

PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR - POD

OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR EM CRIANÇAS – EXPERIÊNCIA MUNICIPAL

Autor- Cristiane Serafim Stein¹ /Érika Cristian Camargo de Souza²

1 – Fisioterapeuta POD – DGDO – SMS de Campinas 2 – Médica Pediatra – SAIDs - Campinas

Coautor- Mônica Regina P. T. Nunes³

3 – Coordenadora SAID e POD Campinas - SMS

OBJETIVO

Desde 1993, o município de Campinas implantou o SAID (Serviço de Assistência e Internação Domiciliar), em 2005 iniciou-se o Programa de Oxigenoterapia Domiciliar denominado POD visando diminuir o número de complicações, como infecções intra hospitalares, reduzir o tempo de internação e retorno ao ambiente familiar. Este estudo tem por objetivo descrever as características das crianças portadoras de doenças pulmonares e/ou outras doenças que apresentam dependência de Oxigenoterapia, com dependência ou não de outras tecnologias.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram estudadas 30 crianças em acompanhamento com o POD juntamente ao SAID e Ambulatórios de Especialidades. Todas dependentes de Oxigenoterapia Domiciliar, no período de Janeiro 2008 até Março de 2010.

Os dados foram obtidos através de revisão de prontuários.

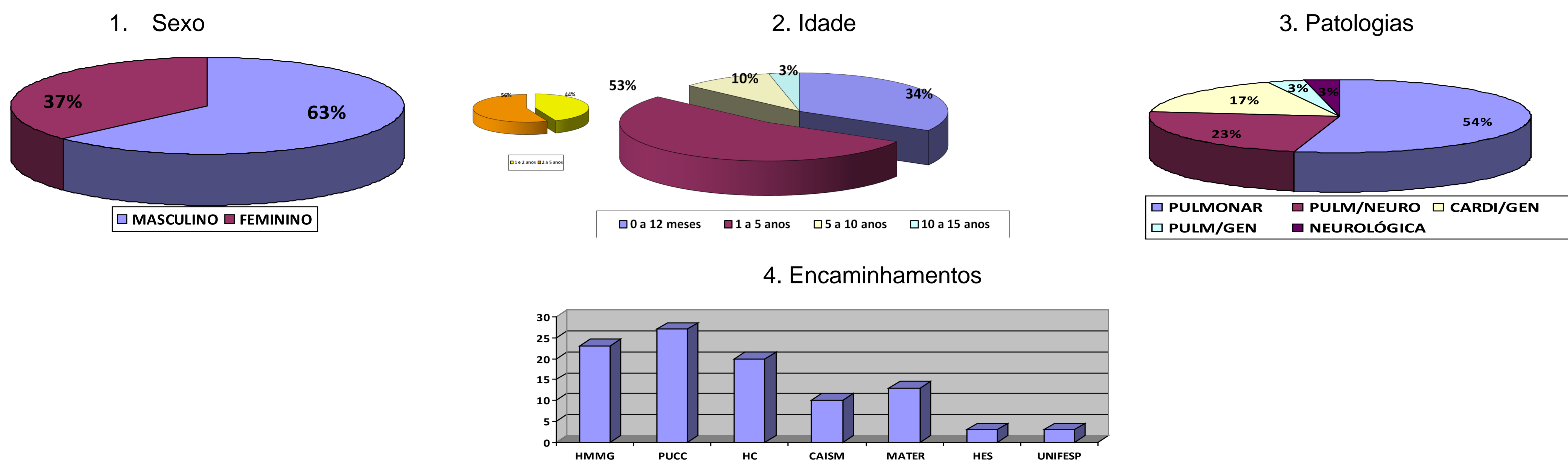
Os critérios para inclusão no POD estão descritos na Norma Técnica, a qual regulamenta o Programa de Oxigenoterapia do Município.

Os aparelhos são disponibilizados pelo POD da Prefeitura Municipal, após encaminhamento pela unidade solicitante e avaliação das condições de moradia, para verificação da possibilidade de receber o equipamento. As visitas domiciliares são realizadas por uma equipe multiprofissional, conforme a necessidade e a patologia da criança em acompanhamento, e as mesmas ocorrem em torno de 1 vez por semana.

Quanto ao desmame e retirada da Oxigenoterapia, esta é realizada durante as visitas domiciliares com aferição da saturimetria das crianças ou nos ambulatórios de especialidades, nas suas consultas ambulatoriais. Todas as crianças são moradoras do Município de Campinas.

RESULTADOS OBTIDOS

Após análise dos prontuários do universo estudado apresentamos os seguintes resultados:



No início do estudo 25 crianças eram dependentes em tempo integral de Oxigenoterapia e apenas 5 em períodos intermitentes, conforme orientado pelo serviço de origem. As crianças que apresentaram Escore de Lansky menor que 60 e que são acompanhadas pelo SAID, correspondem a um total de 19 crianças, divididas em três regiões: Leste/Norte, Sul e Sudoeste/Noroeste. Destas, 8(42%) crianças já não usam Oxigenoterapia Domiciliar, e também receberam alta do programa, sendo atualmente acompanhadas pelos ambulatórios de especialidade. Uma criança foi a óbito. Dez (50%) crianças ainda são acompanhadas pelos Serviços e mantêm-se com os Escore de Lansky entre 60-40. Destas crianças 5 (50%) fazem uso de Oxigenoterapia continuamente, 3 (30%) estão iniciando o desmame e 2 (20%) já não usam mais o Oxigênio domiciliar.

Ao final do estudo as crianças acompanhadas pelo POD 13 não usam mais concentrador, 4 fazem uso intermitente 9 ainda usam continuamente e 4 crianças foram a óbito.

DISCUSSÃO

O uso do Oxigênio domiciliar vem demonstrando nos últimos anos, ser um dos fatores de melhora da sobrevida, na capacidade de exercício e no desenvolvimento neuropsicológico de pacientes com hipoxemia crônica, principalmente nos adultos. Quanto as crianças os estudos demonstram principalmente que nos portadores de Broncodisplasia Pulmonar a suplementação de Oxigênio promove crescimento somático e neurológico adequados e previne o desenvolvimento de hipertensão pulmonar.(3,10,11) Fatos ao qual correlacionamos com os nossos dados e ainda ressaltamos que o envolvimento multiprofissional com estas crianças é um facilitador para esta resposta.

A maioria dos pacientes acometidos é do sexo masculino (63%) semelhante aos dados encontrados em literatura (3,12,13).

A maioria iniciou o uso de suplementação de oxigênio no primeiro ano de vida, devido ao grande número de prematuros e portadores de patologias genéticas associadas. (3)

O acompanhamento multiprofissional destes pacientes vem demonstrando ser um dos fatores de sucesso, onde a troca de experiências, as discussões de casos e principalmente a implementação de um plano de tratamento específico para cada paciente mostrou ser eficiente.

É fundamental descrevermos que estamos contribuindo para o suporte e crescimento da criança dependente de tecnologias no domicílio. Lembrando que esta transformação também gera conflitos para seus familiares e dificuldades para a equipe, fato relatado com frequência na literatura. (2) O trabalho é contínuo e dinâmico, onde as dificuldades e conquistas oscilam, e a busca por Protocolos em Cuidados Paliativos pelo Município tem a finalidade de melhorar e ampliar as ações sendo uma constante na capacitação das equipes. Vale ressaltar que o POD e o SAID, além da terminalidade, trabalham com crianças com patologias crônicas e agudas em recuperação as quais após tratamento adequado, diminuem e até desmamam totalmente do Oxigênio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Levine C. Acceptance, avoidance, and ambiguity: conflicting social values about childhood disability. Kennedy Inst Ethics J. 2005;15:371-83
2. Floriani C. A. Cuidados Paliativos no domicílio: desafios aos cuidados de crianças dependentes de tecnologia. Jornal de Pediatria. 2010, 1(86):15-20
3. Mocelin H. T., Fischer G.B.,Ranzi L.C.,Rosa R.D.,Philomena M.R. Oxigenioterapia domiciliar em crianças:relato de sete anos de experiencia. Jornalç de Pneumologia. 2001,3(27)
4. Dilworth JP, Higgs CMB, Jones PA, White. Prescription of oxygen concentrators: adherence to published guidelines. Thorax 1989;44: 576-478.
5. Tarpy SP, Celli BR. Long-term oxygen therapy. N Engl J Med 1995; 14:710-714.
6. Mocelin HT, Rosa DR, Oliveira SK, Fischer GB. Oxigenoterapia domiciliar em pneumopatias crônicas. Anais IV Congresso de la Sociedad Latinoamericana de Neumologia Pediatrica, 1998; trabajo libre 116.
7. Mocelin HT, Souza MV, Ranzi LC, Oliveira R, Philomena MR, Fischer GB. Oxigenoterapia domiciliar ¾ Relato de 5 anos de experiencia. Anais do VIII Congresso Brasileiro de Pneumologia Pediatrica, 1999; poster 092; p. 168.
8. Barbosa S.M.M., Lecussan P., Oliveira F.F.T.O. Particularidades em Cuidados Paliativos - Pediatria. Cuidado Paliativo CREMESP .2008, 128-138
9. Decker MJ, Arnold LJ, Haney D, Masny J, Strohl PK. Extended monitoring of oxygen saturation in chronic lung disease. Chest 1992;102: 1075-1079.
10. Petty TL. Oxigênio domiciliar: uma revolução no tratamento da DPOC avançada. Clín Méd Am Norte 1990;3:751-766.
11. Hudak BB, Allen MC, Hudak ML, Loughlin GM. Home oxygen therapy for chronic lung disease in extremely low-birth-weight infants. Am J Dis Child 1989;143:357-360.
12. Fauroux B, Sartet A, Foret D. Home treatment for chronic respiratory failure in children: a prospective study. Eur Respir J 1995;8:12,2062-2066.
13. Fischer GB. Fatores prognósticos para bronquiolite viral aguda. [Tese] Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1994.

SAID/POD

Serviço de Assistência e Internação Domiciliar
Programa de Oxigenoterapia Domiciliar



**Prefeitura
Municipal de
Campinas**