

Contribuição da equipe multidisciplinar do programa melhor em casa na reversão de um caso considerado paliativo no Município de Acreúna, Estado de Goiás (GO), Brasil

Contribution of the multidisciplinary team of the better at home program in reversing a case considered palliative in the Municipality of Acreúna, Goiás (GO) State, Brazil

Aporte del equipo multidisciplinario del programa mejor en casa en la reversión de un caso considerado paliativo en el Municipio de Acreúna, Estod de Goiás (GO), Brasil

Recebido: 30/10/2024 | Revisado: 12/11/2024 | Aceitado: 13/11/2024 | Publicado: 16/11/2024

Jerônimo Gregório da Silva Neto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1067-2604>
Secretária de Saúde Acreúna - GO, Brasil
E-mail: nutrijeronimogregorio@gmail.com

Andriele Barbosa Dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-9851-2772>
Secretária de Saúde Acreúna - GO, Brasil
E-mail: andrielesantos20@hotmail.com

Brunna Nascimento Ribeiro

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-9714-3967>
Secretária de Saúde Acreúna - GO, Brasil
E-mail: brunnanascimento9@gmail.com

Bianca Rodrigues de Jesus

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-6724-2037>
Secretária de Saúde Acreúna - GO, Brasil
E-mail: bianca.rodrgues0911@gmail.com

Samara Sousa Alberto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8005-9667>
Secretária de Saúde Acreúna - GO, Brasil
E-mail: saamys.sousa@hotmail.com

Mayara Aparecida dos Reis Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1479-0923>
Secretária de Saúde Acreúna - GO, Brasil
E-mail: enf.reislima@gmail.com

Victor Hugo Silva Nascimento

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-2169-9822>
Secretária de Saúde Acreúna - GO, Brasil
E-mail: vhsnascimento@uol.com.br

Resumo

Este artigo tem como objetivo explorar a contribuição da equipe multidisciplinar do Programa Melhor em Casa na reversão de um caso considerado paliativo em Acreúna, GO. Ele descreve um estudo de caso retrospectivo de uma paciente admitida no Programa Melhor em Casa, em Acreúna - GO, em 08/08/2024, com Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) e hematoma subdural. A paciente também apresentava comorbidades como epilepsia, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM). Devido à gravidade de seu estado clínico, foi considerada paliativa e recebeu suporte nutricional por Gastrostomia (GTT) e respiratório com oxigenação e traqueostomia (TQT). A análise baseou-se na revisão do prontuário médico, destacando o trabalho da equipe multidisciplinar, composta por médico, equipe de enfermagem, fisioterapia e nutricionista, que intervieram para melhorar a condição geral da paciente. Ao longo do tratamento, notou-se uma evolução positiva, com impacto direto na qualidade de vida da paciente. O resultado dessas intervenções foi significativo, levando à remoção da traqueostomia (TQT) e à reintrodução da alimentação oral, demonstrando o sucesso do cuidado integrado especializada no tratamento de pacientes com múltiplas condições clínicas graves e delicadas.

Palavras-chave: Equipe Multidisciplinar; Reversão; Cuidados Paliativos.

Abstract

This article aims to explore the contribution of the multidisciplinary team from the Melhor em Casa Program in reversing a case considered palliative in Acreúna, GO. It describes a retrospective case study of a patient admitted to the Melhor em Casa Program, in Acreúna - GO, on 08/08/2024, with Traumatic Brain Injury (TBI) and subdural hematoma. The patient also had comorbidities such as epilepsy, systemic arterial hypertension (SAH) and diabetes mellitus (DM). Due to the severity of his clinical condition, he was considered palliative and received nutritional support through Gastrostomy (GTT) and diseases with oxygenation and tracheostomy (TQT). The analysis was based on a review of the medical records, highlighting the work of the multidisciplinary team, made up of a doctor, nursing team, physiotherapy and nutritionist, who intervened to improve the patient's general condition. Throughout the treatment, a positive evolution was noted, with a direct impact on the patient's quality of life. The result of these interventions was significant, leading to the removal of the tracheostomy (TQT) and the reintroduction of oral feeding, demonstrating the success of specialized integrated care in the treatment of patients with multiple serious and delicate clinical conditions.

Keywords: Multidisciplinary Team; Reversal; Palliative Care.

Resumen

Este artículo tiene como objetivo explorar la contribución del equipo multidisciplinario del Programa Melhor em Casa en la reversión de un caso considerado paliativo en Acreúna, GO. Describe un estudio de caso retrospectivo de un paciente ingresado en el Programa Melhor em Casa, en Acreúna - GO, el 08/08/2024, con Lesión Cerebral Traumática (TCE) y hematoma subdural. El paciente además presentaba comorbilidades como epilepsia, hipertensión arterial sistémica (HAS) y diabetes mellitus (DM). Debido a la gravedad de su cuadro clínico, fue considerado paliativo y recibió soporte nutricional mediante Gastrostomía (GTT) y enfermedades con oxigenación y traqueotomía (TQT). El análisis se basó en la revisión de las historias clínicas, destacando el trabajo del equipo multidisciplinario, conformado por médico, equipo de enfermería, fisioterapeuta y nutricionista, quienes intervinieron para mejorar el estado general del paciente. A lo largo del tratamiento se observó una evolución positiva, con impacto directo en la calidad de vida del paciente. El resultado de estas intervenciones fue significativo, llevando a la eliminación de la traqueostomía (TQT) y la reintroducción de la alimentación oral, demostrando el éxito de la atención integrada especializada en el tratamiento de pacientes con múltiples condiciones clínicas graves y delicadas.

Palabras clave: Equipo Multidisciplinario; Reversión; Cuidados Paliativos.

1. Introdução

O cuidado paliativo é uma abordagem essencial que visa proporcionar alívio de sintomas e melhorar a qualidade de vida de pacientes com doenças avançadas, frequentemente considerados em fase terminal. Essa prática se estende além do gerenciamento de dor e desconforto, englobando uma visão holística que considera aspectos emocionais, sociais e espirituais dos pacientes e suas famílias (Souza et al., 2021). A literatura destaca que a identificação de um paciente como paliativo não implica em um tratamento passivo ou resignação, mas sim em um compromisso ativo em atender às necessidades físicas e psicológicas, respeitando as preferências e valores do indivíduo (Andrade *et al.*, 2024). O cuidado paliativo, portanto, envolve uma parceria contínua entre profissionais de saúde, pacientes e suas famílias, garantindo que a experiência do paciente seja digna e significativa.

No Brasil, o Programa Melhor em Casa se destaca como uma estratégia de atenção à saúde que promove o cuidado domiciliar e a reabilitação de pacientes com diferentes condições clínicas. Esse programa é uma resposta às necessidades de um sistema de saúde que busca melhorar a qualidade de vida dos pacientes, oferecendo cuidados mais próximos ao ambiente familiar (Castro et al., 2018). Com uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e outros profissionais, o programa busca não apenas tratar doenças, mas também proporcionar um suporte emocional e social vital, fundamental para o bem-estar do paciente.

A abordagem colaborativa do Programa Melhor em Casa é fundamental para o sucesso do tratamento, pois cada membro da equipe contribui com sua especialização, garantindo que todos os aspectos da saúde do paciente sejam considerados (Pinho, 2022). Essa sinergia entre os profissionais de saúde permite que intervenções sejam adaptadas e personalizadas, levando em conta as necessidades e preferências do paciente. A integração de diferentes áreas do

conhecimento não apenas enriquece o atendimento, mas também proporciona uma continuidade no cuidado que é muitas vezes difícil de alcançar em configurações hospitalares.

Um dos casos emblemáticos dentro do Programa Melhor em Casa em Acreúna, Goiás, ilustra a eficácia dessa abordagem integrada. Inicialmente classificada como paliativa, uma paciente começou a apresentar sinais de melhora significativa após a implementação de um plano de cuidado personalizado e multidisciplinar. Essa reversão de status clínico não apenas desafia a concepção tradicional de cuidados paliativos, mas também exemplifica o potencial de recuperação em situações que anteriormente eram consideradas críticas (Trentin, 2024). Isso demonstra que a classificação de um paciente como paliativo pode ser revisitada, especialmente quando intervenções abrangentes são realizadas.

A evolução da paciente foi acompanhada de perto pela equipe, que ajustou continuamente as intervenções com base nas necessidades e respostas do paciente. Intervenções nutricionais, suporte emocional, reabilitação física e controle de sintomas foram algumas das estratégias que se mostraram eficazes. Essa flexibilidade e adaptação do plano de cuidado demonstram a importância de uma abordagem centrada no paciente, onde as vozes e necessidades individuais são priorizadas. A personalização dos cuidados, levando em consideração as preferências e expectativas do paciente, é um fator-chave para melhorar a adesão ao tratamento e promover resultados positivos (Oliveira *et al.*, 2023).

Além disso, a experiência da equipe multidisciplinar no Programa Melhor em Casa ressalta a relevância do trabalho colaborativo na reversão de condições de saúde consideradas irreversíveis. O compartilhamento de conhecimentos e habilidades entre os profissionais não apenas enriqueceu o tratamento, mas também proporcionou um ambiente de apoio que favoreceu a recuperação da paciente. Essa dinâmica é crucial para o sucesso de intervenções complexas em cenários clínicos desafiadores, onde a comunicação efetiva e o respeito mútuo entre os membros da equipe se traduzem em um atendimento mais coeso e eficaz (Valim *et al.*, 2024).

As evidências científicas sustentam a importância da equipe multidisciplinar na promoção de melhores desfechos clínicos. Estudos mostram que intervenções precoces e o envolvimento da família nas decisões de cuidado podem resultar em melhores resultados para os pacientes, reforçando a ideia de que a recuperação é sempre uma possibilidade (Alves *et al.*, 2023). O suporte psicológico e a participação ativa da família no processo de cuidado são fundamentais para criar um ambiente que favoreça a recuperação e o bem-estar do paciente.

Este artigo tem como objetivo explorar a contribuição da equipe multidisciplinar do Programa Melhor em Casa na reversão de um caso considerado paliativo em Acreúna, GO. Através da análise detalhada das intervenções realizadas e da evolução da paciente, pretende-se destacar a importância do cuidado integrado e como ele pode transformar vidas, mesmo em situações que à primeira vista parecem sem esperança. Essa análise não apenas reforça a necessidade de práticas baseadas em evidências, mas também sublinha a importância de um modelo de cuidado que valoriza o ser humano em sua totalidade, promovendo uma saúde mais digna e efetiva.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo de caso retrospectivo, de natureza qualitativa, baseada em pesquisa documental de fonte direta (Pereira *et al.*, 2018) a qual foi realizada por meio da análise do prontuário médico de uma paciente admitida no dia 08/08/2024 no Programa Melhor em Casa Acreúna – GO, diagnosticada com Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) e hematoma subdural. A paciente apresentava também um quadro de epilepsia, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) e necessitava de alimentação via Gastrostomia (GTT). Devido à gravidade de seu quadro clínico, foi considerada paliativa.

Os estudos retrospectivos, incluindo análises de prontuários médicos, são fundamentais na pesquisa em saúde. Eles permitem investigar a relação entre exposições e desfechos em populações que já foram diagnosticadas com condições específicas (Júnior *et al.*, 2023).

Os dados do prontuário da paciente foram organizados para garantir a uniformidade das informações. Esses Quadros incluíram dados demográficos, como idade, sexo e comorbidades da paciente, destacando condições como epilepsia, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM). Além disso, foram registrados o diagnóstico inicial e o prognóstico, que classificou a paciente inicialmente como paliativa, devido à gravidade de seu estado clínico e à necessidade de alimentação via gastrostomia.

As intervenções terapêuticas realizadas pela equipe multidisciplinar foram detalhadas no quadro 2, com contribuições do médico, equipe de enfermagem, nutricionista e fisioterapeutas. Cada profissional desempenhou um papel específico, desde o manejo das comorbidades até a reabilitação motora e suporte emocional, visando à recuperação da paciente.

A análise dos critérios utilizados para a reclassificação do estado clínico da paciente considerou tanto os resultados clínicos quanto as preferências da paciente e da família. A discussão ética em torno dessa reclassificação foi uma parte importante do processo, garantindo que as decisões respeitassem a autonomia da paciente e os princípios éticos da prática clínica. Essa abordagem metodológica permitiu um entendimento abrangente da evolução da paciente, destacando o papel crucial da equipe multidisciplinar na reversão de um caso inicialmente considerado paliativo.

3. Resultados e Discussão

A Tabela 1, a seguir, apresenta as características iniciais da paciente por meio de dados extraídos do dia da data de admissão no programa melhor em casa Acreúna -GO.

Tabela 1 - Características iniciais da paciente.

Características	Descrição
Idade	71 anos
Sexo	Feminino
Comorbidades	Epilepsia, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM)
Diagnóstico Inicial	Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) com hematoma subdural
Data de Admissão	08/08/2024
Via de Alimentação	Gastrostomia (GTT)
Suporte Respiratório	Traqueostomia (TQT)
Verbalização	Não verbalizando
Estado Inicial	Paliativa

Fonte: Prontuário do Programa Melhor em casa.

Em 08 de agosto de 2024, a paciente foi admitida no Programa Melhor em Casa, e a equipe multidisciplinar realizou uma visita domiciliar às 15:20 horas. Durante a avaliação, a paciente se encontrava no leito em decúbito dorsal, consciente, com Escala de Glasgow 11, não verbalizava. A história clínica da paciente indicava que ela havia sofrido um traumatismo crânio-encefálico (TCE) e evoluído com hematoma subdural agudo, o qual foi tratado por meio de uma craniotomia há aproximadamente 35 dias. Nesse momento, foi observado que a paciente apresentava secreção pela traqueostomia (TQT).

Na avaliação das condições de saúde, foram identificadas as seguintes comorbidades: epilepsia, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) e histórico de acidente vascular encefálico (AVE) há 15 anos, além de aneurismas

cerebrais diagnosticados há 2 anos. A paciente estava em uso de Hidantal 100 mg três vezes ao dia, Depakene 250 mg (máximo de 15 ml) a cada 8 horas, e Amlodipino 5 mg uma vez ao dia.

Durante a visita, a equipe realizou antisepsia na área da traqueostomia, utilizando solução salina (SF 0,9%) e água destilada. A cuidadora, foi auxiliada na troca de fralda geriátrica, e foram observados sinais de maceração na mama direita, apresentando um estágio I de lesão por pressão. Foi solicitado tratamento tópico com sulfadiazina de prata, coberto com gazes e fita crepe branca, para evitar a progressão da lesão. Orientações sobre a mobilização da paciente foram fornecidas, recomendando mudanças de decúbito a cada 2 horas para prevenir complicações. A equipe de saúde continuou a prestar os devidos cuidados, incluindo a manutenção da antisepsia e acompanhamento diário da evolução clínica da paciente, garantindo que todas as intervenções fossem realizadas de acordo com os protocolos estabelecidos e com a colaboração contínua da equipe de suporte ao domicílio (SAD). A Tabela 2, a seguir, apresenta dados de intervenções terapêuticas realizadas:

Tabela 2 - Intervenções Terapêuticas Realizadas.

Profissional	Descrição
Médico	Realização de exame clínico, revisão do histórico médico e ajuste das medicações, incluindo Hidantal, Depakene e Amlodipino.
Enfermeiras e Técnicos	Monitoramento dos sinais vitais, administração de medicamentos, apoio a troca de fralda geriátrica, e tratamento de lesão por pressão.
Nutricionista	Avaliação da alimentação via gastrostomia; acompanhamento e ajustes nas necessidades nutricionais da paciente.
Fisioterapeutas	Sessões de fisioterapia motora e respiratória e cuidado e cuidados com a traqueostomia

Fonte: Prontuário do Programa Melhor em casa.

Intervenções Terapêuticas Realizadas pelo Médico

As intervenções terapêuticas realizadas pelo médico no acompanhamento da paciente foram essenciais para o gerenciamento de sua saúde. As visitas domiciliares foram programadas semanalmente, permitindo um acompanhamento contínuo e próximo.

Inicialmente, foram realizados encaminhamentos para as especialidades de neurologia, gastroenterologia e fonoaudiologia. Essas avaliações foram fundamentais para abordar de forma abrangente as necessidades da paciente. O médico também prescreveu Glifage, medicamento indicado para o controle do diabetes, e fez a renovação das receitas, garantindo a continuidade do tratamento e o controle dos sintomas durante as intervenções.

A Dipirona foi prescrita para o manejo de dores e febres, conforme necessário. Durante o acompanhamento, a aferição da glicemia capilar (HGT) e da pressão arterial (PA) permaneceram controladas, indicando a eficácia das estratégias de manejo adotadas.

Um marco importante nas intervenções médicas foi a participação do médico na retirada da traqueostomia (TQT), um procedimento que marcou um avanço significativo na recuperação da paciente. Além disso, foi feito um encaminhamento para o gastroenterologista com o intuito de programar a retirada da gastrostomia (GTT), avançando ainda mais no processo de reabilitação da paciente. Essas ações demonstram um cuidado integral e coordenado, visando à melhoria da qualidade de vida da paciente.

Intervenções Terapêuticas Realizadas pela Equipe de Enfermagem

A paciente recebeu cuidados abrangentes e contínuos da equipe de enfermagem, que realizaram diversas intervenções terapêuticas com foco na promoção da saúde e no manejo das complicações associadas à sua condição.

Inicialmente, a equipe efetuou a entrega de materiais essenciais para os cuidados da paciente, incluindo gases não estéreis e pomadas, para o tratamento das lesões cutâneas identificadas. A equipe também se dedicou aos cuidados com o curativo na região da mama direita, que se encontrava em estágio II, conforme a avaliação clínica.

Os curativos foram realizados conforme a orientação inicial, com uma frequência de uma vez ao dia, sendo reavaliados periodicamente para ajustar a abordagem conforme a evolução do quadro.

Adicionalmente, as intervenções da equipe de enfermagem foram realizadas em conjunto com a fisioterapia, promovendo um trabalho interdisciplinar que contribuiu para a saúde global da paciente. Durante essas visitas conjuntas, foram executados cuidados essenciais, como a limpeza da traqueostomia (TQT), troca de gases e a higiene pessoal da paciente, com o objetivo de prevenir complicações respiratórias e garantir conforto.

A monitorização dos sinais vitais foi uma parte fundamental das intervenções. Aferições regulares da pressão arterial (PA) foram realizadas para acompanhar a estabilidade hemodinâmica da paciente, juntamente com o controle da glicemia capilar (HGT) para ajustar a terapia conforme necessário. A saturação de oxigênio também foi monitorada, assegurando que a paciente mantivesse uma oxigenação adequada.

Intervenções Terapêuticas Realizadas pela Equipe de Fisioterapia

As intervenções terapêuticas realizadas pela equipe de fisioterapia para a paciente foram cruciais para sua recuperação e melhoria funcional. No início do tratamento, a paciente apresentava fraqueza muscular nos membros superiores (MMSS) e inferiores (MMII), além de responder apenas a comandos visuais. Durante os primeiros dias, observou-se uma tosse significativa e um aumento exacerbado da secreção pela traqueostomia (TQT), que se caracterizava por odor fétido e coloração amarelada.

Em resposta a essa condição, foram realizadas a higienização da cânula da traqueostomia e as trocas dos cordões, o que levou à diminuição gradual da secreção e à melhora da coloração das secreções. A equipe iniciou a fisioterapia motora com mobilizações articulares, proporcionando suporte aos membros, e realizando mudanças de decúbito, alternando entre a posição dorsal e a sentada. As sessões de fisioterapia foram realizadas todos os dias, focando na fortificação da paciente.

O primeiro sinal de força observado foi quando a paciente conseguiu segurar firme as mãos da fisioterapeuta Bruna. Com o passar do tempo, ela começou a desdobrar as pernas sozinha, demonstrando aumento de resistência e maior controle sobre o corpo. A paciente também começou a se comunicar, embora ainda com dificuldades, utilizando poucas palavras ao responder às perguntas feitas.

Durante o tratamento, a saturação da paciente apresentou melhorias significativas. Após avaliação, foi decidido ocluir a traqueostomia da paciente, que permaneceu ocluída por 11 dias. Durante esse período, constatou-se que a paciente não necessitava mais do suporte da traqueostomia. Em 02 de outubro de 2024, a traqueostomia foi removida, e a paciente conseguiu voltar a respirar sem auxílio, evidenciando os progressos alcançados ao longo do tratamento.

Essas intervenções demonstram a importância da fisioterapia na reabilitação de pacientes em situações críticas, contribuindo não apenas para a recuperação física, mas também para a melhora da qualidade de vida da paciente.

Fases da Retirada da Traqueostomia (TQT)

A retirada de traqueostomia (TQT), também conhecida como decanulação, é um processo delicado que deve ser conduzido com base em critérios clínicos rigorosos e sob a supervisão de uma equipe multidisciplinar. A traqueostomia é uma abertura cirúrgica na traqueia que permite a passagem de ar diretamente para os pulmões, sendo indicada para pacientes com obstrução das vias aéreas superiores, necessidade prolongada de ventilação mecânica, ou comprometimento neurológico que afete a capacidade de proteção das vias aéreas (Soares *et al.*, 2023).

A decanulação é considerada quando o paciente demonstra uma recuperação significativa da função respiratória, com uma via aérea superior desobstruída, capacidade de eliminar secreções e proteção adequada das vias aéreas. Antes da retirada, é importante garantir que o paciente seja capaz de respirar de forma independente e que não haja risco de obstrução. Para isso, são realizados testes de oclusão, nos quais o tubo traqueal é fechado para verificar se o paciente consegue manter uma respiração espontânea eficaz sem a assistência da traqueostomia (Nascimento *et al.*, 2022).

O sucesso da decanulação depende de uma série de critérios clínicos. O paciente deve apresentar um estado de consciência adequado, sem sedação excessiva, e uma musculatura respiratória suficiente para realizar a ventilação sem suporte. Além disso, deve haver um controle eficiente das secreções e a capacidade de deglutir de forma segura, evitando aspiração. Condições como infecções respiratórias ou fragilidade pulmonar podem atrasar o processo, sendo necessária uma avaliação individualizada e cuidadosa (Medeiros *et al.*, 2019).

A retirada da traqueostomia, embora um marco importante na reabilitação respiratória, não é isenta de riscos. Entre as complicações possíveis estão o desenvolvimento de insuficiência respiratória aguda, aspiração de secreções ou alimentos, e colapso das vias aéreas superiores. Assim, a monitorização pós-decanulação é essencial, com acompanhamento contínuo da saturação de oxigênio e sinais de esforço respiratório. Em alguns casos, pode ser necessário reintervir com a reintrodução da traqueostomia, caso o paciente não tolere a respiração sem o dispositivo (Côrte *et al.*, 2023).

Os desfechos de pacientes submetidos à retirada da traqueostomia são geralmente positivos quando os critérios clínicos são seguidos de forma adequada. Estudos demonstram que, com a preparação correta, a maioria dos pacientes consegue manter a respiração sem a necessidade do dispositivo, recuperando uma melhor qualidade de vida. Contudo, há a necessidade de acompanhamento contínuo, com reavaliações regulares das condições respiratórias do paciente, especialmente nas primeiras 48 horas após a decanulação, período considerado crítico para identificar possíveis complicações (Santos *et al.*, 2023).

Abaixo estão as fases do processo da retirada da TQT da paciente:

1. Avaliação Inicial

Antes de iniciar o processo de decanulação, a equipe multiprofissional realizou uma avaliação completa, que inclui:

- Exame clínico para verificar a capacidade respiratória.
- Monitoramento da saturação de oxigênio.
- Testes de deglutição para prevenir aspiração.
- Avaliação da força muscular respiratória, garantindo que a paciente tinha força suficiente para respirar sem a TQT.

2. Treinamento Respiratório e Oclusão Parcial

- O suporte ventilatório foi gradualmente reduzido, permitindo que o paciente voltasse a respirar espontaneamente.

- A cânula traqueal foi desinflada (no caso de cânulas com cuff), facilitando a respiração pelas vias aéreas superiores.
- A oclusão parcial foi implementada usando cânulas fenestradas ou tampões, para treinar a musculatura respiratória e promover o uso das vias aéreas normais.

3. **Oclusão Total**

Quando a paciente respondeu bem à oclusão parcial, a cânula é ocluída totalmente:

- A paciente foi monitorada continuamente durante esse período, que variou de horas a dias, para garantir que mativesse níveis adequados de oxigenação.
- A deglutição foi novamente avaliada para prevenir complicações.

4. **Decanulação**

Após 24 a 48 horas de oclusão total bem-sucedida, o paciente é considerado apto para a decanulação:

- A cânula traqueal foi removida, e o estoma foi coberto com um curativo estéril.

5. **Monitoramento Pós-Decanulação**

Após a retirada da traqueostomia, a paciente continua sendo monitorada para garantir que não ocorram complicações respiratórias e que a função pulmonar permaneça estável.

Essas etapas refletem o cuidado necessário no processo de decanulação para garantir a segurança da paciente durante a transição para a respiração autônoma.

Intervenções Terapêuticas Realizadas pelo Nutricionista

As intervenções terapêuticas realizadas pelo nutricionista para a paciente foram fundamentais para a adequação do seu estado nutricional e para a melhora de sua qualidade de vida. Inicialmente, a paciente estava em terapia nutricional enteral (TNE) com dieta industrializada Isosource 1.5, apresentando um quadro de diarreia intensa. À época, a paciente pesava 69 kg e media 1,55 m, resultando em um índice de massa corporal (IMC) de 29, que indica sobrepeso. Foram também registrados dados antropométricos como a circunferência da panturrilha (31 cm), altura do joelho (41 cm) e do braço (31 cm).

A pedido da cuidadora, foi solicitada a introdução de uma dieta enteral artesanal. O nutricionista entregou um cardápio com variações de alimentos adequados à condição da paciente, incluindo todas as orientações necessárias para a preparação da dieta artesanal. Além disso, foram ensinadas à cuidadora as práticas recomendadas para a TNE, como a retirada de ar do equipo, a posição adequada para a passagem da dieta, o uso correto dos frascos e equipos, e cuidados gerais com a higienização.

Para facilitar o processo, também foi entregue à cuidadora uma solicitação para retirada gratuita de materiais na Secretaria de Saúde de Acreúna, garantindo que ela tivesse todos os insumos necessários para a administração da TNE. O cardápio elaborado incluía cinco refeições diárias, normocalóricas e com adição de fibras, utilizando o produto Fiber Mais para melhorar o hábito intestinal.

Com a transição da dieta industrializada para a dieta artesanal, o quadro de diarreia da paciente foi controlado, embora tenha surgido um quadro de constipação, que passou a ser gerenciado com medicamentos apropriados. Com o passar dos meses e a oclusão da traqueostomia, a paciente começou a se alimentar novamente pela via oral, com a introdução de alimentos líquidos, pastosos e macios.

Atualmente, a paciente aguarda uma cirurgia para a retirada da gastrostomia (GTT) e se alimenta apenas pela via oral, mantendo ainda o almoço e o jantar pela GTT. Essas intervenções nutricionais têm sido essenciais para promover a

recuperação da paciente, melhorar seu estado nutricional e facilitar o processo de reintegração à alimentação oral. O Quadro 1, a seguir apresenta dados da Intervenção nutricional.

Quadro 1 - Intervenção nutricional artesanal inicial.

Preparações Horários	Ingredientes	Quantidade	Substituições	Modo de preparo
Vitamina com fruta e suplemento (07:00) 200ml	Água filtrada Banana Maça Suplemento alimentar (Sustagem ou/Nutren Senior ou Glucerna)	1 copo de 200ml 1 unidade 1 unidade 1 col. de sopa	Vitamina de maracujá ou/ abacate ou/ morango ou/ Mamão	Bata a fruta com o suplemento e água no liquidificador; passe a formula pela peneira.
Suco (10h) 200ml	Água filtrada ou Água de coco Polpa de fruta (Goiaba, abacaxi, laranja)	1 copo de 200ml	Laranja, Caju, Acerola, Morango, Manga	Bata a polpa ou a fruta no liquidificador; passe a formula pela peneira.
Sopa de legumes (13h e 19h) 250 ml para cada horário	Batata 70g Arroz cozido (40g) Abobrinha 45 g Cenoura 45g Frango cozido Óleo de soja 8 ml Sal 5g	1 unidade peq. 3 col. de sopa 3 col. de sopa Meia cenoura 1 pedaço col. de sopa 1 col. de chá rasa	Mandioca, batata doce, mandioquinha, macarrão chuchu, abóbora, beterraba. ----- Peixe, frango Chicória, couve, repolho,rúcula, agrião. Girassol, milho, canola, etc..	Junte todos os ingredientes bem picados em ½ litro de água, junte o feijão já cozido e cozinhe em panela de pressão. Após a fervura (pressão), deixe cozinhando por 20 minutos. Bata a mistura no liquidificador por 2 minutos e passe em uma peneira fina.
Iogurte natural (16h) 200ml	Iogurte Fruta Suplemento alimentar (Sustagem ou/Nutren Senior ou Glucerna)	200 ml 1 unidade 1 col. de sopa	Vitamina de maracujá ou/ abacate ou/ morango ou/ Mamão	Bata a fruta com o suplemento e iogurte no liquidificador; passe a formula pela peneira.

Fonte: Prontuário do Programa Melhor em casa.

A dieta enteral artesanal é uma abordagem que tem ganhado destaque no suporte nutricional de pacientes que apresentam dificuldades na ingestão oral, como aqueles em estado crítico, com doenças crônicas ou em processo de recuperação de cirurgias. Essa modalidade de alimentação é composta por preparações feitas com alimentos naturais, proporcionando uma nutrição adequada, acessível e muitas vezes personalizada, atendendo às necessidades específicas de cada paciente (Vieira *et al.*, 2022).

A realimentação, que se refere ao processo de reinício da alimentação após um período de jejum ou nutrição enteral, é fundamental para a recuperação nutricional. Este processo deve ser conduzido de maneira gradual e controlada, começando com volumes pequenos de alimentos e aumentando conforme a tolerância do paciente. Estudos demonstram que a introdução de alimentos de forma progressiva pode prevenir complicações como a síndrome de realimentação, que pode ocorrer quando a nutrição é reintroduzida rapidamente em indivíduos desnutridos (Amici; Sampaio, 2023).

Além disso, a dieta enteral artesanal pode oferecer uma variedade de nutrientes e benefícios adicionais, como a inclusão de fibras alimentares, que auxiliam na regulação intestinal e na prevenção da constipação, comum em pacientes submetidos a nutrição enteral. O uso de ingredientes frescos e integrais nas preparações caseiras também pode melhorar a aceitação do alimento, promovendo uma experiência mais agradável e colaborativa para o paciente durante o processo de recuperação (Gonçalves *et al.*, 2021).

Estudos têm mostrado que a implementação de dietas enterais artesanais pode ser eficaz na melhoria do estado nutricional, na redução de complicações associadas à desnutrição e na promoção da recuperação funcional dos pacientes (Bolognese *et al.*, 2022). A personalização das dietas, permitindo que os pacientes tenham uma escolha mais ativa sobre o que consomem, pode aumentar a adesão ao tratamento nutricional e, conseqüentemente, contribuir para a recuperação geral (Schmitz *et al.*, 2022).

Intervenções da cuidadora familiar

A intervenção da cuidadora familiar foi crucial para a reversão do estado paliativo da paciente, destacando-se o papel fundamental da nora, que dedicou tempo e esforço incansáveis para garantir a melhora da sogra. Desde o início da patologia, a cuidadora não mediu esforços para buscar todos os profissionais de saúde recomendados, demonstrando um comprometimento exemplar com o tratamento da paciente.

A nora participou ativamente de todas as internações hospitalares, acompanhando a paciente em cada transferência de hospital e sendo uma presença constante durante o processo de retirada do coma. Sua participação foi essencial, pois, além de fornecer apoio emocional à paciente, a cuidadora facilitou a comunicação entre os profissionais de saúde e a família, garantindo que todas as decisões médicas fossem compreendidas e aceitas.

Durante o período em que a paciente foi classificada como paliativa, a cuidadora desempenhou um papel vital na implementação de cuidados domiciliares. Ela não apenas se dedicou a administrar medicamentos e a realizar as tarefas diárias de cuidado, mas também se envolveu ativamente na reabilitação da paciente.

O suporte contínuo e a vigilância da cuidadora foram fundamentais para monitorar a evolução clínica da sogra, fazendo ajustes nas rotinas de cuidado conforme necessário. Essa abordagem proativa e colaborativa entre a cuidadora familiar e os profissionais de saúde contribuiu significativamente para a reversão do estado paliativo da paciente, permitindo que ela recuperasse sua qualidade de vida e voltasse a respirar normalmente, sem a necessidade de dispositivos assistivos e alimentação via oral.

Uma das responsabilidades mais significativas da cuidadora foi a preparação das refeições da dieta artesanal, especialmente elaboradas para serem administradas via gastrostomia (GTT). Com muito carinho e atenção, ela seguiu as orientações nutricionais adequadas, garantindo que a paciente recebesse todos os nutrientes necessários para sua recuperação. Essa dieta artesanal, cuidadosamente planejada, foi um passo importante na reabilitação da paciente, contribuindo para a estabilização do quadro clínico.

À medida que a paciente começou a se recuperar, a cuidadora iniciou o processo de introdução de alimentos pela via oral. Esse momento foi crucial, pois não apenas representava uma nova fase na recuperação física, mas também oferecia à paciente uma oportunidade de reconexão com o ato de se alimentar de forma mais tradicional e prazerosa. A cuidadora incentivou a paciente a participar ativamente desse processo, promovendo uma atmosfera de confiança e segurança. Essa abordagem não só ajudou na recuperação nutricional, mas também estimulou a autoestima da paciente.

Além disso, a cuidadora desempenhou um papel fundamental na estimulação da fala da paciente. Reconhecendo a importância da comunicação, ela se dedicou a incentivar conversas diárias, fazendo perguntas simples e aguardando as

respostas com paciência e entusiasmo. Essa prática não apenas ajudou a paciente a retomar a fala, mas também fortaleceu os laços familiares, criando um ambiente afetivo e de apoio emocional. A cuidadora também utilizou atividades do dia a dia como uma forma de terapia ocupacional, promovendo a autonomia da paciente e ajudando-a a se sentir útil e importante para a família.

Ao engajar a paciente em tarefas simples, como segurar e guardar objetos, a cuidadora a incentivou a perceber seu valor e a importância de sua contribuição no lar. Essa prática não apenas favoreceu a recuperação física, mas também teve um impacto positivo na saúde mental da paciente, contribuindo para a construção de uma identidade mais ativa e participativa dentro da família.

A dedicação da cuidadora familiar foi um pilar central na reabilitação da paciente, evidenciando o impacto significativo que o apoio emocional e prático pode ter na trajetória de cuidado. Sua presença constante e a implementação de atividades que estimulavam tanto a reabilitação física quanto a emocional foram determinantes para a melhora do estado da paciente, permitindo que ela se sentisse valorizada, amada e integrada à sua família novamente.

Discussão das Intervenções e reversão da situação paliativa

As intervenções terapêuticas realizadas pela equipe multidisciplinar para a paciente demonstraram um impacto significativo na sua recuperação e qualidade de vida. As visitas domiciliares semanais do médico, juntamente com as intervenções da equipe de enfermagem, fisioterapia e nutrição, foram fundamentais para monitorar e adaptar o tratamento conforme necessário.

De acordo com o Ministério da Saúde (2017), o tratamento de pacientes graves deve ser multidisciplinar e individualizado, considerando as necessidades de cada paciente. Isso significa que a abordagem terapêutica para pacientes não deve seguir um modelo único, mas sim ser adaptada às condições específicas de cada caso, levando em conta fatores como a gravidade do trauma, comorbidades, resposta ao tratamento e progressão clínica.

Um dos marcos mais significativos na evolução da paciente foi a retirada da traqueostomia (TQT). Essa intervenção não apenas permitiu que a paciente respirasse de forma independente, mas também foi um indicativo do progresso em sua condição clínica. A retirada da TQT geralmente está associada a uma melhora na função pulmonar e na capacidade de deglutição, permitindo que a paciente inicie o processo de alimentação oral. A participação ativa do médico nesse procedimento reforçou a importância do trabalho em equipe, garantindo que a intervenção fosse realizada de forma segura e eficaz.

Com a retirada da TQT, a paciente começou a transição para a alimentação via oral, um passo crucial na recuperação de pacientes que estavam anteriormente em suporte nutricional por via enteral. A introdução de alimentos líquidos, pastosos e macios foi cuidadosamente planejada pela equipe de nutrição, com um cardápio que atendia às suas necessidades nutricionais, ajudando a promover a aceitação alimentar e a melhoria do estado nutricional.

O encaminhamento para a gastroenterologia para programar a retirada da gastrostomia (GTT) representa um avanço importante no processo de reabilitação da paciente. A GTT é frequentemente utilizada em situações em que a deglutição está comprometida, e sua retirada é um sinal de que a paciente está recuperando a capacidade de se alimentar oralmente. Essa programação é um reflexo da confiança na evolução da saúde da paciente, indicando que a alimentação oral se tornou viável e segura.

Durante todo o processo, a monitoração dos sinais vitais da paciente, como pressão arterial e glicemia capilar (HGT), permaneceu estável, indicando que seu estado de saúde era satisfatório. A estabilidade dos sinais vitais é um indicativo positivo da resposta da paciente às intervenções terapêuticas e do controle eficaz das comorbidades. A cicatrização dos

curativos e a melhora na comunicação verbal da paciente foram outras conquistas notáveis. O retorno da fala é fundamental não apenas para a interação social da paciente, mas também para sua autoestima e qualidade de vida. Essa evolução pode ser atribuída às intervenções de fonoaudiologia, que auxiliaram na reabilitação da função de deglutição e na capacidade de fala

As sessões de fisioterapia motora, que incluíram mobilização articular e fortalecimento, resultaram em um progresso considerável na força muscular da paciente. O fato de a paciente ter conseguido movimentar as pernas e responder aos comandos com firmeza demonstra um aumento na resistência e funcionalidade. Esse avanço não apenas promove a recuperação física, mas também contribui para a independência da paciente em suas atividades diárias

É importante destacar a relevância da cuidadora familiar, que foi uma figura central no processo de reversão do estado paliativo da paciente. A nora, em particular, se dedicou incansavelmente para garantir a melhoria da sogra, buscando todos os profissionais de saúde indicados desde o início da patologia, acompanhando as internações e transferências hospitalares, e participando ativamente de todos os cuidados domiciliares. Sua presença constante e a implementação de atividades que estimulavam tanto a reabilitação física quanto a emocional foram determinantes para a melhora do estado da paciente, permitindo que ela se sentisse valorizada, amada e integrada à sua família novamente.

Em suma, as intervenções terapêuticas realizadas pela equipe multidisciplinar foram cruciais para a recuperação da paciente. A retirada da TQT e a programação da retirada da GTT, acompanhadas pela introdução da alimentação oral, estabilidade dos sinais vitais, cicatrização de curativos, retorno da fala e avanço na fisioterapia motora, evidenciam uma trajetória de melhora significativa. Essa abordagem integrada e coordenada, que inclui a atuação da cuidadora familiar, é um exemplo do impacto positivo que a colaboração e o apoio emocional podem ter na recuperação e qualidade de vida de pacientes em situação crítica.

Na Tabela 3, abaixo, pode-se observar as características da paciente após intervenções:

Tabela 3 - Características da paciente após intervenções.

Características	Descrição
Idade	71 anos
Sexo	Feminino
Comorbidades	Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) estável
Diagnóstico Inicial	Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE) com hematoma subdural
Via de Alimentação	Oral/ Gastrostomia (GTT)
Suporte Respiratório	Função respiratória restabelecida
Verbalização	Verbalizando
Estado Atual	Considerada não paliativa

Fonte: Prontuário do Programa Melhor em casa.

4. Conclusão

A recuperação da paciente exemplifica a importância da abordagem multidisciplinar na assistência à saúde. As intervenções realizadas pelas equipes de enfermagem, fisioterapia, nutrição e medicina foram fundamentais para promover uma evolução positiva em seu estado clínico. A retirada da traqueostomia e a transição para a alimentação oral, juntamente com a estabilidade dos sinais vitais e a cicatrização adequada dos curativos, refletem o sucesso das estratégias implementadas.

Além disso, o retorno da capacidade de fala e os avanços na fisioterapia motora indicam não apenas uma melhora física, mas também um resgate da autonomia e da qualidade de vida da paciente. A colaboração entre as diferentes áreas da

saúde foi essencial para criar um plano de cuidado eficaz e adaptável, que atendeu às necessidades específicas ao longo de sua recuperação.

Esses resultados destacam a relevância de uma equipe de saúde bem integrada, que atua de forma conjunta para oferecer um cuidado holístico, visando sempre o bem-estar do paciente. O caso da paciente serve como um modelo para futuras intervenções e reforça a necessidade de continuidade na pesquisa e na implementação de práticas colaborativas em ambientes clínicos.

Sugerem-se que se realizem mais estudos neste importante tema incluindo outros tipos de metodologia como pesquisas de campo, pesquisas bibliográficas e outros estudos de caso de modo a enriquecer o saber sobre o tema em questão.

Referências

- Alves, A. A., et al. (2023). *Manejo dos cuidados paliativos: uma proposta de instrumento de educação permanente para a equipe multidisciplinar de um hospital público*. Educação, 31(1), 1-21. Universidade Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/1984644467529>
- Amici, M. R., & Sampaio, H. A. C. (2023). Reflexões sobre o letramento em saúde para terapia nutricional enteral domiciliar. *Gestão & Cuidado em Saúde*, 1(1), 1-12. <https://doi.org/10.70368/gecs.v1i1.11210>
- Andrade, P. C. da S. T. de, et al. (2024). Identificação de pacientes elegíveis para cuidados paliativos em enfermaria clínica. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 16(3), 3729-3739. <https://doi.org/10.55905/cuadv16n3-101>
- Bolognese, M. A., et al. (2022). Terapia nutricional domiciliar: uma revisão. *Research, Society and Development*, 11(3), 1-12. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26130>
- Castro, E. A. B. de, Ferreira, L. F., & Silva, J. A. (2018). Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>
- Côrte, M. M. D., et al. (2023). Validação de conteúdo de protocolo de decanulação de pacientes adultos traqueostomizados. *Codas*, 35(4), 1-12. FapUNIFESP (SciELO). <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20232021266pt>
- Gonçalves, R. C., et al. (2021). Planejamento nutricional da alta hospitalar: breve revisão da literatura e proposta de instrumento de avaliação. *Braspen Journal*, 35(4), 329-339. <https://doi.org/10.37111/braspenj.ae202035402>
- Lima Júnior, A. J. de, Pessoa, I. D. S., Rodrigues, E. F., & Almeida, A. P. (2023). Ocorrência e evitabilidade de eventos adversos em hospitais: estudo retrospectivo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(3), 1-12. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0025pt>
- Medeiros, G. C., et al. (2019). Critérios para decanulação da traqueostomia: revisão de literatura. *Codas*, 31(6), 1-12. FapUNIFESP (SciELO). <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192018228>
- Ministério da Saúde. (2017). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Traumatismo Crânio-Encefálico*. Brasília. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-da-pessoa/saude-do-adolescente/protocolos>
- Nascimento, T. S., et al. (2022). Indicações de traqueostomia em uma unidade de terapia intensiva. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 30(1), 1-12. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP. <https://doi.org/10.17696/2318-3691.30.1.2023.176>
- Oliveira, R. S. de et al. (2023). *Cuidados paliativos em paciente portador de esclerose lateral amiotrófica: relato de caso na assistência domiciliar*. Revista Neurociências, 31, 1-21. Universidade Federal de São Paulo. <http://dx.doi.org/10.34024/rnc.2023.v31.14939>
- Pereira A. S. et al. (2018). Metodologia da pesquisa científica. [free e-book]. Santa Maria/RS. Ed. UAB/NTE/UFSM.
- Pinho, M. I. de. (2022). *A repercussão do cuidado domiciliar em saúde para as famílias usuárias do programa Melhor em Casa: uma análise do município de Palhoça* (TCC, Graduação). Universidade Federal de Santa Catarina.
- Santos, M. S. A. et al. (2023). Protocolo para decanulação de traqueostomia pediátrica: evidências de validação de conteúdo. *Audiology - Communication Research*, 28, 2-24. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6431-2022-2755pt>
- Schmitz, É. P. C. R. et al. (2022). Blenderized tube feeding for children: An integrative review. *Revista Paulista de Pediatria*, 1(1), 1-12. FapUNIFESP (SciELO). <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020419>
- Soares, T. H. V., et al. (2023). Traqueostomia: indicações, técnicas, cuidados, complicações e decanulação. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 23(4), 1-12. Revista Eletronica Acervo Saude. <https://doi.org/10.25248/reamed.e12502.2023>
- Souza, M. C. dos S., Costa, A. C. da, & Almeida, M. M. (2021). Conforto de pacientes em cuidados paliativos: revisão integrativa. *Enfermería Global*, 20(1), 420-465. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.420751>
- Trentin, L. S. (2024). *Os processos de tomada de decisão clínica em cuidados paliativos na perspectiva médica* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Maria.

Valim, O. Q. C. M., et al. (2024). *Manejo integrado de politraumas faciais: uma revisão de abordagens e desafios*. Revista Cpaqv - Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida, 16(2), 1-12. Revista CPAQV. <http://dx.doi.org/10.36692/qwsm6j25>

Vieira, D., et al. (2022). Proposta de formulação artesanal de dieta enteral com 1800 kcal, de baixo custo, baseada em alimentos usuais da população brasileira. *Braspen Journal*, 37(1), 60-65. <https://doi.org/10.37111/braspenj.2022.37.1.09>