. Após o retorno de todos os questionários, as respostas foram analisadas e foi construído um novo fluxograma (Apêndice B);

3º Etapa constituiu de uma entrevista coletiva (Apêndice C) com a enfermeira, Assistente Técnica da CGAE e as enfermeiras dos Serviços de Estomaterapia da SMS/POA, para a validação do fluxograma construído na 2º etapa . Essa etapa cumpriu a função de validação do conteúdo baseada em julgamento (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados a partir dos dados dos 32 e-mails encaminhados com os questionários, com perguntas abertas e fechadas, e análise do fluxograma de BONATTO et al. (2014) (Apêndice B) a fim de se reconstruir um novo fluxograma a partir do grau de concordância, clareza e facilidade de acesso. Após a construção do Fluxograma B e a identificação das sugestões e contribuições escritas pelos sujeitos da pesquisa encaminhou-se o material criado no primeiro grupo para análise da enfermeira, Assistente Técnica da CGAE e as enfermeiras dos Serviços de Estomaterapia.

4.6 Aspectos Éticos

O estudo faz parte da Pesquisa Integrada sobre Organização do trabalho e integralidade nos serviços: novas tecnologias no cuidado a usuários com lesão de pele na rede de atenção à saúde no Estado do rio Grande do Sul aprovado do CEP/UFRGS sob o nº 56382316.2.0000.5347 e ao CEP da SMS POA sob nº 56382316.2.3001.5338, atendendo ao objetivo do estudo de conhecer o acesso dos usuários à rede de atenção à saúde no cuidado com a pele. O projeto está vinculado ao Grupo de Pesquisa Rede Internacional de Políticas e Práticas de Educação e Saúde coletiva (Rede Interstício), Linha de Pesquisa Prática de Integralidade em Saúde (CNPQ).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Construção da proposta de fluxograma

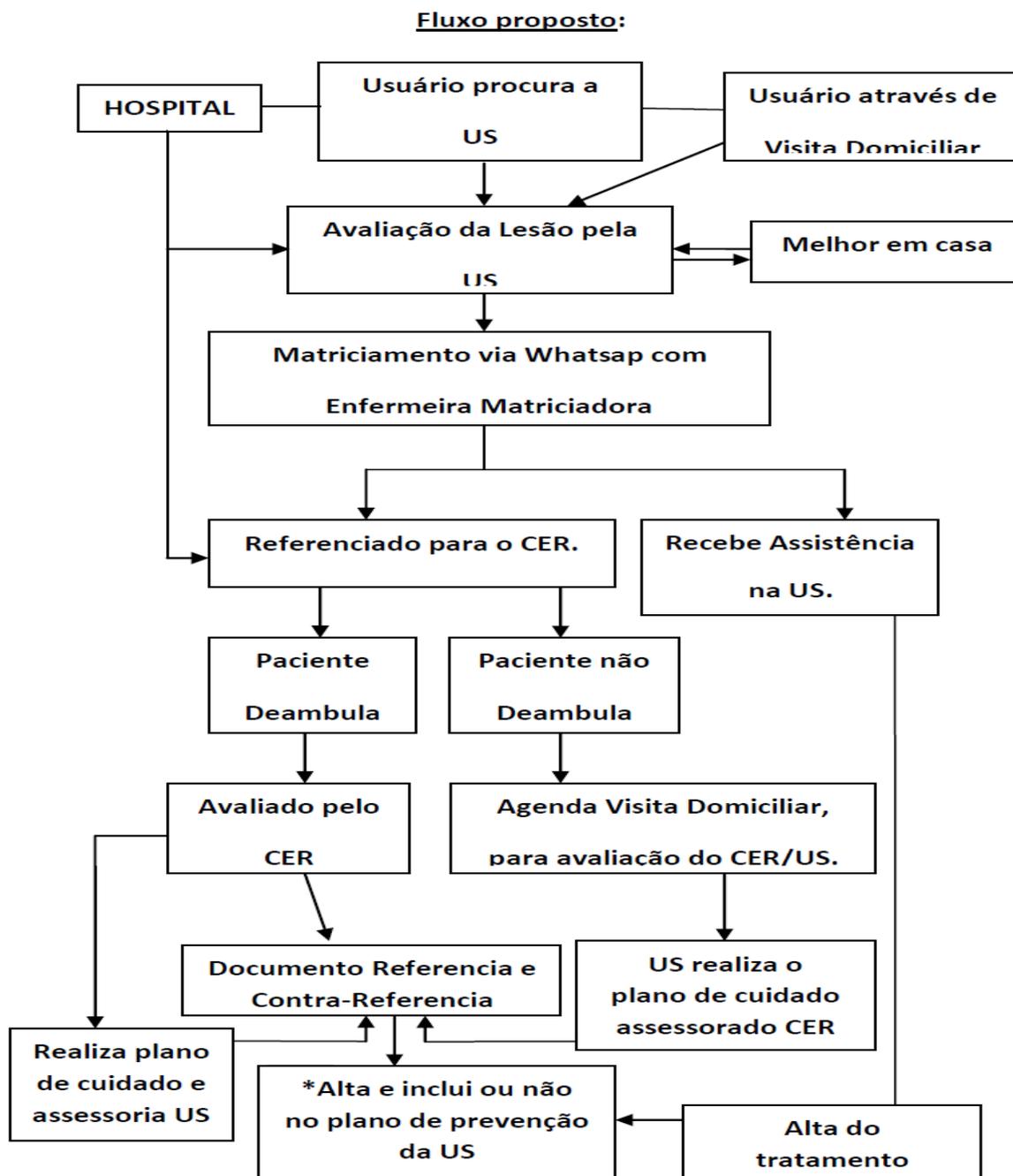
O processo de construção coletiva, além de apresentar um produto rico, permeado por múltiplos saberes, teve o efeito de formar uma opinião entre os enfermeiros em torno da realidade de Porto Alegre, na rede de atenção à saúde, onde além da organização do fluxo de atendimento foram apresentados questionamentos sobre dificuldades que são enfrentados, pela pessoa com lesão de pele e equipe assistencial e que serão apresentados neste item.

O fluxograma foi realizado em duas etapas sendo a primeira construída a partir das respostas recebidas das (os) colegas enfermeiras (os) das Unidades de Saúde de Atenção Básica que realizam o Curso de Especialização em Cuidado Integral com a Pele no Âmbito da Atenção Básica e as enfermeiras que trabalham nos Serviços de Estomaterapia (Apêndice B) e no segundo fluxo, foi realizado um encontro com a enfermeira, Assistente Técnica da CGAE e as enfermeiras que trabalham nos Serviços de Estomaterapia do Município de Porto Alegre, nesta etapa ocorreu a validação do fluxo.

Primeira Etapa

Nesta primeira etapa foi construído o Fluxograma B (Fig.2) a partir do Fluxograma A (BONATTO; et al.,2014) (Fig. 1).

Figura 1 – Fluxograma A

**Legenda:**

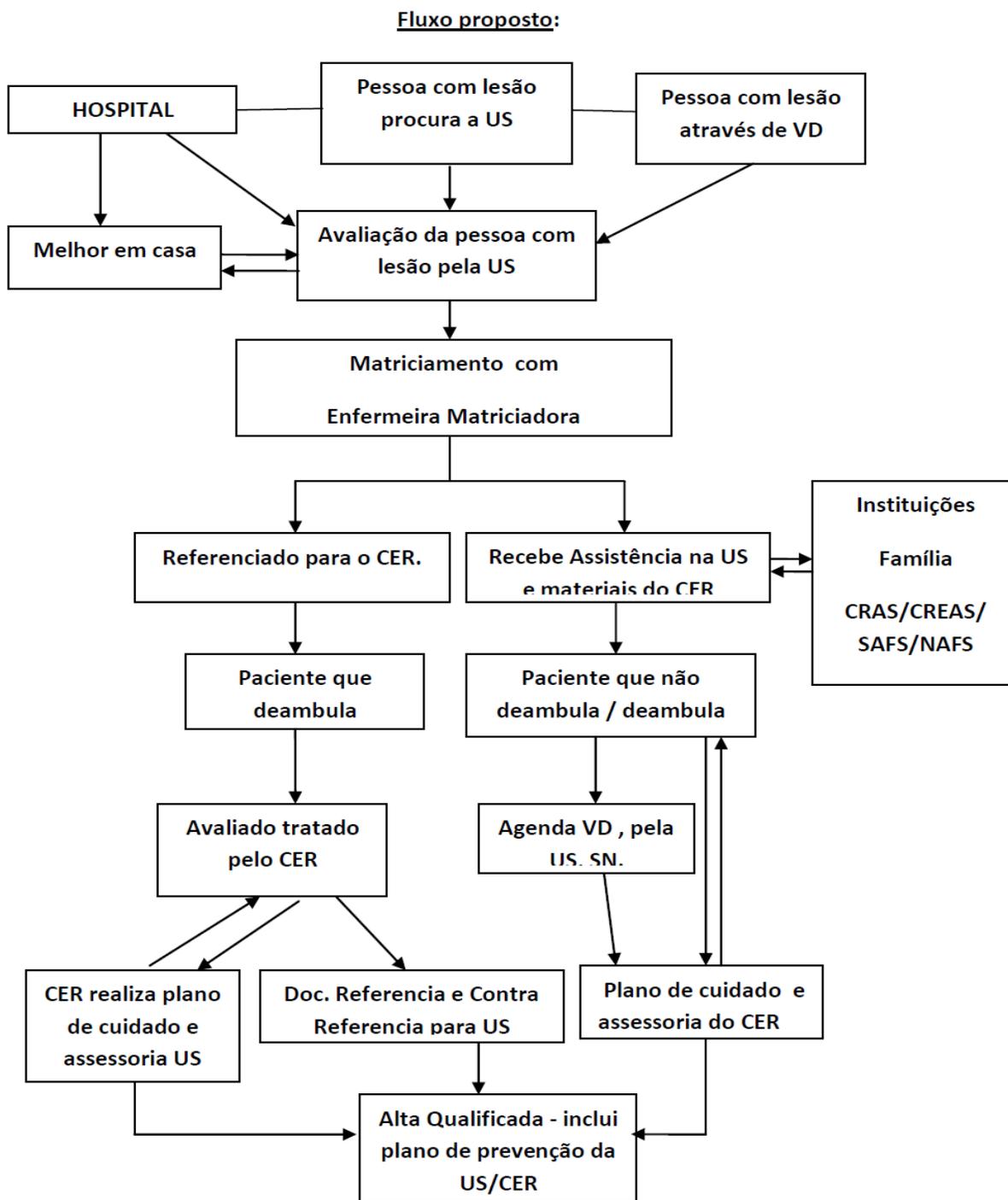
CER – Centro Especializado de referencia: CEVC, IAP, Sta Marta.

US – Unidade de Saúde.

SN – se necessário.

VD – Visita domiciliar.

Figura 2 – Fluxograma B

**Legenda:**

CER – Centro Especializado de referencia: CEVC, IAP, Sta Marta.

US – Unidade de Saúde.

SN – se necessário.

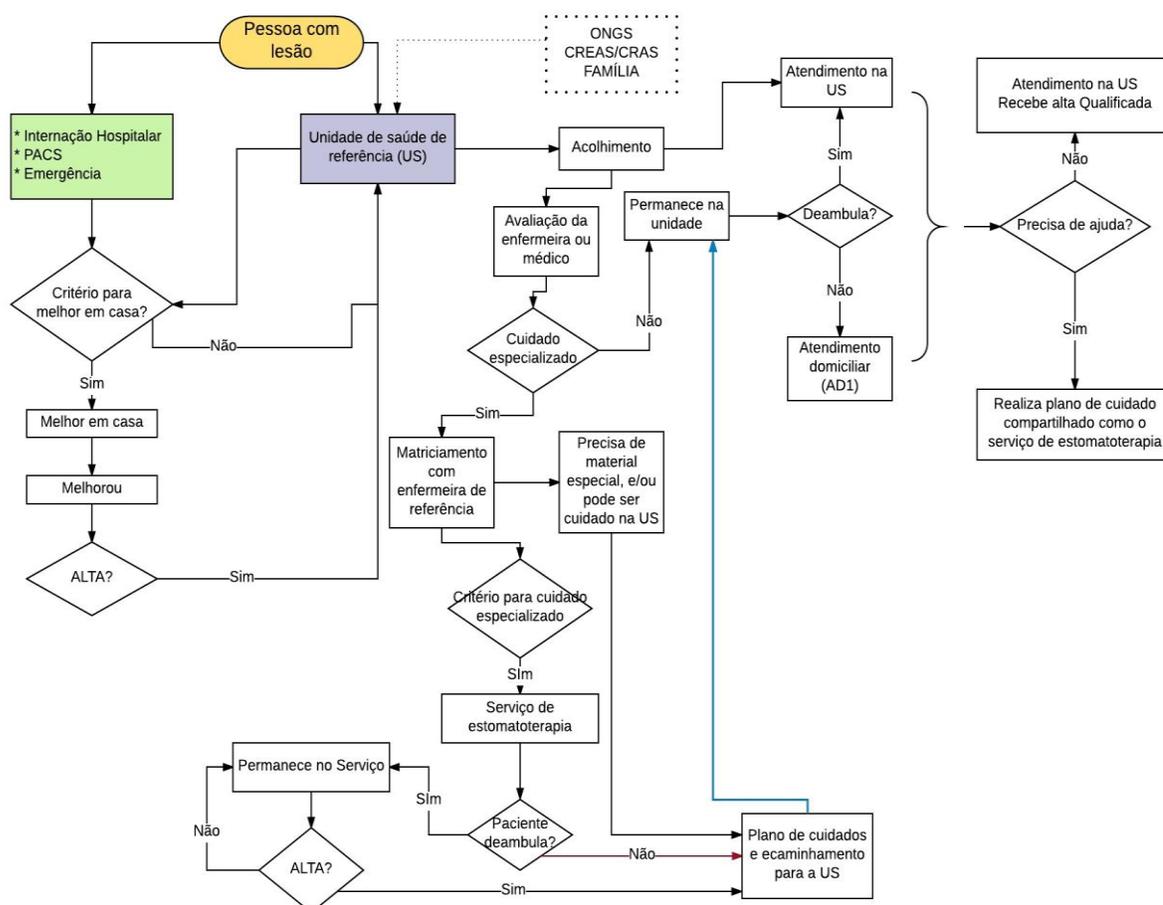
VD – Visita domiciliar.

Além das mudanças sugeridas para o fluxograma as (os) colegas fizeram reflexões sobre o processo de trabalho. Nesta etapa foram sugeridas formas de realizar o matriciamento pelo serviço de estomatoterapia como: por whats app, fotos, e-mail a ser combinado com a SMS e a Assistente Técnica CGAE, assim como a importância de se criar um espaço de matriciamento, como educação permanente. Após a aprovação do fluxograma, que este seja oficializado pela SMS/POA e amplamente divulgado às equipes de saúde.

Segunda Etapa

A partir do Fluxograma B (Fig.2) foi realizado um encontro com a enfermeira da SMS que atua como Assistente Técnica CGAE e as enfermeiras que trabalham nos Serviços de Estomatoterapia onde, após a análise em grupo, foram incluídas novas sugestões criando o Fluxograma C (Fig. 3).

Figura 3 – Fluxograma C



5.2 Descrição do fluxograma proposto

No Fluxograma C a pessoa com lesão de pele poderá acessar o hospital, Pronto Atendimento (PA), emergência ou US de referência.

A pessoa com lesão de pele poderá acessar o Programa Melhor em Casa, encaminhada pelos hospitais, serviços de emergências, pronto atendimento ou US de referência. O encaminhamento será realizado a partir de critérios aprovados pela SMS. Nesta proposta sugere-se que a pessoa com lesão de pele, após alta hospitalar, PA ou emergência seja contra referenciada para o Programa Melhor em Casa, a partir dos critérios de inclusão, ou encaminhada a US de referência.

No Programa Melhor em Casa, ficará com o atendimento até a sua alta, após, o serviço deverá contra- referenciar para a US com orientações da necessidade de continuar o acompanhamento pela equipe da US ou apenas monitoramento.

Se a pessoa com lesão deambula vai para a US para ser atendida, passa pelo acolhimento e após o enfermeiro ou médico faz sua avaliação e define se pode ser atendido na unidade ou se precisa ser encaminhado para o Serviço de Estomatoterapia (SE) de referência.

Caso a pessoa avaliada possa ser atendida na US, mas necessita de cobertura de curativo especial, o enfermeiro da unidade avalia e matricula juntamente com enfermeira de referência, neste caso o tratamento é realizado na US, o assessoramento e a cobertura de curativo especial é disponibilizado pelo Serviço de Estomatoterapia de referência da unidade, conforme necessidade e disponibilidade.

A equipe de saúde da US poderá contar com o auxílio da família, ONGs, CRAS, CREAS, grupos de apoio da comunidade dentro dos critérios e possibilidades de inclusão definidos pela Rede de Atenção à Saúde da SMS/POA.

Os critérios de inclusão em programas como Melhor em Casa (ler abaixo), recebimento de coberturas de curativo especiais, encaminhamento de serviços especializados deve ser incluído no fluxo. Na SMS sabemos que isso já existe, mas achamos adequado neste estudo apenas alertar. O grupo reafirma a necessidade de ampla divulgação do fluxograma a ser implantado, para que o mesmo seja de

conhecimento de todos, ou seja, usuários, equipe assistencial, gestores e universidades.

Sugerimos que os critérios de encaminhamento das US para os SE de referência sigam os seguintes critérios: a pessoa deverá ter vínculo com a unidade de saúde a ser encaminhada, ter as doenças de base tratadas ou controladas e com avaliação clínica realizada há menos de 3 meses. A equipe da US antes de encaminhar o usuário ao SE deve encaminhar registros fotográficos da lesão, descrever o caso e aguardar retorno da avaliação. Após a avaliação do SE a pessoa pode ter dois caminhos: agendar a primeira consulta no SE e informar o dia e hora para US avisar a pessoa com lesão; ou reencaminhar a pessoa com lesão para a US e orientar a equipe para realizar o tratamento já com a cobertura de curativo especial. Ao ter alta do tratamento a pessoa com lesão deve sair com orientação para cuidados pós alta. Toda pessoa com lesão, ao ter alta do SE pode ter alta total ou parcial do tratamento. A US avalia todas as pessoas com lesão, que tem risco de novas lesões para serem inseridos no plano de prevenção para reduzir as reincidências de novas lesões.

Para pessoas com lesão que necessitam realizar procedimentos que possam agilizar seu tratamento, o SE que se localiza no Centro de Especialidades Vila dos Comerciários tem o apoio do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS) da GD GCC. Neste local são realizados desbridamento cirúrgico, suturas, antibioticoterapia, drenagem de abscesso e casos de tungíase (com mais de três focos). Para ser encaminhado para o PACS é necessário preencher o documento de referência e contra-referência para Avaliação cirúrgica, com a seguinte observação, após realização do procedimento retornar a unidade de origem.

No caso da pessoa com lesão de pele, acamada e/ou sem possibilidade de se deslocar até a US de referência, esta poderá ser comunicada através de vizinhos, amigos, familiares ou pelo próprio ACS. A (O) enfermeira (o) ou técnica (o) de enfermagem agenda uma avaliação no domicílio e segue os mesmos critérios do encaminhamento da US para SE. Após a avaliação se existir necessidade de utilização de cobertura de curativo especial, a (o) enfermeira (o) matricia com enfermeira de referência do SE para juntas avaliarem a cobertura de curativo especial necessária, que será disponibilizado pelo SE de referência, conforme necessidade e disponibilidade a

US e está deverá se organizar para realizar o tratamento no domicílio da pessoa com lesão.

Quando foi citado matriciamento, sugere-se a partir das narrativas dos dois grupos que se possa ser implantado novas formas de avaliação através de matriciamento, utilizando sistemas informatizados ágeis como os celulares, fotos, e-mail, mas com clareza de que a equipe não seja invadida em seu horário de atendimento ou fora da jornada de trabalho e que não deveria ser utilizado equipamentos de uso pessoal. Foi sugerido também, a importância de se criar um espaço de matriciamento, como ocorre com a equipe de saúde mental, como educação permanente aos enfermeiros da atenção básica, onde a enfermeira de referência discute os casos com a enfermeira da atenção básica. Este matriciamento, pode ser realizado no Serviço de Estomatoterapia de referência ou na US, local a ser definido pela equipe.

Entende-se por matriciamento, o suporte realizado por profissionais e diversas áreas especializadas, dado a uma equipe interdisciplinar com o intuito de ampliar o campo de atuação e qualificar suas ações. (FIGUEIREDO apud SILVA; LIMA; ROBERTO; BARFKNECHT;VARGAS; KRANEN E NOVELLI, 2010). Ou seja, “ matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (Ministério da Saúde, 2011, p.13). O apoio matricial, formulado por Gastão Wagner em 1999, tem possibilitado, no Brasil, um cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária(Ministério da saúde, 2011 p.13), e essa relação amplia a possibilidade de realizar a clínica ampliada e a integração e diálogo entre diferentes especialidades e profissões(CAMPOS E DOMITTI apud Ministério da Saúde, 2011).

O apoio matricial, também chamado de matriciamento, é um modo de realizar a atenção em saúde de forma compartilhada com vistas à integralidade e à resolubilidade da atenção, por meio do trabalho interdisciplinar. Este modo de realizar atenção em saúde é uma importante estratégia para a educação permanente das equipes que atuam em unidades de saúde de atenção básica da rede de atenção à saúde, uma vez

que o compartilhamento de saberes e práticas promove o “aprender no fazer em conjunto”.

5.3 Critérios de avaliação incluídos no fluxo

No fluxograma estão apresentadas questões que geram critérios de encaminhamentos. Muitos dos critérios se encontram em Manuais do Ministério da Saúde e os demais serão incluídos, neste estudo, como sugestões.

5.3.1 Serviço de Atenção Domiciliar:

Nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

Cuidador, pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana. A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

A Atenção Domiciliar é um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e será estruturada de forma articulada e integrada aos outros componentes e à Rede de Atenção à Saúde, a partir dos Planos de Ação, conforme estabelecido na Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011. A Atenção Domiciliar seguirá as seguintes

diretrizes: ser estruturada na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial; estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde e com serviços de retaguarda; ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência; estar inserida nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência; adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares; estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador.(Portaria 963).

Portanto, o Serviço de Atendimento Domiciliar é o serviço que realiza acompanhamento e atendimento a usuários no seu domicílio por tempo determinado. É composta por uma equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, fisioterapia, assistente social entre outros profissionais que forem necessários).

5.3.1.1 – Programa Melhor em Casa em Porto Alegre

O Programa Melhor em Casa tem por objetivo promover a desospitalização de usuários que podem ter as suas necessidades de saúde continuadas em domicílio e/ou evitar a hospitalização desnecessária de usuários oriundos das Unidades de Saúde de Atenção Básica ou dos pronto- atendimentos.

O Programa Melhor em casa, em Porto Alegre, hoje, é composto pelas equipes do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e pelas equipes do Hospital Vila Nova (HVN), que são referência para a população residente nas seguintes áreas:

Equipe Melhor em Casa – GHC

Referência para a população residente nas áreas da GD NEB, GD LENO (somente região nordeste) e GD NHNI (somente região noroeste).

Equipe Melhor em Casa – HVN

Referência para a população residente nas áreas da GD SCS, GD GCC, GD Centro, GD RES e GD PLP.

5.3.1.2 - Como encaminhar para o Programa Melhor em Casa

Preencha o formulário de solicitação (Anexo 1) e encaminhe para a coordenação do programa por email melhoremcasa@sms.prefpoa.com.br .

As equipes do Melhor em Casa atendem usuários que preencham os critérios de inclusão, conforme propostos pelo Ministério da Saúde. São considerados de responsabilidade do Melhor em Casa os pacientes classificados em nível de cuidado AD2 e AD3. Aqueles classificados como AD1 são de responsabilidade da Atenção Básica.

O Serviço de Saúde deverá realizar a avaliação do usuário, verificando se o nível de complexidade do caso corresponde aos critérios estabelecidos, conforme informado neste documento.

5.3.1.3 Critérios para ter o cuidado continuado no domicílio pelo Programa Melhor em Casa.

Provenientes da Atenção Básica	Provenientes das urgências	Provenientes dos hospitais

<ul style="list-style-type: none"> • Uso de curativos especiais/múltiplas escaras; • Cuidados paliativos mais intensivos; • Necessidade de oxigenoterapia domiciliar/ cuidados frequentes devido à condição do quadro clínico (DPOC, doenças neuromusculares); • Dependência de ventilação mecânica domiciliar; • Antibioticoterapia venosa no domicílio (ex: doenças infecciosas); 	<ul style="list-style-type: none"> • Antibioticoterapia venosa que pode ser realizada em domicílio (ex. doenças infecciosas) • Condições agudas ou crônico-agudizadas sem sinais de instabilidade (ex: pneumonia, pielonefrite, DPOC/ICC e outras); • Idosos em situação de fragilidade e em condição de agudização de alguma enfermidade de base (ex: polipatologia, polifarmácia, cuidado paliativo não-oncológico, com dependência funcional); • Cuidados Paliativos oncológicos (ex: quadros oncológicos avançados, fora de possibilidade curativa, com indicação de cuidados intensificados visando conforto e alívio de sintomas, evitando procedimentos iatrogênicos na fase final de vida); • Uso de anticoagulantes, com necessidade de ajuste de Tempo de Ativação da Protrombina com Relação Normalizada Internacional - TAP com RNI (ex: quadros tromboembólicos para transição de anticoagulação injetável para oral). 	<ul style="list-style-type: none"> • Usuário/ internado em hospital, com quadro clínico estabilizado, que necessita cuidados especiais possíveis de serem realizados no domicílio de maneira imediata à alta, por equipes da Atenção Básica (na modalidade AD1) ou do SAD (nas modalidades AD2 ou AD3); • Pós - operatórios em geral (ex: fratura de fêmur); • Restrição ao leito/lar e uso de equipamentos/ insumos (ostomias, sondas, terapia nutricional, BIPAP, paracentese de alívio, terapia renal substitutiva), com necessidade de capacitação da família/cuidador; • Restrição ao leito/lar e com úlceras/feridas extensas em uso de curativos complexos; • Cuidados paliativos (controle da dor e outros sintomas) com AD frequente e intensivo; • Recém-nascidos de baixo peso que necessitam de AD frequente e intensivo; • Dependência funcional egressos de longas hospitalizações, que necessitam de AD frequente e intensivo, capacitação in loco da família/ cuidador (ex: doenças neurodegenerativas progressivas em fase intermediária e avançada, seqüelas de acidente vascular
--	--	--

		<p>encefálico e outros);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oxigenoterapia domiciliar que necessitam de cuidados frequentes devido à condição do quadro clínico (como asma, DPOC, doenças neurológicas); • Dependência de ventilação mecânica; • Condições que necessitam de antibioticoterapia venosa no domicílio. (ex: doenças infecciosas); • Uso de anticoagulantes, com necessidade de ajuste de RNI; • Doenças crônicas agudizadas, sem instabilidade clínica e restritos ao leito de maneira temporária ou definitiva; • Situações que necessitam auxílio na transição da alta hospitalar para AB nas situações de necessidade de ajuste terapêutico e avaliação clínica frequente (exemplo: diabetes descompensada, ICC descompensada e outros).
--	--	---

5.3.1.4 Critérios de classificação da Atenção domiciliar

AD1	AD2	AD3
<p>I - problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde;</p> <p>II - necessidade de cuidados de menor complexidade, incluídos os de</p>	<p>I - demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos (níveis 3 e 4) e drenagem de abscesso, entre outros;</p> <p>II - dependência de</p>	<p>I - existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para cuidados na</p>

<p>recuperação nutricional e de menor frequência, dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS);</p> <p>III - não se enquadrar nos critérios previstos para o AD2 e AD3 descritos na Portaria.</p> <p>Usuários com problemas de saúde controlados/ compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permite maior espaçamento entre as visitas (visitas quinzenais, no máximo, salvo situações avaliadas pelo Melhor em Casa); - Não necessita de procedimentos e técnicas de maior complexidade; - Não necessita de atendimento médico freqüente - Possui problemas de saúde controlados/ compensados - Necessita de cuidados programados <p>Procedimentos/ atribuições da AD1:</p> <p>Passagem de SNE e orientação quanto aos cuidados necessários</p> <p>Passagem de sonda vesical e orientação quanto aos cuidados necessários</p> <p>Curativos de úlcera de pressão, até grau 2</p>	<p>monitoramento freqüente de sinais vitais/ quadros não estáveis</p> <p>III - necessidade freqüente e sistemática de exames de laboratório de menor complexidade;</p> <p>IV - adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia;</p> <p>V - adaptação do usuário ao uso de órteses/próteses;</p> <p>VI - adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias;</p> <p>VII - acompanhamento domiciliar em pós-operatório, conforme indicação de equipe cirúrgica;</p> <p>VIII - reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento freqüente, até apresentarem condições de freqüentarem serviços de reabilitação;</p> <p>IX - uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica;</p> <p>X - acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso;</p> <p>XI - necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória;</p> <p>XII – cuidados freqüentes em pacientes terminais;</p> <p>XIII – necessidade de medicação endovenosa ou subcutânea</p> <p>XIV – retirada de fecaloma</p>	<p>modalidade AD2; e</p> <p>II - necessidade do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos/procedimentos:</p> <p>a) Suporte Ventilatório não invasivo:</p> <p>i. Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP);</p> <p>ii. Pressão Aérea Positiva por dois Níveis (BIPAP);</p> <p>b) diálise peritoneal; e</p> <p>c) paracentese</p> <p>d) em uso de NPT.</p>
---	---	--

<p>Verificação de sinais vitais</p> <p>Aplicação de medicação (sub-cutânea, intramuscular e endovenosa)</p> <p>Aplicação de vacinas</p> <p>Coleta de glicemia capilar (hemoglicoteste)</p> <p>Acompanhamento sistemático de pacientes com restrição ao leito</p> <p>Orientação e apoio ao cuidador</p> <p>Avaliação integral do usuário</p> <p>Orientação para insulinoterapia do usuário/ cuidador</p> <p>Acompanhamento do usuário em uso de traqueostomia;</p> <p>Acompanhamento do usuário em uso de órteses/próteses;</p> <p>Acompanhamento do usuário em uso de sondas e ostomias;</p> <p>Necessidade de cuidados paliativos</p>		
--	--	--

5.3.1.5 Critério para Atenção domiciliar em todos os níveis

Existência de cuidador, quando necessário.

5.3.1.6 Critérios de exclusão do SAD

Indicada permanência do cuidado em nível hospitalar:

- I - necessidade de monitorização contínua;
- II - necessidade de assistência contínua de enfermagem;
- III - necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em seqüência, com urgência;
- IV - necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou
- V - necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva contínua.

5.3.2 Critério para realização do matriciamento

Pessoa com lesão de pele que necessita de cuidados especializados e cobertura de curativo especial.

5.3.3 Critério para o Cuidado Especializado

No fluxograma quando nos referimos a critério para cuidado especial para SE: pessoa com lesão de pele que necessita de cuidados especializados e cobertura de curativo especial e que não tem enfermeira (o) com especialização em lesão de pele e/ou com conhecimento prévio sobre o uso de cobertura de curativo especial na US de referência ou que necessita de avaliação médica especializada como: cirurgião vascular e/ou dermatologista e/ou exames especializados, solicitados pelos SE.

Critério para cuidado especializado para US: pessoa com lesão de pele que necessita de cuidados especializados e cobertura de curativo especial que tem enfermeira (o) com especialização em lesão de pele e/ou conhecimento prévio sobre o uso de cobertura de curativo especial na US de referência e não necessita de avaliação médica e exames especializados.

5.3.4 Critério de Cobertura de Curativo Especial

Após matriciamento com enfermeira do SE de referência e verificado a necessidade de cobertura de curativo especial, sugerimos que esta seja disponibilizada para a US de referência conforme necessidade mensal.

Acreditamos que é importante que o SE de referência tenha um estoque de cobertura de curativo especial disponível para as US de referência, pois este é um dos medos da pessoa com lesão, de ser referenciada para a US de referência e que esta não tenha cobertura de curativo especial adequada para a sua reabilitação e/ou cura da lesão.

5.3.5 Critério do Plano de Alta

Sugerimos que seja construído planos de alta qualificada, em todos os locais (hospitais, PA, SE e US) compartilhado com as enfermeiras dos Serviços de Estomaterapia de referência e com as enfermeiras das Unidades de Saúde de Atenção Básica de referência, de forma individualizada para a pessoa com lesão de pele conforme a sua necessidade, evitando assim, dentro do possível as recidivas das lesões.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do Fluxograma para o cuidado a pessoas com Lesão de Pele foi construída a partir do encontro de idéias e sugestões de enfermeiros que atuam na área de lesão de pele na Atenção Básica e Atenção Especializada e superou a construção de apenas um fluxograma para atender um objetivo de trabalho de conclusão de curso. Ele veio com narrativas que foram além dos fluxos, a riqueza do encontro superou a construção do fluxo, pois foi ampliado pelas falas gravadas e que serão apresentadas a seguir:

Temos que ficar em alerta, pois alguns pacientes dão alta do hospital e não vão ficar na unidade;

Quando o melhor em casa assume, ele assume por completo, quando da alta, se aciona a atenção básica;

Como matriciadora devemos priorizar a educação permanente, pois faz parte da nossa atuação. Se capacitarmos e fizermos educação permanente, irá diminuir a demanda para os serviços de estomaterapias;

Devemos criar um espaço de matriciamento- espaço de discussão de casos e educação permanente;

No acolhimento precisamos dar importância ao “olhar” – olhar o paciente com diabetes de modo diferente, após o conhecimento, olhamos pequenas lesões com um outro olhar;

Paciente diabético deveria ser priorizado no acolhimento devido ao risco de infecção, um furinho no pé de um paciente diabético pode evoluir para amputação;

Os enfermeiros devem cada vez mais terem um olhar clínico, em especial no acolhimento, olhando o paciente com todas as suas vulnerabilidades não só com a queixa principal.

A proposta buscou sistematizar, padronizar, estruturar a atenção do cuidado a pessoas com lesão de pele na rede de atenção a saúde no município de Porto Alegre, através de uma construção coletiva de um fluxograma. A forma de construção consolida o apoio das equipes na operacionalização do fluxograma.

Verificamos na construção deste trabalho, o dinamismo, ações em movimento, o fluxograma como uma ferramenta potente para perceber os problemas existentes na rede de atenção à saúde, questões estas que somente podem ser percebidas pelo olhar das pessoas com lesão de pele.

O processo de trabalho, se desenvolvido de forma interativa, integrada e multiprofissional, centrado na pessoa com lesão de pele e seus problemas de saúde, em uma concepção de multicausalidade e de interação de saberes e práticas pode servir de elemento integrador entre os diversos processos produtores de saúde.

Muitos ainda são os caminhos, os critérios e os planos que devem ser desenvolvidos neste fluxograma e outros que poderão se entrelaçar com ele, entretanto entendemos que o fluxograma proposto, já irá contribuir com a construção de uma Linha de Cuidado a pessoas com Lesão de Pele no município de Porto Alegre.

REFERÊNCIAS

BLANES, Leila et al. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no hospital de São Paulo. **Ver. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 182-187, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200036>. Acesso em: 10 set. 2015.

BONATTO, C. R.; et al – Propondo mudanças na rede de serviço que atende usuários com lesões de pele nos distritos Glória/ Cruzeiro /Cristal, Porto Alegre. In: FERLA, A. A; et al (Org). **Redes vivas de educação e saúde: relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p. 123 – 134. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/26639/browse?value=Aten%C3%A7%C3%A3o+%C3%A0+sa%C3%BAde&type=subject>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília/DF, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades, Rio Grande do Sul – Porto Alegre**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=431490>>

CAMPOS, R. A.; LIMA, S. M. P. **Mapeamento de Processos: Importância para as organizações**. Rio de Janeiro, 2012.

COSTA RC, LOCKS MOH, GIRONDI JB. Pesquisa exploratória descritiva. In: Lacerda MR, Costenaro RGS, organizadoras. **Metodologia da Pesquisa para a Enfermagem e Saúde**. Porto Alegre (RS):Editora MORIÁ; 2016.

COSTA NETO, Milton Menezes da (Org.). A implantação da unidade de saúde da família: caderno 1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000. 44 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab1.pdf>. Acesso em: 08 set. 2015.

COSTA, Isabelle Katherine Fernandes et al. Pessoas com úlceras venosas: estudo do modo psicossocial do modelo adaptativo de Roy. In: **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre v32, n.3, 561-568,2011.

DEODATO, Oniele Oliveira das Neves. **Avaliação da qualidade da assistência aos portadores de úlceras venosas atendidos no ambulatório de um hospital universitário em Natal/RN**. 2008. 104f. Dissertação (Mestrado) – Curso de

Enfermagem , Centro de ciências da saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal,2008.

DOMANSKY, R. C; BORGES, E. **Manual para Prevenção de Lesões de Pele: Recomendações Baseadas em Evidências**. Rio de Janeiro: Rubio, 2012.

FRANCO, C. M; FRANCO, T. B. **Linhas do Cuidado Integral**: Uma proposta de organização da rede de saúde. In: Secretaria de Estado de Saúde do RS. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1306960390341linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>>

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia Estatística/Secretaria Municipal de Saúde. Dados demográficos Porto Alegre. IBGE, 2016. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=431490>>

MAGALHÃES, A. L. P. IN: LACERDA, M. R; COSTENARO, R. G. S. (Org.). **Metodologias da Pesquisa para a Enfermagem em Saúde**: da teoria à prática. 1. ed. Porto Alegre: Moriá, 2016.

MALAGUTTI, William (Org.). **Feridas**: conceitos e atualidades. São Paulo: Martinari, 2015. 280 p.

MEDEIROS, A. B et al. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 223-228, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100029>

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. (Org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o público. Belo Horizonte**: Xamã, 1997. P. 103-120.

MULLER, Patricia Venzon. **Coberturas e terapias no cuidado com feridas**: uma revisão integrativa. 2014. 42f.TCC (Graduação) – Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do sul, Porto Alegre, 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisas em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. 497p.

SAMPAIO, F. A. A. **Caracterização do estado de saúde referente á integridade tissular e perfusão tissular em pacientes com úlceras venosas segundo a NOC**. 2007. 70 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2007. Disponível em: < <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/1957>> Acesso em: 4 ago 2016

SOUZA, F.G.M; ERDMANN, A.L.; MAGALHÃES; A.L.P.IN: LACERDA, Maria Ribeiro; COSTENARO, Regina Gema Santini (org.). Metodologias da Pesquisa para a Enfermagem em Saúde: da teoria à prática. 1.ed. Porto Alegre: Ed. Moriá, 2016

APÊNDICE A

Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE-1)

Entrevista/Grupo Focal

Convidamos V.Sa. para participar da pesquisa: Fluxograma para o cuidado a pessoas com lesão de pele na rede de atenção a saúde: contribuição para uma Secretaria de Saúde, que será realizado por mim Cintia Regina Breunig Ferreira, para elaboração do trabalho que é requisito parcial para a conclusão do curso de especialização Cuidado Integral com a Pele no Âmbito da Atenção Básica. O objetivo deste estudo é o de propor um fluxograma para o cuidado a pessoas com de lesões de pele na rede de atenção a saúde para a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Este estudo faz parte do projeto da “ Pesquisa Integrada sobre Organização do trabalho e integralidade nos serviços: novas tecnologias no cuidado ao usuário com lesão de pele na rede de atenção à saúde no Estado do rio Grande do Sul, que está aprovado do CEP/UFRGS sob o nº 56382316.2.0000.5347 e ao CEP da SMS/POA sob o nº 56382316.2.3001.5338 e atende ao objetivo de conhecer o acesso dos usuários à rede de atenção à saúde no cuidado com a pele.

Para realização desta pesquisa você participará de uma entrevista com outras colegas em que fará uma avaliação do fluxograma enviado por e-mail pelo pesquisador. Informamos que será assegurado a você o caráter de livre participação, bem como a isenção de influências hierárquicas que possam interferir no vínculo empregatício ou acesso aos serviços ou instituições de origem. A participação no estudo não trará benefício direto ao participante, porém contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e os resultados poderão auxiliar a realização de estudos futuros e na qualificação do cuidado a pessoas com lesão de pele.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação no estudo e o participante não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos. As informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para fins científicos, como pretende a pesquisa. Reafirma-se a garantia da livre participação e o compromisso do pesquisador de fornecer respostas aos participantes a todas as dúvidas.

O conteúdo será gravado e as falas permanecerão armazenados pelo pesquisador responsável em lugar seguro na EENF-UFRGS, pelo período de cinco anos, a contar da publicação dos resultados. Após esse período, os dados serão inutilizados.

Quanto aos riscos, considera-se que poderá haver eventual desconforto em decorrência do tempo da reunião, mas o tempo de 2 horas fará que o cansaço seja pouco e será compensado pelo local onde será realizado o encontro. Os resultados a serem divulgados manterão o sigilo acerca da identificação dos sujeitos da pesquisa e dos serviços aos quais estejam vinculados por ocasião da realização do estudo, atribuindo-se códigos compostos de letras e números na utilização das informações. Os benefícios esperados com o resultado desta pesquisa são o aumento do conhecimento

das políticas de atendimento em saúde no cuidado a lesões de pele nas unidades da rede de atenção básica de saúde e a contribuição para a sua qualificação.

Os pesquisadores asseguram os seguintes direitos: a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta, a qualquer momento; a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si. Caso haja gastos adicionais, os mesmos serão absorvidos pelo pesquisador. Após a leitura e orientação acerca dos procedimentos de coleta de dados, os participantes deverão assinar o TCLE correspondente a cada etapa de coleta dos dados em duas vias, ficando uma via com o pesquisador e outra com cada um dos participantes. A sua participação não implicará em benefícios financeiro.

Nos casos de dúvidas e esclarecimentos o (a) senhor (a) deve procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com sede à Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317. Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro. Porto Alegre/RS - CEP: 90040-060. Fone: 051 3308 3738. E-mail: etica@propesq.ufrgs.br. Ou Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Porto Alegre, com sede à Rua Capitão Montanha, 27 – 7º andar, Centro Histórico. Porto Alegre/RS – CEP: 90.010-040. Fones; (51) 3289 – 5517 e 3289 – 2453.

Eu _____,
após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, bem como autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida, exceto dados pessoais, em publicações e eventos de caráter científico. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do (s) pesquisador (es).

Local/Data: Porto Alegrede..... 2016.

Assinatura do Sujeito:

Nome completo do participante

Assinatura do pesquisador:

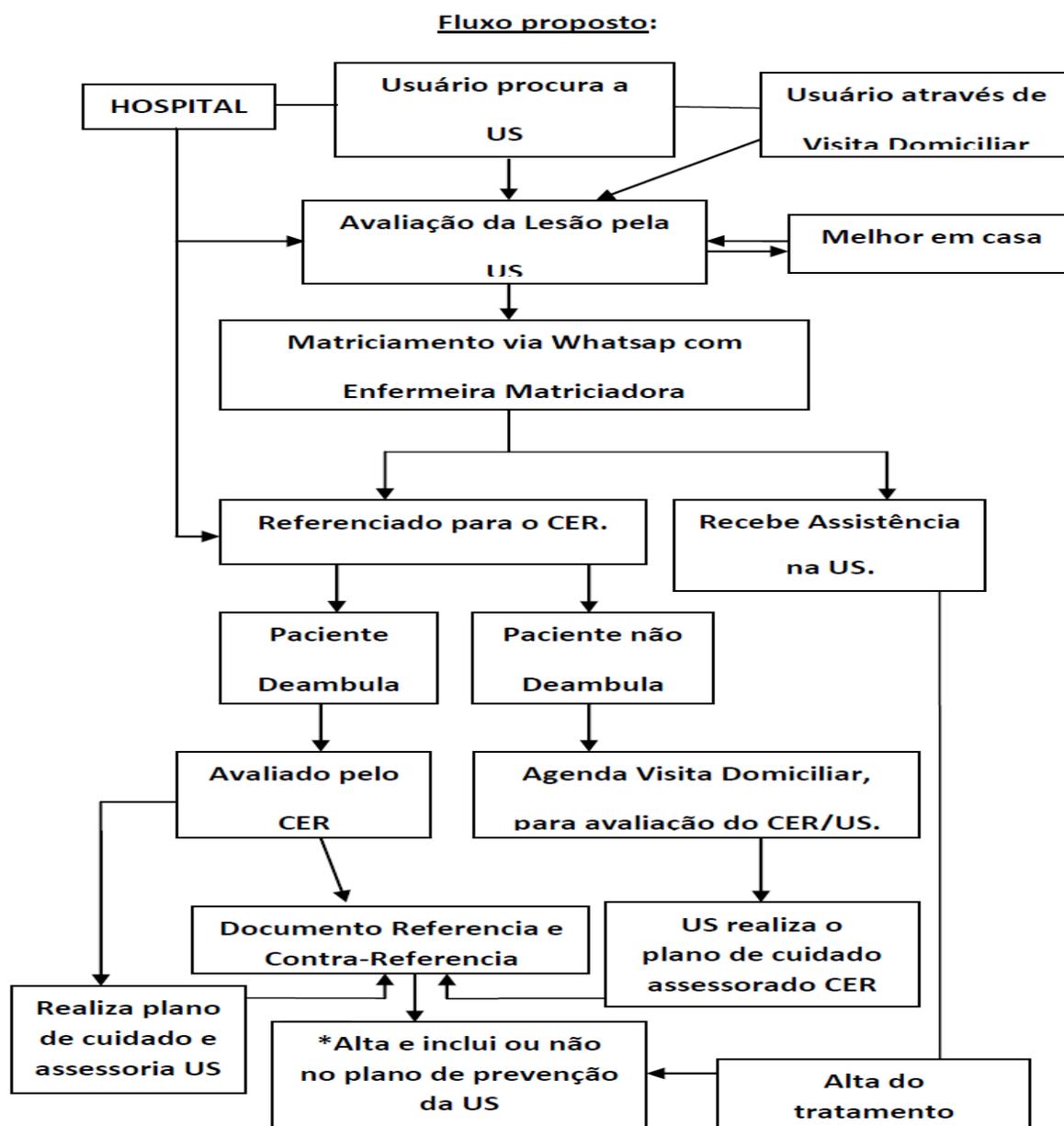
Cintia Regina Breunig Ferreira

APÊNDICE B

Questionário de avaliação do fluxograma para o cuidado a pessoas com lesão de pele na rede de atenção a saúde no município de Porto Alegre

Perguntas a serem respondidas diante do fluxograma proposto:

- 1- Você entendeu o fluxograma?
- 2- Você alteraria? Em que partes?
- 3- O que acha que faltou incluir nesse atendimento/fluxograma?
- 4- Que sugestões você daria a autora?
- 5- Unidade que trabalha? Qual gerência?



APÊNDICE C

Entrevista para validação do fluxograma para o cuidado a pessoas com lesão de pele na rede de atenção a saúde no município de Porto Alegre

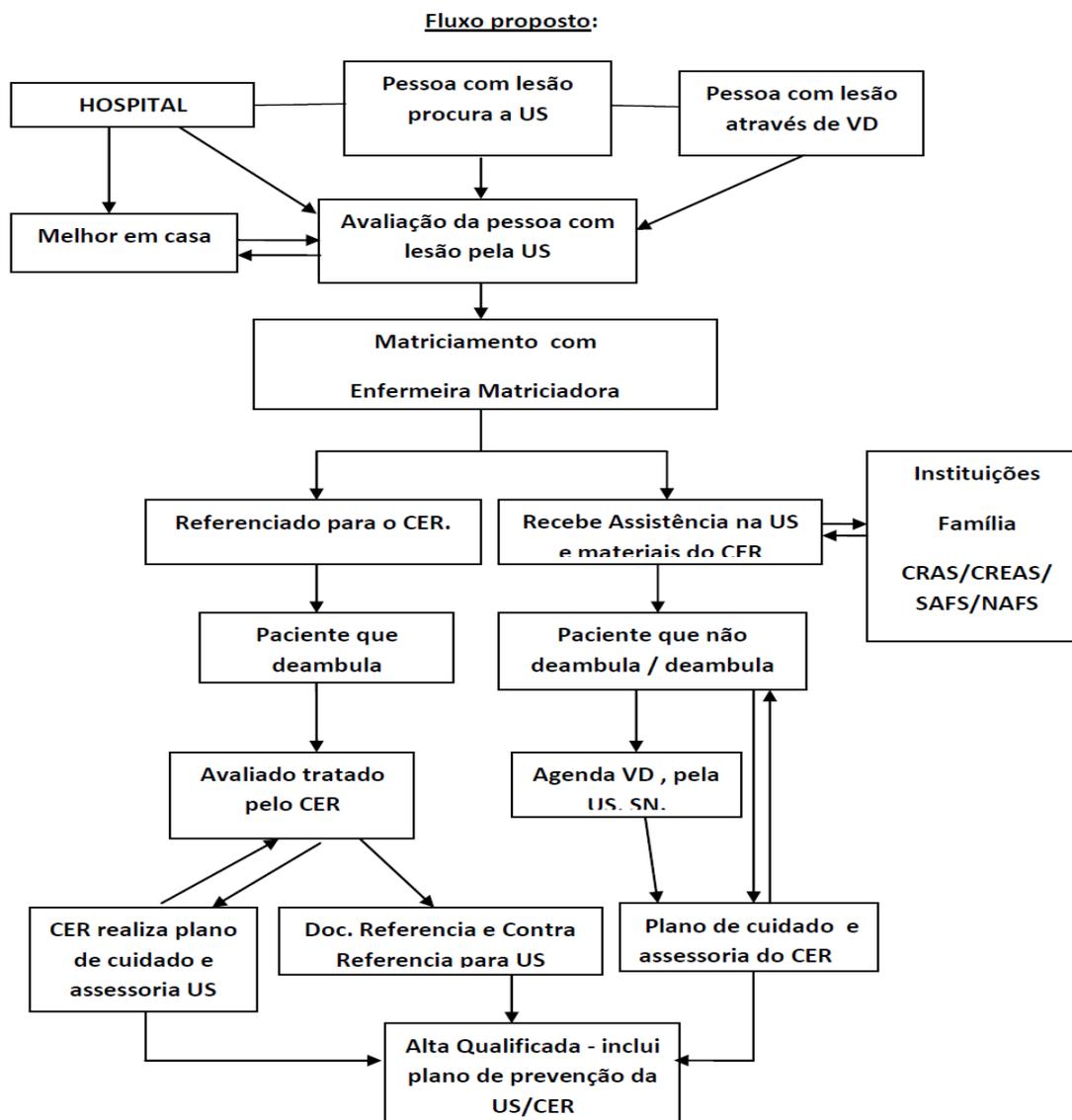
Você está convidada para participar de uma entrevista junto a colegas do Serviço de Estomaterapia e da Assistente Técnica da CGAE da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Sua participação será avaliar o fluxograma proposto e fazer uma avaliação no que você entende ser o melhor fluxo de cuidado à pessoas com lesão de pele na rede de atenção a saúde no município de Porto Alegre.

Data do Encontro: 12/09/2016

Local: Centro de Saúde Santa Marta – 6º andar

Horário: 14h



ANEXO 1

Formulário de solicitação de avaliação

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AVALIAÇÃO	
Data Solicitação	
Estabelecimento Solicitante	
Fone	
Solicitante	
Email_Solicitante	
Profissão	
Nome_Paciente	
Cartão_SUS	
Data_Nascimento	
Sexo	
Cor	
Responsavel	
Fone	
Endereco	
Numero	
Complemento	
Motivo Encaminhamento	
CID10	
Cuidados	<input type="checkbox"/> Sonda Nasoenteral <input type="checkbox"/> Sonda Vesical <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Aspiração V.Aéreas <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Urostomia <input type="checkbox"/> Jejuno/Gastrostomia <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Isolamento Contato
Direcionamento	
Aceite S/N	
Aceite DT	
Motivo N/A	