

Programa de Atendimento Residencial: Compartilhando saberes na gestão do cuidado com os profissionais na Rede de Atenção à Saúde de Cascavel/PR

Programa de Atendimento Residencial: Sharing knowledge in care management with professionals in the Health Care Network of Cascavel/PR

Programa de Atendimento Residencial: Compartiendo conocimientos en gestión del cuidado con profesionales de la Red de Atención a la Salud de Cascavel/PR

Recebido: 01/10/2022 | Revisado: 14/10/2022 | Aceitado: 17/10/2022 | Publicado: 21/10/2022

Beatriz Talluly Bernalhok

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6059-6497>
Escola de Saúde Pública Municipal de Cascavel, Brasil
E-mail: biatalluly@gmail.com

Terezinha Aparecida Campos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9180-3268>
Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel, Brasil
E-mail: tcamposzto@hotmail.com

Gilson Fernandes da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9107-2656>
Escola de Saúde Pública Municipal de Cascavel, Brasil
E-mail: gilson_enfermeiro@hotmail.com

Fátima Aparecida Gonzatto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9753-3804>
Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel, Brasil
E-mail: fagonzatto@gmail.com

Tatiana Martins Lazzarin

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8877-6054>
Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel, Brasil
E-mail: tati.martinz@hotmail.com

Resumo

Objetivo: Compreender a conformação do Programa de Atendimento Residencial (PAR), bem como o perfil de pacientes atendidos com os profissionais da APS, no município de Cascavel/PR. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de campo, com caráter bibliográfico, descritivo, retrospectivo e documental com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados no prontuário eletrônico, referente ao período de junho de 2018 a junho de 2021 e distribuídos em tabelas. **Resultados:** A amostra do estudo foi composta por 379 pacientes, sendo que, destes, 53,3% (n= 202) são do sexo masculino. Referente à faixa etária, 41,2% (n= 156) têm entre 60 e 79 anos de idade. No que tange às patologias de base, sobressaíram-se as doenças cardiovasculares e/ou metabólicas, representando 38,3% (n= 145). Quanto à mobilidade, 46,2% (n= 175) são acamados, o que pode contribuir para alta incidência de lesão por pressão, sendo representados por 33,8% (n= 128). Outro dado relevante é que 37% (n= 140) dos 379 pacientes possuem um ou mais dispositivos, o que demanda cuidado compartilhado e multidisciplinar. **Conclusão:** Apesar de fragilidades, o PAR apresenta-se como componente educador e formativo, proporcionando matriciamento e suporte técnico-pedagógico aos profissionais, sobretudo da APS, contribuindo para o empoderamento deles, além de ser um modelo de serviço com possibilidade de replicação em outros municípios.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Serviços de saúde; Modelos de Assistência à Saúde; Disseminação de informação; Internato e residência.

Abstract

Objective: To understand the conformation of Programa de Atendimento Residencial (PAR), as well as the profile of patients cared for by PHC professionals, in the municipality of Cascavel/PR. **Methodology:** This is a field research, with a bibliographic, descriptive, retrospective and documentary character with a quantitative approach. Data were collected from the electronic medical record, for the period from June 2018 to June 2021 and distributed in tables. **Results:** The study sample consists of 379 patients, of which 53,3% (n= 202) are male. Regarding the age group, 41,2% (n= 156) are between 60 and 79 years old. About the underlying pathologies, cardiovascular and/or metabolic diseases stood out, representing 38,3% (n= 145). As for mobility, 46,2% are bedridden, which may contribute to a high incidence of pressure injuries, being represented by 33,8% (n= 128). Another revealing data is that 37% (n= 140) of 379 patients have one or more devices, which requires shared and multidisciplinary care. **Conclusion:** Despite its weakness, PAR presents itself

as an educative and training componente, providing matrix and technical-pedagogical support to professionals, mainly for the PHC, contributing to their empowerment, in addition to being a servisse model with the possibility of replication in other counties.

Keywords: Primary Health Care; Health services; Healthcare models; Information dissemination; Internship and residency.

Resumen

Objetivo: Comprender la conformación del Programa de Atención Residencial (PAR), así como el perfil de los pacientes atendidos por profesionales de la APS, en la ciudad de Cascavel/PR. **Metodología:** Se trata de una investigación de campo, de carácter bibliográfico, descriptivo, retrospectivo y documental con enfoque cuantitativo. Los datos fueron recolectados de la historia clínica electrónica, para el período de junio de 2018 a junio de 2021 y distribuidos en tablas. **Resultados:** La muestra del estudio estuvo constituida por 379 pacientes, de los cuales el 53,3% (n= 202) eran del sexo masculino. En cuanto al grupo de edad, el 41,2% (n=156) tiene entre 60 y 79 años. En cuanto a las patologías de base, se destacaron las enfermedades cardiovasculares y/o metabólicas, representando el 38,3% (n= 145). En cuanto a la movilidad, el 46,2% (n=175) está encamado, lo que puede contribuir a una alta incidencia de lesiones por presión, representada por el 33,8% (n=128). Otro dato relevante es que el 37% (n=140) de los 379 pacientes cuentan con uno o más dispositivos, lo que exige una atención compartida y multidisciplinaria. **Conclusión:** A pesar de sus debilidades, el PAR se presenta como un componente educativo y formativo, brindando apoyo matricial y apoyo técnico-pedagógico a los profesionales, especialmente a los de APS, contribuyendo a su empoderamiento, además de ser un modelo de servicio con posibilidad de replicación en otros condados.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Servicios de salud; Modelos de atención de salud; Difusión de la información; Internado y residencia.

1. Introdução

Ao longo da história, vivenciamos momentos decisivos. No ano de 1986, ascendia um amplo movimento político setorial, resultando na 8ª Conferência Nacional de Saúde, sendo um marco histórico para a sociedade brasileira. Como resultado desse processo, em 1988, foi elaborada, ora em vigor, a Constituição Federal brasileira, como evento singular de novos tempos após o regime militar (Brasil, 1986; Costa et al., 2020).

Assim, a referida Constituição abriu caminhos e promulgou regras que presumiam alterações em todos os setores, principalmente, no campo da saúde, que culminou no Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi consolidado por meio da Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº. 8080 de 1990 (Costa et al., 2020; Rodrigues et al., 2020).

Alicerçado na Constituição, o SUS é caracterizado como um sistema público de saúde, nacional e de caráter universal, pautado em princípios doutrinários como: universalidade; equidade e integralidade e pelas diretrizes de regionalização e hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado (Brasil, 1986; Landim et al., 2019).

Sabemos que, ao longo da história da saúde pública, muitas ações foram incorporadas no contexto do SUS, sendo construídas de acordo com cada momento histórico da sociedade. Por muito tempo, a assistência à saúde era pautada basicamente no modelo biomédico, o qual tinha seu reconhecimento pelos serviços de saúde devido seus benefícios promoverem o alívio da dor e o tratamento de diversas doenças que afligem a humanidade (Rodrigues et al., 2020), mas, no decorrer dos anos para contrapor os modelos adotados até então, estabeleceu-se a Atenção Primária à Saúde (APS).

Considerada a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na RAS, a APS compreende o primeiro nível de atenção à saúde, constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) (Brasil, 2017).

Com a criação do Programa Saúde da Família (PSF) e a instituição de Equipes de Saúde da Família (ESF), estabeleceram-se novos arquétipos de fazer saúde que contribuíram para a ampliação do acesso e a descentralização das ações, todavia, suscitou, suscita e suscitará transformações das práticas profissionais e institucionais, uma vez que as novas conformações assistenciais têm em vista a reorganização do modelo tradicional de saúde, vigente em vários municípios brasileiros.

Nessa perspectiva, exigem-se profissionais qualificados para o trabalho, com várias competências, tais como: trabalho em equipe, comunicação, tomada de decisão, resolução de conflitos e conhecimento técnico/científico (Campos & Silva, 2021).

Por esse ângulo, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família sobressai-se nesse contexto, tornando-se um fator de mudança de paradigmas na qualificação do profissional, atrelado ao ensino e pesquisa, permitindo a inserção do profissional na prática cotidiana dos serviços de saúde e a vivência de experiências concretas juntamente com os demais profissionais, usuários e comunidade.

Considerando que a dinâmica de trabalho na APS é parte integrante da qualificação profissional, a proposição da Residência Multiprofissional em Saúde da Família é atrelar trabalho e educação na saúde, oportunizando campo para fomentar novos olhares, novas ações, produções, sustentáculo de saberes e práticas assistenciais (Campos & Silva, 2021).

Nessa perspectiva, os residentes que compõem o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, no município de Cascavel/PR, têm a oportunidade de atuarem na APS, bem como em alguns serviços especializados do referido município, dentre eles, o Programa de Atendimento Residencial (PAR).

O PAR é referência para os profissionais da APS no sentido de assessorar e propiciar apoio matricial, bem como suporte técnico e pedagógico. Nessa ótica, ressaltamos que, por meio do seu processo de trabalho, o PAR colabora na resolutividade e longitudinalidade do cuidado, resgatando e fortalecendo o vínculo e a responsabilização entre profissionais e usuários. Além disso, torna-se um meio de comunicação entre os pontos da RAS, corresponsabilizando-se pelo cuidado compartilhado dos usuários com as equipes da APS (Programa de Atendimento Residencial [PAR], 2018).

Assim, ao direcionarmos nosso olhar para esse serviço, considerado um modelo assistencial novo no município e diante da escassez de publicações sobre a sua conformação, suscitou-se a indagação: De que forma o Programa de Atendimento Residencial (PAR) foi estabelecido? E qual é sua conformação assistencial? Para isso, elencamos como objetivo principal: Compreender a conformação do referido serviço no contexto da atenção à saúde no município de Cascavel/PR, visto que ele vem com a possibilidade de fortalecer o trabalho em rede, contrapondo-se a um certame arraigado de trabalho tradicional e fragmentado.

2. Metodologia

Este estudo foi desenvolvido por meio de pesquisa de campo, com caráter bibliográfico, descritivo, retrospectivo e documental com abordagem quantitativa.

Segundo Marconi e Lakatos (2003), a pesquisa de campo tem por objetivo obter informações e/ou conhecimentos sobre determinado problema, ao qual se procura uma resposta, ou ainda, de uma hipótese, que se queira comprovar. Corroborando essa ideia, Corrêa (2013) afirma que:

A pesquisa de campo é uma forma de coleta que permite a obtenção de dados sobre um fenômeno de interesse, da maneira como este ocorre na realidade estudada. Consiste, portanto, na coleta de dados e no registro de variáveis presumivelmente relevantes, diretamente da realidade, para ulteriores análises (Corrêa, 2013, p. 12).

Inicialmente, nas pesquisas de campo realiza-se uma pesquisa bibliográfica sobre o tema de estudo, a fim de determinar o que já há disponível na literatura, e dessa forma, estabelecer um modelo teórico inicial de referência, que irá contribuir na determinação das variáveis e elaboração do plano geral da pesquisa (Marconi & Lakatos, 2003).

A pesquisa documental assemelha-se à pesquisa bibliográfica, diferindo da natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica fundamenta-se a partir de um material já publicado (livro, periódico, artigo etc.), a pesquisa documental utiliza materiais que ainda não receberam tratamento analítico. Já os estudos retrospectivos se referem aqueles que foram elaborados levando em consideração registros passados, com seguimento até o presente (Gil, 2002).

Dentre os tipos de pesquisa de campo, Marconi e Lakatos (2003), mencionam que os estudos quantitativo-descritivos consistem em:

[...] investigações de pesquisa empírica cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos, a avaliação de programas, ou o isolamento de variáveis principais ou chave. [...] Todos eles empregam artifícios quantitativos tendo por objetivo a coleta sistemática de dados sobre populações, programas, ou amostras de populações e programas. Utilizam várias técnicas como entrevistas, questionários, formulários etc. e empregam procedimentos de amostragem (Marconi & Lakatos, 2003, p. 187).

Nesta perspectiva, a nossa pesquisa ocorreu no setor Programa de Atendimento Residencial (PAR), situado na Avenida Tancredo Neves, 777, Centro, Cascavel/PR. Os dados foram coletados mediante consulta aos prontuários eletrônicos de pacientes atendidos pelo PAR em conjunto com os profissionais da APS.

Ressaltamos que os dados foram coletados de forma secundária referente à faixa etária, gênero, patologia de base, tipo de lesão de pele, uso de dispositivos, serviço de saúde solicitante do suporte técnico-pedagógico e desfecho assistencial, no período correspondente a junho 2018 até junho de 2021.

Destacamos que foram adotados como critério de inclusão, todos os pacientes atendidos pelo PAR no período da pesquisa, todavia foram excluídos da pesquisa, os pacientes que, porventura, possuíam algum dado incompleto no prontuário, o que certamente prejudicaria o processo de análise dos dados.

Os dados coletados foram organizados em uma planilha on-line da plataforma do *Google (Google Sheets)*, posteriormente, realizada a análise por meio da estatística descritiva e eles foram apresentados na forma de tabelas.

Para contextualizar, o *Google Sheets*, também chamado de *Google Planilhas*, é um gerenciador on-line de planilhas dentro da plataforma Google Drive. A sua interface e modo de execução são semelhantes ao do *Microsoft Excel*.

Salientamos que, após finalizar as análises, foi-nos possível inferir e realizar explicações, sempre respeitando a correlação com a fundamentação teórica previamente construída, o que, conseqüentemente, permitiu suscitar outras discussões vinculadas aos dados da pesquisa.

Além disso, é oportuno ressaltar que, o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Assis Gurgacz (FAG), pelo parecer nº 4.864.674, bem como autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde do Estado do Paraná.

3. Resultados e Discussão

No intuito de fomentar a discussão sobre o tema deste TCR, a pesquisa foi realizada no âmbito do PAR, no município de Cascavel/PR, a fim de entender sua conformação e conhecer as demandas de matriciamento e suporte técnico-pedagógico, bem como o perfil de pacientes atendidos com os profissionais da APS.

No que diz respeito ao PAR, ele foi criado em 2018, a partir de uma proposta de governo municipal, por meio do decreto municipal nº. 14.234, e está vinculado ao Departamento da Atenção Especializada. Com o intuito de constituir-se como serviço de referência, principalmente, para os profissionais da APS, no sentido de propiciar apoio matricial, suporte técnico e pedagógico, além de ser um elo entre a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município (Cascavel, 2018a; PAR, 2018).

Dentre as principais atribuições do PAR, estão: matricular as equipes da APS; realizar visita domiciliar (VD) em conjunto com os profissionais da APS, de acordo com as prioridades elencadas pelas equipes; atender as intercorrências clínicas e/ou com dispositivos; assessorar o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)¹ na transição de alta dos pacientes para a APS; auxiliar na

¹ Em Cascavel/PR é conhecido como Programa de Assistência e Internação Domiciliar (PAID).

regulação de encaminhamentos provenientes da APS para o SAD; reduzir a demanda por atendimento hospitalar e o período de permanência de usuários internados; humanizar a assistência com ampliação da autonomia dos usuários, desinstitucionalização e otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS (PAR, 2018).

Referente à composição, o PAR é formado por uma equipe volante composta por dois técnicos de enfermagem, um enfermeiro, um médico e um motorista que estão disponíveis de segunda-feira a sexta-feira no horário das 07h00min às 07h00min (PAR, 2018). Vale destacar que, atualmente o PAR também é campo para qualificação dos enfermeiros residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF), do município de Cascavel/PR, os quais se somam à equipe.

No que tange às atividades do programa, o PAR tem uma demanda elevada de solicitações para suporte técnico, principalmente, para troca de dispositivos, como cânula de traqueostomia, sonda de gastrostomia, cistostomia, avaliação de lesões complexas e conduta de curativos especiais de alta tecnologia, por exemplo, Bota de Unna.

Para formalizar as solicitações, os profissionais preenchem um formulário específico e encaminham via malote e/ou e-mail. Posteriormente, a equipe do PAR agenda o matriciamento e/ou suporte técnico e/ou visita domiciliar conforme disponibilidade de ambas as equipes. Lembramos que isso se aplica para as demandas programadas. Nos casos de urgências com dispositivos, por exemplo, saída da sonda de gastrostomia pelo rompimento do balão, a equipe do PAR pode ser acionada diretamente via telefone celular, visto que a equipe é volante.

A fim de contextualizar, quando o PAR foi instituído, antes de dar início às atividades de suporte técnico aos profissionais da APS, a equipe do referido serviço, primeiramente, matriciou todas as unidades de saúde do município, com o objetivo de explicar sobre o serviço e entregar uma bolsa contendo insumos essenciais para as visitas domiciliares, bem como impressos informativos para que os profissionais da APS disponibilizem aos pacientes/cuidadores com orientações gerais, como preparo e administração de dieta enteral, cuidados com: autocateterismo vesical intermitente; oxigenoterapia; cânula de traqueostomia; sonda enteral, de gastrostomia e de jejunostomia.

Após essa explanação da conformação do referido serviço, seguimos com a apresentação dos dados analisados, os quais se constituem de informações coletadas do banco de dados do PAR e do prontuário eletrônico dos pacientes, referentes ao período de junho de 2018 a junho de 2021.

Convém ressaltar que, no referido período, constavam, no banco de dados do PAR, 422 pacientes atendidos, no entanto, para fins deste estudo e considerando os critérios de exclusão descritos na metodologia, a amostra válida foi de 379 pacientes, destacando que essa população é usuária do sistema público de saúde do município de Cascavel/PR.

Quanto às demandas para matriciamentos, elas são oriundas das mais diversas necessidades elencadas pelos profissionais da APS do município, que, atualmente, é composto por trinta (30) Unidades de Saúde da Família (USF) e treze (13) Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como três (3) equipes do SAD/PAID quando na ocasião da transição de alta dos pacientes para a APS (Cascavel, 2018b).

Isto posto, é nesse contexto que a equipe do PAR atua a partir das demandas, principalmente da APS. De acordo com os dados da nossa pesquisa, no período de junho de 2018 a junho de 2021, as unidades de saúde que mais solicitaram o PAR foram a UBS São Cristóvão e a UBS Nova Cidade, cada uma correspondendo a 5,6% (n= 21) das solicitações. Em seguida, a UBS Claudete com 5,3% (n=20) de solicitações.

Inferimos que esses dados podem estar relacionados à conformação do serviço, visto que as UBS ainda centralizam a assistência na tríade de médicos especialistas, ou seja, clínico geral, ginecologista e pediatra, juntamente com a odontologia e a enfermagem.

Em contrapartida, no mesmo período, as USF dos Distritos São Salvador e Sede Alvorada solicitaram o PAR apenas uma vez e a USF do Distrito de São Francisco e Santa Barbara nenhuma vez. Frente a essas constatações, conjecturamos que o acesso à saúde nas áreas rurais difere das urbanas, sendo um dos fatores que pode estar relacionado à baixa procura pelo serviço de saúde. Conforme Arruda et al. (2018):

O acesso à saúde é uma importante dimensão das desigualdades entre áreas urbanas e rurais. O acesso é menor nas áreas rurais em função da maior vulnerabilidade social de sua população e das maiores dificuldades de acesso que seus grupos sociais estão submetidos. [...] As diferenças entre áreas urbanas e rurais foram decompostas em fatores observáveis (fatores de capacitação, necessidade e predisposição) e não observáveis (oferta e dificuldade de acesso). Os resultados destacam que a desigualdade de acesso é elevada e maior nas áreas rurais. Os fatores de necessidade são determinantes fundamentais do acesso à saúde, enquanto que os fatores de capacitação são mais importantes para explicar as diferenças entre as áreas urbanas e rurais (Arruda et al., 2018, pp. 1-2).

Diante disso, são necessários estudos mais direcionados, visando entender por que as USF rurais acionaram menos o PAR em relação às unidades de saúde da região urbana, visto que é um viés que suscita novos questionamentos e desvela caminhos para futuras pesquisas no intuito de elucidar essa lacuna.

Referente ao perfil dos pacientes atendidos pelo PAR com os profissionais da APS, no município de Cascavel/PR, inicialmente, delineamos os dados referentes a sexo, idade, patologias de base/comorbidades, mobilidade, tipos de lesões, uso de dispositivos e, posteriormente, distribuímos os achados em tabelas, que estão dispostos a seguir:

Tabela 1 - Perfil de pacientes atendidos pelo PAR com os profissionais da APS no município de Cascavel/PR de acordo com o sexo

Sexo	Nº.	%
Masculino	202	53,3%
Feminino	177	46,7%

Fonte: Autores (2022).

Considerando os dados acima, percebemos que houve prevalência dos indivíduos do sexo masculino. Isso pode estar relacionado à falta de prevenção de agravos, visto que o cuidado não é algo que se observa como uma atividade masculina. Assim, essa população tende a procurar os serviços de saúde quando é acometida de um quadro de agudização ou cronificação das doenças (Botton et al., 2017).

No Brasil, com a perspectiva de realizar ações específicas para esse público, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) por meio da Portaria nº. 1.944/2009 (Brasil, 2009). Todavia, Teixeira e Cruz (2016) apontam vários fatores que podem contribuir para a baixa procura dos homens aos serviços de saúde:

Os homens são resistentes no cuidado da sua saúde devido a sentimentos de medo, vergonha, e por causas comportamentais como a impaciência, o descuido, prioridades de vida, e ainda com as questões relacionadas com a forma de organização dos serviços de saúde. [...] os fatores ligados ao gênero exercem forte influência, muitas vezes até como obstáculo (Teixeira & Cruz, 2016, p.10).

Logo supõe que, além desses fatores, a percepção do homem ainda pode estar arraigada em concepções culturais, como viril, invulnerável e forte, ao contrário da mulher, considerada mais frágil e vulnerável.

Na sequência, dispomos, na Tabela 2, o perfil dos pacientes segundo a faixa etária.

Tabela 2 - Perfil dos pacientes atendidos pelo PAR com os profissionais da APS no município de Cascavel/PR conforme a idade

Idade	Nº	%
< 18 anos	13	3,4
19 - 39 anos	35	9,2
40 - 59 anos	73	19,3
60 - 79 anos	156	41,2
> 80 anos	102	26,9

Fonte: Autores (2022).

Em relação à faixa etária, indivíduos com idade entre 60 a 79 anos de idade foram os mais prevalentes, compreendendo 41,2% (n= 156) dos pacientes, seguidos pelos indivíduos na faixa etária maior que 80 anos de idade, correspondendo a 26,9% (n= 102).

É oportuno destacar que, nas últimas décadas, houve aumento da expectativa de vida e da longevidade dos indivíduos, tanto no Brasil como em outros países. Apesar de envelhecer não ser sinônimo de adoecer, observamos que, no grupo de idosos, há um aumento do acometimento clínico-funcional e da tendência às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as quais estão associadas à incapacidade funcional e mortalidade, o que pode resultar no aumento dos custos e da utilização de serviços de saúde (Araújo et al., 2019; Camargos et al., 2019; Leite et al., 2019).

Diante da inegável transição demográfica, epidemiológica, envelhecimento populacional e o acréscimo da dependência social e funcional dos sujeitos, atrelada às condições crônicas de saúde, pressupõem-se que as políticas públicas de saúde e assistência social não estão em consonância com essas demandas.

À vista disso, a seguir, apresentamos o perfil dos pacientes atendidos pelo PAR, com os profissionais da APS, caracterizados pelas patologias de base/comorbidades.

Tabela 3 - Perfil dos pacientes atendidos pelo PAR com os profissionais da APS no município de Cascavel/PR de acordo com as patologias de base/comorbidades

Patologias de base/comorbidades	Nº	%
Comprometimento respiratório	13	3,4
Comprometimento neurológico	70	18,5
Comprometimento neurológico e cerebrovascular	7	1,8
Comprometimento neurológico/cardiovascular e/ou metabólico	11	2,9
Doenças cardiovasculares e/ou metabólicas	145	38,3
Comprometimento cerebrovascular/cardiovascular e/ou metabólico	6	1,6
Doenças cerebrovasculares	43	11,3
Doenças oncológicas	14	3,7
Outros	19	5
Sem patologia de base	51	13,5

Fonte: Autores (2022).

As patologias de base/comorbidades que sobressaíram foram as Doenças Cardiovasculares (DCV) e/ou metabólicas, representando 38,3% (n=145) dos pacientes atendidos pelo programa. Vale destacar que, nesse grupo, estão os agravos como: hipertensão arterial sistêmica (HAS), cardiopatia, diabetes *mellitus*, hipercolesterolemia, hipotireoidismo ou hipertireoidismo. Assim, optamos por agrupar as doenças encontradas nesta pesquisa em categorias, considerando o número elevado de indivíduos neste estudo com policomorbidades.

Na categoria Comprometimento Respiratório estão inseridas as doenças como Asma, Pneumonia, Tuberculose e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Referente ao Comprometimento Neurológico, agrupamos as seguintes doenças: Alzheimer, Esquizofrenia, Epilepsia, Parkinson, Demência (senil e alcoólica), Esclerose Lateral Amiotrófica, Asfixia Neonatal e Paralisia Cerebral Espástica.

No grupo das Doenças Cerebrovasculares, estão inclusos os Acidentes Vasculares Cerebrais (Isquêmico ou Hemorrágico) e Síndrome de Cadasil. E na categoria “Outros”, foram incluídas doenças que não se enquadraram nas categorias supracitadas, como aterosclerose, artrite gotosa, cirrose hepática, osteoporose, HIV/AIDS, depressão e seqüela de hanseníase.

Sabemos que as DCNT constituem a principal causa de morbimortalidade no mundo. Segundo Oliveira et al. (2020), as DCNT, além de levar a mortes prematuras, causam impactos na qualidade de vida e acarretam ônus sociais e econômicos, uma vez que elas são responsáveis por:

Cerca de 70% das mortes globais, equivalendo a mais de 38 milhões de mortes por ano, excedendo significativamente as mortes por causas externas e por doenças infecciosas. Cerca de 45% de todas as mortes por DCNT no mundo, mais de 17 milhões, são causadas por DCV. O mesmo ocorre no Brasil, onde 72% das mortes resultam de DCNT, sendo 30% devidas a DCV, 16% a neoplasias e 6% a doenças respiratórias (Oliveira et al., 2020, p. 312).

Sabidamente, essas doenças têm grande impacto e tendem a evoluir de forma lenta, o que requer abordagem multiprofissional, longitudinal e integral, dada a sua complexidade.

Quanto à população idosa, geralmente, apresenta duas ou mais doenças simultaneamente, denominadas multimorbidade, constituindo a principal causa de morte e incapacidade, sendo que, do ponto de vista de Leite et al. (2019), é lamentável, uma vez que, aproximadamente, 80% dos agravos poderiam ser evitados com mudanças de fatores comportamentais.

Entendemos que a disponibilidade de ações efetivas, o monitoramento do acesso, a utilização dos serviços de saúde pelos indivíduos com DCNT e o acompanhamento multiprofissional são primordiais. Malta et al. (2017) constataram, em seu estudo, que indivíduos com DCNT utilizam duas ou mais vezes os serviços quando comparados aos adultos sem DCNT. Isto posto, o aumento da utilização dos serviços de saúde demanda planejamento, organização e adequação das políticas e ofertas (Malta et al., 2017).

Diante desse cenário, esta pesquisa evidenciou que as DCNT causam impactos na qualidade de vida dos sujeitos e afetam a funcionalidade, por exemplo, a mobilidade, como se pode verificar na tabela abaixo.

Tabela 4 - Perfil dos pacientes atendidos pelo PAR com os profissionais da APS no município de Cascavel/PR no que tange a mobilidade.

Mobilidade	Nº	%
Acamado	175	46,2
Cadeirante	29	7,6
Deambula	175	46,2

Fonte: Autores (2022).

Ao analisar que 46,2% do total de pacientes atendidos pelo PAR, com os profissionais da APS, são acamados, diríamos que isso é um dado preocupante, haja vista que 68,1% do total de pacientes, correspondente ao período da pesquisa, têm acima de 60 anos de idade e que 38,3% têm algum comprometimento cardiovascular e/ou metabólico.

Sabidamente o envelhecimento populacional é um fenômeno de abrangência mundial. Desse modo, o aumento da longevidade pode vir acompanhado de doenças que causem a incapacidade e inatividade.

Estudos demonstram que indivíduos com mais de 60 anos de idade são os maiores usuários do sistema de saúde, sendo responsáveis pela ocupação de metade dos leitos hospitalares. Conseqüentemente, registram-se maiores taxas de declínio funcional, uma vez que as causas do comprometimento da mobilidade são multifatoriais (Ribeiro et al., 2011; Godinho et al., 2019).

Conseqüentemente, a imobilidade associada a outros fatores como estado nutricional alterado e patologias de base descompensadas podem levar ao surgimento de lesões complexas, por exemplo, lesões por pressão (LP). As demandas para avaliação de lesões e conduta de curativos têm sido as solicitações que mais chegam ao PAR, dados que podem ser visualizados na tabela 5.

Afirmamos que essas demandas são provenientes da APS, ou seja, são de pacientes que estão sob os cuidados dos profissionais da APS. Para contextualizar, em 2017, a fim de reorganizar o processo assistencial, novo fluxo para atendimento de pacientes com lesões foi redefinido pela gestão municipal. Desse modo, ficou estabelecido que os pacientes com insucesso no tratamento, após dois (2) anos de acompanhamento no Ambulatório de Feridas, são contra referenciados para APS.

Já os pacientes com LP não são encaminhados para o Ambulatório de Feridas, ou seja, permanecem no âmbito da APS tendo como apoio a equipe do PAR, no sentido de suporte técnico para avaliação e conduta de curativos de alta tecnologia.

Tabela 5 - Tipos de lesões dos pacientes atendidos pelo PAR com os profissionais da APS no município de Cascavel/PR.

Tipo de lesão	Nº	%
À esclarecer	9	2,4
Deiscência de sutura	13	3,4
Lesão por Pressão	128	33,8
Lesão por trauma	23	6,1
Lesão vasculogênica	51	13,5
Lesão por sequela de Hanseníase	4	1,1
Lesão/Pé diabético	22	5,8
Lesão por queimadura	8	2,1
Outros	20	5,3
Sem lesão	101	26,6

Fonte: Autores (2022).

Em relação à variável tipo de lesão, os resultados desta pesquisa demonstram alta incidência de LP, representando 33,8% das lesões identificadas, seguida das lesões de etiologia vasculogênicas (arteriais, venosas e mistas) com 13,5%.

As LP são consideradas um grave problema de saúde pública, pois impactam na qualidade de vida do paciente e elevam os custos com tratamentos (Mendonça et al., 2018). É consenso na literatura que as causas das LP são multifatoriais e que existem fatores de risco extrínsecos e intrínsecos. Os fatores extrínsecos são aqueles derivados do ambiente externo, como pressão de contato sobre uma proeminência óssea, duração e intensidade de fricção, cisalhamento, umidade e reposicionamento ineficiente (Mendonça et al., 2018; Ramalho et al., 2020).

Já os fatores intrínsecos são aqueles relacionados ao próprio sujeito, podendo consistir na diminuição da força muscular, alteração da mobilidade, insuficiência arterial ou venosa, perfusão tecidual diminuída, incontinência fecal e/ou urinária, déficit nutricional, idade avançada e alterações do nível de consciência (Castro et al., 2017; Mendonça et al., 2018; Otto et al., 2019; Ramalho et al., 2020). Além disso, a presença de comorbidades pode ser responsável pela ocorrência ou pelo agravamento das lesões (Campos et al., 2016).

Para algumas lesões de pele, é possível determinar a etiologia avaliando apenas as manifestações clínicas, ou seja, as suas causas e origens, por exemplo, as lesões por pressão. Em contrapartida, existem lesões de difícil diagnóstico e classificação etiológica, que demandam exames mais específicos, por exemplo, as vasculogênicas (Campos et al., 2016).

Todavia, é de extrema importância na avaliação da história clínica investigar sobre a progressão da lesão (rápida ou lenta), comorbidades associadas e uso de medicamentos, avaliar exames laboratoriais/imagens recentes, características gerais da lesão (bordas, leito, presença ou não de infecções e tecidos inviáveis), além de outros dados complementares que se façam necessários.

Arelada às condições crônicas de saúde e à dependência funcional, observamos que as necessidades do sujeito vão sendo supridas, inclusive com a oferta de tecnologias no âmbito da assistência. Assim, esta pesquisa também evidenciou que a complexidade assistencial na APS tem aumentado, tendo em vista o número expressivo de pacientes com lesões, bem como o uso de algum dispositivo, conforme exposto na tabela a seguir.

Tabela 6 - Categorização de dispositivos utilizados pelos pacientes atendidos pelo PAR com os profissionais da APS no município de Cascavel/PR

Dispositivo	Nº	%
Dispositivos urinários	29	7,7
Gastrostomia e/ou jejunostomia	37	9,8
Gastrostomia e traqueostomia	10	2,6
Sonda enteral	46	12,1
Traqueostomia	4	1,1
Traqueostomia e sonda enteral	3	0,8
Colostomia e/ou ileostomia	10	2,6
Outros	1	0,3
Sem dispositivo	239	63

Fonte: Autores (2022).

Os dados acima demonstram que 140 (37%) dos 379 pacientes possuem um ou mais dispositivos, o que demanda cuidado compartilhado e multidisciplinar.

Alguns desses dispositivos são menos complexos de serem manejados, enquanto outros, como sonda de gastrostomia e cânula de traqueostomia, requerem um pouco mais de conhecimento, segurança e habilidade para manusear, inclusive a realização das trocas para além do ambiente hospitalar, quer seja na USF/UBS e/ou domicílio.

Entendemos que muitos médicos e enfermeiros sentem-se inseguros para realizar a troca desses dispositivos, motivo que, do nosso ponto de vista, está relacionado à inexperiência, à falta de oportunidade durante a graduação e à não vivência com esse tipo de assistência.

Diante desse contexto, a equipe do PAR realiza o matriciamento e suporte técnico-pedagógico a fim de empoderar os profissionais da APS, tanto para troca de dispositivos como na avaliação de lesões complexas e conduta de curativos. Nessa

perspectiva, estudo realizado recente no município de Florianópolis/SC, conduzido por Soares et al. (2021), relatou a vivência profissional de enfermeiros no serviço denominado Apoio Matricial de Enfermagem no Cuidado à Pessoa com Ferida (AMECPF), implantado em 2019. Nesse estudo, os autores concluíram que o modelo de atendimento à pessoa com lesões na APS, realizada pelo AMECPF, é positivo, principalmente por ampliar o acesso ao serviço, qualificar o atendimento e permitir o gerenciamento das informações em saúde.

Por muito tempo, pacientes que demandavam certa complexidade assistencial, teoricamente permaneciam internados, em hospitais, por longos períodos, mas, com o advento da tecnologia e conformação de novos serviços de saúde, essa realidade mudou. Tanto é que, atualmente, podemos encontrar pacientes complexos, inclusive com ventilação mecânica invasiva, no domicílio.

No município de Cascavel/PR, havendo necessidade de internação domiciliar, o paciente tem a possibilidade de ser assistido pelas equipes do Programa de Assistência e Internação Domiciliar (PAID), mas, após a estabilidade clínica e adaptação dos cuidados básicos, recebe alta e fica sob a responsabilidade dos profissionais da APS, os quais têm a alternativa de recorrer à equipe do PAR para matriciamento e suporte técnico.

Em contrapartida, o estudo de Favaro et al. (2020) constatou que os enfermeiros não se sentem preparados para prestar assistência às crianças com necessidades especiais em uso de dispositivos como gastrostomia, traqueostomia e sonda enteral, alegando dificuldade no seu manuseio. Esse dado vai ao encontro com a realidade encontrada no PAR, no entanto, a equipe tem procurado capacitar e empoderar os profissionais da APS na medida em que recebe as demandas.

Destacamos que, após vasta procura na literatura nacional, não foram localizados estudos que tratem a respeito de equipes de matriciamento e suporte técnico-pedagógico aos profissionais da APS referente a dispositivos. Neste sentido, o município de Cascavel/PR tem mais uma vez se destacado com inovações no processo de trabalho. Embora o paciente não seja admitido no serviço, devido sua conformação e característica de trabalho, a equipe do PAR compartilha o cuidado com os profissionais da APS.

Sendo assim, após o atendimento com os profissionais da APS, a equipe faz condutas e desfechos que, na maioria das vezes, resumem-se em alta do episódio.

Tabela 7 - Desfecho dos pacientes atendidos pelo PAR com os profissionais da APS no município de Cascavel/PR

Desfecho	Nº	%
Acompanhamento	85	22,4
Alta	157	41,4
Encaminhamento	42	11,1
Óbito	91	24
Mudou-se	4	1,1

Fonte: Autores (2022).

É importante destacar que, na ocasião da pesquisa, 22,4% dos pacientes continuavam sendo acompanhados pelo PAR com os profissionais da APS. Esses pacientes são aqueles que possuem algum tipo de dispositivo e/ou lesões complexas e que demandam um período maior de acompanhamento, seja devido às lesões, as quais necessitam de reavaliações periódicas, seja na

dispensação dos dispositivos (cânula de traqueostomia e sonda de gastrostomia)² e matriciamento dos profissionais na troca de dispositivos.

Quanto aos encaminhamentos, estes são referentes àqueles pacientes que demandam avaliações de profissionais da média e alta complexidade, por exemplo, avaliação da nutricionista, do cardiologista e do vascular. Além disso, pacientes com lesões de seqüela de hanseníase, pé diabético e vasculogênicas, a equipe do PAR inicia a conduta na APS e, na seqüência, encaminha para continuidade do cuidado no Ambulatório de Feridas, de acordo com o fluxo municipal.

4. Considerações Finais

Como retratado durante o desenvolvimento desta pesquisa, o PAR apresenta-se como componente educador e formativo, proporcionando matriciamento e suporte técnico-pedagógico aos profissionais, principalmente da APS, além de contribuir para o seu empoderamento e na troca de saberes e reflexões da prática assistencial.

Entendemos que esse modelo de assistência permite ampliar a resolutividade das demandas da APS por meio da qualificação dos atendimentos e dos profissionais que prestam o cuidado e que estão em contato direto com os usuários da RAS.

Ao pensar em apoio matricial e cuidado compartilhado, abrem-se múltiplas possibilidades de produção de ações, desde que se leve em consideração o contexto histórico, social e epidemiológico da população. Nessa perspectiva, embora seja um modelo novo de assistência, o PAR vem com a possibilidade de trabalho em equipe, contrapondo-se a um contexto histórico de trabalho tradicional e fragmentado.

Apesar disso, o serviço também apresenta desafios e fragilidades a serem trabalhados e enfrentados. No que diz respeito a recursos humanos, há sobrecarga da equipe, uma vez que ela atende as demandas provenientes de toda a APS da região urbana e rural do município de Cascavel/PR. Além disso, percebemos também certa dificuldade por parte dos profissionais em entender que o PAR é um serviço de referência aos profissionais, logo, o paciente não é admitido no programa, mas se compartilha o cuidado.

Neste sentido, inferimos que é por meio da divulgação científica que estudos e experiências são compartilhados e difundidos no meio científico. Dessa forma, consideramos que este estudo vai contribuir na compreensão, de forma clara e objetiva, sobre o processo de implantação e a conformação desse serviço no município, bem como do perfil de pacientes atendidos pelo programa, com os profissionais da RAS.

Ademais, deve permitir a visibilidade do serviço e a possibilidade de replicação em outros municípios brasileiros, uma vez que o processo de trabalho nesse caso necessita basicamente de tecnologias leves e leve-duras para produção do cuidado.

Ainda sugerimos a elaboração de novos estudos voltados para as lacunas encontradas nesta pesquisa, tais como: motivos pelos quais as USF rurais solicitaram menos o suporte técnico do PAR em relação às unidades urbanas; reconhecimento e valorização da potencialidade do matriciamento como ferramenta de transformação; fragilidades na qualificação/capacitação dos profissionais da APS, visto que a complexidade assistencial aumentou, sobretudo em relação a dispositivos, como cuidados e troca de cânula de traqueostomia, sonda de jejunostomia e gastrostomia, prevenção e tratamento de lesões complexas.

Referências

- Araújo, R. C. G., Pelazza, B. B., Borges, S. D. S., Silva, G. A., Paula, C. R. ... Maia, L. G. (2019). Perfil dos pacientes atendidos no programa melhor em casa em um município da região sudoeste de Goiás. *Itinerarius Reflecionis*, 15(3), 1-11. Recuperado de <https://www.revistas.ufg.br/ir/article/view/59222/34017>
- Arruda, N. M., Maia, A. G., & Alves, L. C. (2018). Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Caderno de Saúde Pública*, 34(6), 1-14. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00213816>

² O fluxo de dispensação, em especial destes dois (2) dispositivos foi estabelecido, em conformidade com a gestão, para ser dispensado pelo PAR, a fim de que a equipe possa matricular o maior número de profissionais da APS para a troca desses dispositivos na unidade de saúde e ou no domicílio, desde que, não coloque o paciente em risco, além de evitar que o mesmo seja encaminhado para outros serviços desnecessariamente.

- Botton, A., Cúnico, S. D., & Strey, M. N. (2017). Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 25(1), 67-72.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1986). *VIII Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Portaria n.º 1.944, de 27 de agosto de 2009*. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Camargos, M. C. S., Gonzaga, M. R., Costa, J. V., & Bomfim, W. C. (2019). Estimativas de expectativa de vida livre de incapacidade funcional para Brasil e Grandes Regiões, 1998 e 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(3), 737-747. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.07612017>
- Campos, T. A., & Silva, G. F. (2021). Potencialidades do ensino em serviço: Percepção da preceptoria de enfermagem. *FAG Journal of Health (FJH)*, 3(2). <http://doi.org/10.3598/fjh.v3i2.345>
- Campos, M. G. C. A., Sousa, A. T. O., Vasconcelos, J. M. B., Lucena, S. A. P., & Gomes, S. K. A. (2016). *Feridas complexas e estomias: Aspectos preventivos e manejo clínico*. João Pessoa, PB: Ideia. Recuperado de <http://www.coren-pb.gov.br/wp-content/uploads/2016/11/E-book-coren-final-1.pdf>
- Cascavel. (2018a). *Decreto n.º 14.234 de 23 de maio de 2018*. Dispõe sobre a criação do setor do Programa De Atendimento Residencial/PAR, na Secretaria Municipal de Saúde e dá outras providências. Recuperado de <https://leismunicipais.com.br/a/pr/c/cascavel/decreto/2018/1423/14234/decreto-n-14234-2018-dispoe-sobre-acriacao-do-setor-do-programa-de-atendimentoresidencial-par-na-secretaria-municipal-de-saude-e-daoutras-providencias>
- Cascavel. (2018b). Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel. Conselho Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde: 2018 – 2021*.
- Castro, J. M., Pereira, R. R., & Franca, G. K. M. (2017). Tratamento e Prevenção de Lesão por Pressão em instituição de longa permanência para idosos. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR*, 20(1), 91-97. Recuperado de https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170905_173720.pdf
- Costa, A. M., Rizzotto, M. L. F., Lobato, L. V. C., & Giovanella, L. (2020). Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: movimento em defesa do direito à saúde. *Saúde debate*, 44(1), 135-141. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020S111>
- Corrêa, C. C. (2013). *Metodologia da Pesquisa Científica*. Guarantã do Norte, MT.
- Favaro, L. C., Marcon, S. S., Nass, E. M. A., Reis, P., Ichisato, S. M. T., Bega, A. G., ... Lino, I. G. T. (2020). Percepção do enfermeiro sobre assistência às crianças com necessidades especiais de saúde na Atenção Primária. *Revista Mineira de Enfermagem*, 1-9. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200006>
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4a ed.). São Paulo, SP: Editora Atlas.
- Godinho, I. P., Faria, F. C., Junior, L. R., Mattos, M. T. S., Sanglard, M. L., & Silva, G. H. M. (2019). Síndrome do Imobilismo: Revisão Bibliográfica. *Seminário Científico do UNIFACIG: Sociedade, Ciências e Tecnologia*, 5, 1-5. Resgatado de <http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/seminariocientifico/index>
- Landim, E. L. A. S., Guimaraes, M. C. L., & Pereira, A. P. C. M. (2019). Rede de Atenção à Saúde: integração sistêmica sob a perspectiva da macrogestão. *Saúde debate*, 43(5), 161-173, 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S514>
- Leite, B. C., Oliveira-Figueiredo, D. S. T., Rocha, F. L., & Nogueira, M. F. (2019). Multimorbidade por doenças crônicas não transmissíveis em idosos: estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(6), 1-11. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190253>
- Malta, D. C., Bernal, R. T. I., Lima, M. G., Araújo, S. S. C., Silva, M. M. A., Freitas, M. I. F., ... Barros, M. B. A. (2017). Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: Análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 51, 1-10. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090>
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (5a ed.). Editora Atlas.
- Mendonça, P. K., Loureiro, M. D. R., Júnior, M. A. F., & Souza, A. S. (2018). Ocorrência e fatores de risco para lesões por pressão em Centros de Terapia Intensiva. *Revista de Enfermagem*, 12(2), 303-311. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a23251p303-311-2018>
- Oliveira, G. M. M., Brant, L. C. C., Polanczyk, C. A., Biolo, A., Nascimento, B. R., Malta, D. C., Souza, M. F. M., ... Ribeiro, A. L. P. (2020). Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 3(115), 308-439. <https://doi.org/10.36660/abc.20200812>
- Otto, C., Schumacher, B., Wiese, L. P. L., Ferro, C., & Rodrigues, R. A. (2019). Fatores de risco para o desenvolvimento de Lesão por Pressão em pacientes críticos. *Enfermagem em foco*, 10(1), 7-11. Recuperado de <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/Fatores-De-Risco-Para-o-Desenvolvimento-De-Les%C3%A3o-Do-Press%C3%A3o-Em-Pacientes-Cr%C3%ADticos.pdf>
- Programa de Atendimento Residencial. (2018). *Regimento Interno*. Departamento de Atenção à Saúde – DAS.
- Ramalho, A. O., Freitas, P. S. S., Moraes, J. T., & Nogueira, P. C. (2020). Reflexões sobre as recomendações para prevenção de lesões por pressão durante a pandemia de COVID-19. *Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, 18, 1-7. https://doi.org/10.30886/estima.v18.940_PT
- Ribeiro, C. A., Silva, D. A. M., Rizzo, L. A., & Ventura, M. M. (2011). Immobility syndrome frequency in a geriatric ward. *Geriatr Gerontol Aging*, 5(3), 136-139, 2011. Recuperado de <http://ggaging.com/details/235/pt-BR>
- Rodrigues, D. C., Pequeno, A. M. C., Pinto, A. G. A., Carneiro, C., Machado, M. F. A. S., Magalhães Junior, A. G., ... Negreiros, F. D. S. (2020). Educação permanente e apoio matricial na atenção primária à saúde: cotidiano da saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0076>
- Soares, C. F., Belayr, G. M., Maria, J. R., Pereira, M., Schmitz, L. M., Siqueira, E. F., & Gomes, A. M. B. (2021). Apoio matricial de enfermagem como inovação no cuidado à pessoa com ferida. *Enfermagem em Foco*, 12(1), 82-86. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n7%20Supl.1.5194>
- Teixeira, D. B. S. & Cruz, S. P. L. (2016). Atenção à saúde do homem: análise da sua resistência na procura dos serviços de saúde. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(4). Recuperado de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/985/209>