



Secretaria Municipal da Saúde

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE – CMSSP

RESOLUÇÃO CMSSP Nº. 05/2022

*Dispõe sobre a Aprovação do
Projeto de Implantação do Serviço de Atenção Domiciliar-SAD.*

O Plenário do Conselho Municipal de Saúde de Senador Pompeu em sua 06ª Reunião Ordinária, realizada no dia 22 de agosto de 2022, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Leiº 8.080 de 19 de novembro de 1990, Lei Complementar nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990 e Lei Municipal nº 799 de 02 de outubro de 1991;

CONSIDERANDO que o Conselho Municipal de Saúde, atua em caráter permanente e deliberativo, na formulação de estratégias e no controle de execução das políticas de saúde na instância correspondente, inclusive no que tange os processos econômicos e financeiros, conforme Resolução nº543 do Conselho Nacional de Saúde;

CONSIDERANDO o Decreto nº 7.508/2011 que regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências;

CONSIDERANDO a Lei Federal nº 8.666/1993 de 21 de junho de 1993 que regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências;

CONSIDERANDO a Lei 13.204/2015 na Lei Orgânica do Município;

RESOLVE:

Art.1º. Aprovar o Projeto de Implantação do Serviço de Atenção Domiciliar-SAD.

Art.2º. Esta resolução entra em vigor na data de sua assinatura, devendo ser publicada no Paço da Prefeitura Municipal, ficando revogadas as disposições em contrário.

Senador Pompeu, Ceará, 22 de agosto de 2022.

Ana Lourdes Maciel da Silva

Ana Lourdes Maciel da Silva
Presidente do Conselho Municipal de Saúde- CMSSP

Maria Fernandete Gomes

Maria Fernandete Gomes
Secretária Municipal da Saúde



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde



Projeto de Implantação do Serviço de Atenção Domiciliar



Melhor em Casa
A SEGURANÇA DO HOSPITAL NO
CONFORTO DO SEU LAR

Maió/2022 – Senador Pompeu

Secretaria Municipal da Saúde de Senador Pompeu
CNPJ 07.728.421/0001-82
Av. Francisco França Cambraia, 618, Centro. CEP: 63.600-000.
E-mail: saude@senadorpompeu.ce.gov.br



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SENADOR POMPEU

Secretária Municipal de Saúde

Maria Fernandete Gomes

Coordenadora da Atenção Primária a Saúde

Sara Thayse de Souza

Coordenadora de Gestão e Planejamento

Claudia Andrea Lopes Mineiro Albuquerque



Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde



MANUAL DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SENADOR POMPEU

ELABORAÇÃO – 2022

Claudia Andrea Lopes Mineiro Albuquerque – Psicóloga

COLABORAÇÃO

Sara Thayse de Souza- Enfermeira

REVISÃO - 2022

Ádila Wenddy de Oliveira- Assistente Social



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	05
2. SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR/ PROGRAMA MELHOR EM CASA	07
3. SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE SENADOR POMPEU	09
3.1. Composição da equipe EMAD 02	11
3.2. Composição da equipe EMAP	11
3.3. Funcionamento do SAD-RP e periodicidade das visitas domiciliares	11
3.4. Plano de atendimento domiciliar – PAD	12
3.5. Infraestrutura, mobiliário e equipamentos	12
3.6. Educação permanente	13
4. OBJETIVOS	13
4.1. Objetivos gerais	13
4.2. Objetivos Específicos	13
5. POPULAÇÃO ALVO	14
6. CRITERIOS DE ELEGIBILIDADE	15
7. CRITERIOS DE DESLIGAMENTO / ALTA / EXCLUSÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR	15
8. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	16
8.1. Processo de trabalho SAD	17
8.2. O cuidador e a equipe	20
8.3. Programa de qualificação do cuidador	21
8.4. Recursos materiais, exames, insumos e medicamentos	22
8.5. Elementos fundamentais para a gestão do cuidado na AD	23
8.6. Elementos de abordagem familiar na ad	24
9. INDICADORES E METAS	24
9.1. Tabela de indicadores	25
10. PADRONIZAÇÃO DAS AÇÕES NO SAD	26
10.1 Fluxograma do serviço de atenção domiciliar (Apêndice A)	26
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
12. REFERÊNCIAS	28
13. APÊNDICES	30
Apêndice A – Fluxograma do Serviço de Atenção Domiciliar	31
Apêndice B – Formulário de Solicitação do Serviço de Atenção Domiciliar	32
Apêndice C - Avaliação do Domicílio e da Família	33
Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Informado	35
Apêndice E - Ficha de avaliação e acompanhamento de pessoas com feridas.	36
Apêndice F - Primeira Consulta de Enfermagem no Domicílio	37



Apêndice G- Boletim do SAD

38

1. INTRODUÇÃO

A atenção domiciliar (AD) requer a participação ativa da família e dos profissionais envolvidos, constitui uma atividade principal a ser realizada na Atenção Básica, para atender as pessoas que estão incapacitadas de se locomoverem aos serviços de saúde, temporária ou permanentemente. O processo de AD é complexo, não é específico de patologia e ou grupo etário, um fator determinante é o grau de incapacidade; requer articulações entre paciente, família e serviços de saúde, muitas vezes não bastam à atenção ou cuidado, necessita de outros serviços como o apoio social; dependendo do grau de complexidade, dos cuidados a serem prestados é necessária a colaboração e adequada articulação entre os níveis de atenção da rede de saúde, outros serviços e rede de apoio a ser construída na comunidade, para complementar a atenção. O SAD deve se pautar nos princípios da integralidade, universalidade e equidade de suas ações, para tanto, deve-se reorganizar o processo de trabalho das equipes.

O SAD é regulamentado pela portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, onde no artigo 3º, tem como objetivos: I - redução da demanda por atendimento hospitalar; II - redução do período de permanência de usuários internados; III - humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e IV - a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS. A AD seguirá as seguintes diretrizes: I - ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação e equidade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva da RAS; II - estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde; III - adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e IV - estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do(s) cuidador(es).

Estudos científicos evidenciam as vantagens da atenção domiciliar, segundo Paz e Santos (2003) vários fatores justificam a implantação e implementação de programas de cuidado domiciliar, relacionados ao sistema de saúde vigente, ao paciente e a sua família, bem como a formação profissional na área da saúde. Em relação ao sistema de saúde, a



realização do cuidado no domicílio diminui os custos gerados pela longa permanência hospitalar, diminuem a demanda para os serviços de emergências. Para o paciente observa-se a melhora clínica e de qualidade de vida, evitando infecções hospitalares. Aos profissionais propicia uma formação acadêmica qualificada a fim de atender as demandas de cuidado no contexto domiciliar.

A AD fortalece o SUS enquanto política pública e instrumento de transformação social, e tem sido reconhecida como espaço favorável para um cuidado inovador e singular em saúde, com potencialidade para propiciar assistência centrada nas demandas e necessidades do usuário, familiar e cuidador (ANDRADE et al, 2016). Os cuidados no domicílio têm sido de grande complexidade e diversidade, são vistos como estressantes e exaustivos, e são priorizados às pessoas acamadas ou em situação de risco. Esses cuidados específicos no domicílio demandam tempo, investimentos financeiros e habilidade e capacitação para os familiares e profissionais. É necessário parcerias com as instituições hospitalares, outras secretarias e outros setores da sociedade para que haja a continuidade da atenção com qualidade.

Sabe-se que são várias, as situações que podem comprometer a saúde do indivíduo, podendo levá-lo à uma condição de dependência. Nesse sentido, se destacam os cuidadores e familiares, que são os responsáveis por realizar os cuidados com o paciente no domicílio. Prestar cuidados à saúde é uma atividade que exige conhecimentos, requer competência e técnica, nesse contexto, o cuidador e familiar precisam se adaptar e desenvolver habilidades para suprir a nova demanda (FLORIANO et al, 2012). Nessa perspectiva a equipe de saúde multiprofissional tem papel fundamental para as ações no domicílio, focalizando a prevenção, a cura, a palição e reabilitação, para a unidade de cuidado, a família. Como também estar mais próxima dos cuidadores, no sentido de orientá-los e acompanhar o cuidado, a fim de propor ações que visem o suporte assistencial de forma ampliada. Atenção domiciliar representa um marco e prioridade, assim, o governo federal lançou o Programa Melhor em Casa e no mesmo mês foi publicado o manual de instrução do programa Melhor em Casa, com o intuito de detalhar algumas orientações específicas aos gestores de saúde que auxiliarão na elaboração do projeto e adesão ao programa (BRASIL,2012). Ressalta-se que o Programa Melhor em Casa (Serviço de Atenção domiciliar) é um dos componentes das Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e deve estar estruturado nessa perspectiva, de acordo com



a proposição da Portaria GM/MS nº 1.600, de julho de 2011, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde.

2. SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR/ PROGRAMA MELHOR EM CASA

Ainda de acordo com a portaria regulamentadora do SAD, a AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador. A AD será organizada em três modalidades: Atenção Domiciliar 1 (AD 1); Atenção Domiciliar 2 (AD 2); e Atenção Domiciliar 3 (AD 3).

A modalidade AD1 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). A prestação da assistência à saúde nessa modalidade é de responsabilidade das equipes de atenção básica (UBS/ESF), por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês. Essas equipes são apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e ambulatórios de especialidades e de reabilitação (BRASIL, 2016).

A modalidade AD2 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da RAS. A inclusão para cuidados na modalidade AD2 será baseada na análise da necessidade de saúde do usuário, tomando-se como base as situações tais como usuários com demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros; dependência de monitoramento frequente de sinais vitais; necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade; adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia; adaptação do usuário ao



uso de órteses/próteses; adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias; acompanhamento domiciliar em pós-operatório; reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem outros serviços de reabilitação; uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica; acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso; necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória; necessidade de cuidados paliativos e necessidade de medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo pré-estabelecido (BRASIL, 2016).

A modalidade AD3 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde. Para que o usuário seja incluído para cuidados na modalidade AD3, é necessário que se verifique a existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para cuidados na modalidade AD2; quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar (BRASIL, 2016). Nas modalidades AD2 e AD3, deve estar garantido, se necessário, transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 horas/dia, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências. O atendimento aos usuários elegíveis nas modalidades AD2 e AD3 é de responsabilidade do SAD, já na modalidade AD1, a responsabilidade é da equipe da unidade de saúde/ ESF e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Será inelegível para a AD o usuário que apresentar pelo menos uma das seguintes situações: necessidade de monitorização contínua; necessidade de assistência contínua de enfermagem; necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência; necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento (Portaria nº 825, 2016, art.º 14).



Nas três modalidades de AD, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição: trabalhar em equipe multiprofissional integrada à RAS; identificar, orientar e capacitar o(s) cuidador(es) do usuário em atendimento, envolvendo-o(s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o(s) como sujeito(s) do processo; acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários, familiares ou cuidadores; promover espaços de cuidado e de trocas de experiências para cuidadores e familiares; utilizar linguagem acessível, considerando o contexto; pactuar fluxos para atestado de óbito, devendo ser preferencialmente emitido por médico da EMAD ou da Equipe de Atenção Básica do respectivo território; articular, com os demais estabelecimentos da RAS, fluxos para admissão e alta dos usuários em AD, por meio de ações como busca ativa e reuniões periódicas; e participar dos processos de educação permanente e capacitações pertinentes. (Portaria nº 825, 2016, art.º 7).

O SAD favorece o sistema de saúde no processo de reestruturação da atenção básica, conforme os princípios do SUS. Nesta modalidade a família e o cuidador são considerados unidade de cuidado, como sujeitos envolvidos no cuidado, a equipe presta a assistência, reabilita, capacita e monitora o autocuidado.

A atuação das equipes multiprofissionais com enfoque interdisciplinar visa proporcionar resultados positivos na vida destas pessoas, possibilitando o cuidado compartilhado, humanizado e integral entre a equipe, paciente, família e cuidador; tornando-se muito mais resolutivo e eficaz.

3. SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE SENADOR POMPEU

O Serviço de Atenção Domiciliar no município de Senador Pompeu está integrado ao SUS e possui grande importância dentro do sistema, representa mais um ponto de atenção nessa grande Rede de Atenção à Saúde que é ofertada à população. Dentre os principais benefícios estão a redução das taxas de contaminação e infecção hospitalar, redução das taxas de reinternações, redução no tempo de internação, redução pela procura dos serviços de pronto atendimento e aumento na rotatividade dos leitos hospitalares, além de outros. O perfil dos pacientes do SAD, na grande maioria, são pacientes com sequelas graves, que sofreram traumas, como raquimedular, cranioencefálico; pacientes que sofreram o acidente vascular encefálico (AVE), pacientes com doenças neurodegenerativas, pacientes com demências, pacientes com neoplasias, pacientes com doenças genéticas; compreendendo pacientes com



deficiências de várias origens, com perdas de suas funções motoras, fisiológicas e/ou sua capacidade cognitiva.

O município de Senador Pompeu é brasileiro do estado do Ceará, faz parte da Macro região de Quixadá. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2020 estimou sua população em 25.456 habitantes. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) municipal é de 0,618, segundo o IBGE. (IBGE, 2020), possui 05 distritos: Sede, São Joaquim, Engenheiro José Lopes, Codiá e Lagoa Nova.

Apresenta cobertura de Atenção Básica de 100%, diz respeito à 13 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), direcionadas para a atenção básica, estando distribuídas em 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 09 equipes de Saúde Bucal (SB) e ainda conta com o apoio de alguns setores especializados como 01 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) tipo I, 01 Centro Multidisciplinar de Saúde (Policlínica), 01 Centro de Reabilitação, 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 01 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e 01 Maternidade e Hospital Santa Isabel de pequeno porte, portanto, o município está de acordo com a política nacional de AD, para implantação de 01 EMAD tipo 02 e 01 EMAP.

Município	Senador Pompeu, Ceará.
População	25.456 hab.
Coordenador (a)	Sara Thayse de Souza (88) 98112-0926 sarathaysesp@gmail.com
Proponente	Prefeitura Municipal de Senador Pompeu; Maria Fernandete Gomes-Secretária da Saúde.
Número de Equipes	13 ESF, 11 UBS's, 01 NASF, 01 Policlínica.
SAMU	Municipal; Está localizado na abrangência de SAMU regional; Possui serviço móvel de atendimento as urgências e emergências.
Maternidade e Hospital Santa Isabel	01 Hospital Municipal de Pequeno porte



O SAD será referência em atenção domiciliar para uma população definida e se relacionará com os demais serviços de saúde que compõem a RAS, em especial com a atenção primária. A EMAD 2 realizará atendimento, no mínimo, 1 (uma) vez por semana a cada usuário e/ou conforme a necessidade de acompanhamento. Durante o período em que o usuário estiver sob os cuidados do SAD, a equipe de atenção básica de sua referência deverá compartilhar o cuidado, participando na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) daquele usuário. O SAD deverá articular-se com os outros serviços da RAS, principalmente hospitais, serviços de urgência e Atenção Primária, buscando evitar demanda direta dos usuários.

A admissão do usuário ao SAD exigirá a sua prévia concordância e de seu familiar ou, na inexistência de familiar, de seu cuidador, com assinatura de termo de esclarecimento e reponsabilidade. O SAD ofertará, no mínimo, 12 (doze) horas/dia de funcionamento, de modo que o trabalho da EMAD2 seja no formato de cuidado horizontal (diarista) em dias úteis e nos finais de semana e feriados, de forma a assegurar a continuidade da atenção em saúde, podendo utilizar, nestas ocasiões, o serviço de urgência e emergência, caso necessário. O EMAP apoiara a EMAD 2 nos dias uteis e, quando necessário, ter escala especial para fins de semana e feriados.

3.1. COMPOSIÇÃO DA EQUIPE EMAD 2

A equipe do SAD será composta por 01 enfermeiro (40horas/semanais), 01 médicos (20horas/semanais), 01 fisioterapeuta (30horas/semanais), 03 auxiliares de enfermagem (40horas/semanais).

3.2. COMPOSIÇÃO DA EQUIPE EMAP

A equipe multiprofissional de apoio será composta por 01 assistente social, 01 nutricionista e 01 psicólogo.

3.3. FUNCIONAMENTO DO SAD-RP E PERIODICIDADE DAS VISITAS DOMICILIARES

Para o atendimento ao público o funcionamento do SAD-Senador Pompeu o SAD ofertará serviços de 07h00 as 19h00 em dias úteis, finais de semana e feriados. As visitas domiciliares serão 4 visitas agendadas e 1 vaga de visita de urgência por período, totalizando



no máximo 10 visitas por dia, ou de acordo com a avaliação da equipe, dependendo das condições clínicas dos pacientes e condições e habilidades do cuidador.

Os pacientes cadastrados no Programa Melhor em Casa, recebem visitas semanais, entretanto, devido à grande demanda, e nas situações em que o cuidador está apto e seguro para os cuidados a periodicidade é espaçada. Tem os casos de intercorrências, quando o paciente é atendido de prontidão. Outra ação importante será determinar a periodicidade das visitas, programá-las e deixar retornos agendados com a família. A utilização do telefone, contato prévio para certificar-se da presença do paciente no domicílio também é uma ferramenta, para evitar situações desagradáveis, surpresas e também otimizar os recursos.

3.4. PLANO DE ATENÇÃO DOMICILIAR- PAD

A equipe do SAD irá elaborar um Plano de Atenção Domiciliar – PAD, que constará a prescrição da assistência clínico-terapêutica e psicossocial para o paciente, requisitos de infraestrutura do domicílio do paciente, necessidade de recursos humanos, materiais, medicamentos, equipamentos, retaguarda de serviços de saúde, cronograma de atividades dos profissionais e logística de atendimento, o tempo estimado de permanência do paciente no SAD considerando a evolução clínica, superação de déficits, independência de cuidados técnicos e de medicamentos, equipamentos e materiais que necessitem de manuseio continuado de profissionais, a periodicidade dos relatórios de evolução e acompanhamento. O PAD será revisado de acordo com a evolução e acompanhamento do paciente e a gravidade do caso, devendo conter data, assinatura do profissional de saúde que acompanha o paciente e do responsável técnico do SAD. O registro dos pacientes em atenção domiciliar e o PAD devem ser mantidos pelo SAD.

O SAD deve manter um prontuário domiciliar com o registro de todas as atividades realizadas durante a atenção direta ao paciente, desde a indicação até a alta ou óbito do paciente.

3.5. INFRAESTRUTURA, MOBILIÁRIO E EQUIPAMENTOS.

O SAD será sediado no Centro Multidisciplinar de Senador Pompeu (Policlínica) CNES 2565196, as equipes contarão com infraestrutura especificadamente destinada para o seu funcionamento que contemplarão espaço físico com 01 sala, 01 banheiro, 01 cozinha, 01 almoxarifado; mobiliários como mesa (birô), cadeiras, maca, escada com degraus, armário de 04 prateleiras, materiais permanentes e de consumo; equipamentos como smartphone,



estetoscópio, esfigmo, aspirador, nebulizador, oxímetro, termômetro, medicamentos, insumos e kit de emergência e veículo para locomoção das equipes.

3.6. EDUCAÇÃO PERMANENTE

É muito importante a qualificação do processo de trabalho da atenção domiciliar e sua viabilização como componente transversal da rede de atenção à saúde do município. A capacitação, entendida como educação permanente, tem o papel de desenvolver nos profissionais habilidades necessárias para qualificar o atendimento, tornando a prática do cuidado mais adequada. A educação permanente consiste num processo de aprendizagem visando à transformação das práticas e do processo de trabalho a partir da problematização.

Serão realizadas estratégias de capacitação e educação permanente, tais como:

- ✓ Seminário: implantação do serviço de AD;
- ✓ Oficina de capacitação para profissionais;
- ✓ Oficina de capacitação para cuidadores;
- ✓ Fórum de atenção domiciliar;
- ✓ Reuniões em coordenação do SAD;
- ✓ Reuniões periódicas da equipe;
- ✓ Oficinas temáticas;
- ✓ Oficina pedagógica cuidadores;
- ✓ Discussão de casos/situações complexas com outros pontos de atenção.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVOS GERAIS

Proporcionar atenção e vigilância a saúde no domicílio, a partir do atendimento do paciente, inscrito na Unidade de Saúde, abrangendo a unidade familiar, embasados nos princípios do SUS, por meio da atenção domiciliar. Reorganizar o processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, diminuindo a redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução da permanência na internação e a humanização da atenção (PORTARIA Nº 963, DE 27 DE MAIO DE 2013).

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS



- ✓ Implementar as ações de Atenção domiciliar no Município de Senador Pompeu;
- ✓ Capacitar os profissionais que desempenham a atenção domiciliar;
- ✓ Elaborar fluxo de recepção e avaliação de visitas domiciliares;
- ✓ Definir critérios de inclusão e alta dos pacientes em AD;
- ✓ Diminuir complicações e o período de internação hospitalar e evitar reinternações;
- ✓ Otimizar leitos hospitalares;
- ✓ Sistematizar o registro dos dados, para avaliar e organizar o SAD;
- ✓ Assistir e apoiar a família/cuidador, ajudando com as atribuições junto ao familiar acometido, em conjunto com a equipe de saúde;
 - ✓ Orientar família/ cuidador quanto aos cuidados diários (diminuir nível de estresse, oferecer treinamentos;
 - ✓ Realizar a atenção no domicílio através dos profissionais das unidades de saúde, dos núcleos de saúde da família e da EMAD;
 - ✓ Incentivar o desenvolvimento da responsabilidade da família, com relação à saúde e ao autocuidado em saúde;
 - ✓ Estabelecer e estimular mecanismos de integração entre a rede de serviços de saúde e a família, dentro de uma abordagem sistêmica de cuidados à saúde.

5. POPULAÇÃO ALVO

Pacientes que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção:

- ✓ Pessoas com dependência total ou parcial, permanente ou transitória, (agravos que impeçam a plena autonomia para locomoção e o autocuidado) e que necessitem de atendimento contínuo;
- ✓ Pessoas necessitando de cuidados especiais que possam ser desenvolvidos no domicílio;
- ✓ Pessoas consideradas em iminência de risco ou agravo à saúde, pelos profissionais das unidades de saúde, núcleos de saúde da família, profissionais dos programas da SMS, bem como instituições da comunidade e população;
- ✓ Pessoas em condições agudas e estáveis clinicamente, ou em condições crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação;



- ✓ Pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (Diabetes e hipertensão arterial), os que sofreram acidente vascular encefálico – AVE, com doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC moderada e grave, doenças neurodegenerativas, anóxia neonatal, neoplasias, feridas crônicas, insuficiência venosa e arterial, sequelas pós-traumas, síndromes genéticas;
- ✓ Idosos com demências;
- ✓ Pessoas em cuidados paliativos, com acompanhamento clínico, a fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário;
- ✓ Crianças em prematuridade e baixo peso com necessidade de ganho ponderal.

Entre outros que compõem o perfil de pacientes atendidos pelo SAD, elegível nas modalidades da AD 2 e AD 3, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento ou agregação de procedimento de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição e nutrição parenteral), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.

6. CRITERIOS DE ELEGIBILIDADE

Para a admissão no SAD, utilizamos os critérios da Portaria MS (2013) – PMC:

- ✓ Análise da utilização de serviços de saúde - número e tempo de permanência de internações no último ano (hospitalizações) e atendimentos nos serviços de urgência/emergência;
- ✓ Quadro clínico - paciente acamado, sequelado, presença de doenças agudas e crônicas, com estabilidade clínica, passíveis de tratamento em domicílio; distúrbio do nível de consciência; estabilidade hemodinâmica; padrão respiratório; comprometimento do estado nutricional;
- ✓ Suporte terapêutico - terapia medicamentosa prescrita, suporte respiratório, dependência de oxigenoterapia, hipersecreção pulmonar, necessidade de aspirações orotraqueais; ventilação mecânica domiciliar, terapia nutricional (suplementação oral/enteral), monitoramento de sinais vitais, coleta de exames;
- ✓ Reabilitação - incapacidade funcional para atividades da vida diária (AVD); plegias; necessidade de cuidados de reabilitação fisioterápica, adaptação de órteses e próteses em AD;
- ✓ Uso de drenos, cateteres e ostomias;
- ✓ Cuidados paliativos.



7. CRITERIOS DE DESLIGAMENTO / ALTA / EXCLUSÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Os critérios são:

- ✓ Mudança de área de abrangência, com a transferência à equipe responsável pela área do novo domicílio;
- ✓ Paciente não apresenta incapacidade, nem dependência total ou parcial (estando fora da população alvo);
- ✓ Descrição do domicílio: não tem infraestrutura para acomodar o paciente; não tem mínimas condições de higiene e de moradia, para realização dos procedimentos e difícil acesso geográfico;
- ✓ Inexistência de um cuidador, quando este for fundamental para manter o paciente em cuidados domiciliares;
- ✓ Impossibilidade da permanência do cuidador no domicílio;
- ✓ Não aceitação do acompanhamento;
- ✓ Recuperação das condições de deslocamento até a unidade de saúde;
- ✓ Piora clínica que justifique internação hospitalar;
- ✓ Cura ou melhora das condições clínicas e/ou estabilidade clínica, com encaminhamento para outro ponto de atenção à saúde como a atenção primária;
- ✓ A família consegue com autonomia prestar os cuidados;
- ✓ Solicitação de desligamento a pedido do paciente e/ou familiar;
- ✓ Não cumprimento das combinações construídas no plano de cuidados, após tentativas de negociação/ repactuação entre equipe/família/cuidador/usuário com o objetivo de reconstruir vínculo;
- ✓ Piora de condições domiciliares mínimas e que comprometa resolutividade e/ou segurança na atenção domiciliar, em casos específicos;
- ✓ Óbito.

Para desligamento, é necessário haver ampla discussão do caso com toda a equipe multidisciplinar; seja qual for a razão do desligamento, da exclusão ou da alta da AD, esta deve ser adequada e minuciosamente registrada no prontuário (BRASIL, 2013).

8. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR



O atendimento deve ser integral e contínuo, favorecendo arranjos domiciliares, construindo redes de apoio, facilitando o acesso, estabelecendo parcerias e vínculos. A AD, no âmbito do SUS, deverá ser organizada em três modalidades definidas a partir da caracterização do paciente, do cuidado e do tipo de atenção e procedimentos utilizados para realizar o cuidado. Para atender os objetivos da AD, a equipe responsável pela assistência tem atribuição, como trabalhar em equipe multiprofissional e integrada à rede de atenção à saúde, identificar e orientar os familiares e/ou cuidador envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando os seus limites e potencialidades, abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações (possíveis e viáveis), acolher a demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de AD, utilizar linguagem acessível para o relacionamento favorável, promover a transição do cuidado, preparando e fortalecendo o vínculo entre equipe-paciente/cuidador nos processos de alta responsável.

Considerando os critérios de elegibilidade, existem procedimentos pertinentes e possíveis de serem realizados na AD, desde que as equipes estejam qualificadas para tal, destacando os da modalidade AD2 e AD3: curativos complexos, drenagem de abscesso, monitoramento de sinais vitais; cuidados com o dispositivo de traqueostomia; adaptação ao uso de órteses/próteses; cuidados com a pele; cuidados com as sondas e ostomias; reabilitação na deficiência permanente ou transitória, adaptação ao uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica; acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso; necessidade de atenção nutricional, cuidados paliativos; administração de medicação, pelas várias vias, intravenosa, intramuscular e subcutânea e suporte ventilatório domiciliar (invasivo e não-invasivo).

Para ser acompanhado pelo serviço, o paciente precisa se enquadrar no perfil de elegibilidade, identificado pelo profissional da saúde, sendo necessário a solicitação para o SAD, através do preenchimento do Formulário de Solicitação do Serviço de Atenção Domiciliar. As solicitações são originadas pelos hospitais SUS, Centro Multidisciplinar de Saúde e Unidade Básica de Saúde (UBS) a última é a porta de entrada, considerando o paciente na comunidade. No momento da primeira visita ao paciente, a equipe deve montar e preencher o prontuário individual, com os impressos próprios do SAD, contemplando-o com todas as informações pertinentes para fornecer assistência integral e multiprofissional. O prontuário é um importante dispositivo de comunicação entre as equipes, é essencial constar no prontuário o termo de consentimento de visitas domiciliares pela equipe e assinado pelo



paciente ou pelo familiar/ cuidador, assim como os demais impressos. O registro deve ser adequado para todas as ações, incluindo indicações para a AD, avaliações realizadas, metas estabelecidas, intervenções propostas e realizadas, evolução e resultados obtidos, com o desenvolvimento do projeto terapêutico singular (PTS) da família.

8.1. PROCESSO DE TRABALHO SAD

No processo de trabalho, a atenção domiciliar pode ser um mecanismo de articulação entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), potencializando-a a partir de um cuidado compartilhado, mais horizontal, com corresponsabilização dos casos pelas equipes de saúde, envolvendo desde as equipes de atenção básica, equipes dos hospitais, unidades de pronto-atendimento e equipes especializadas (Brasil, 2012).

A equipe deve estar atenta para a renovação das práticas de saúde, transformando o processo de trabalho numa perspectiva de atenção integral, valorizando o cuidado centrado no paciente e família/cuidador, reconhecendo as dimensões humanas, biopsicológicas, socioeconômicas, políticas e culturais das pessoas envolvidas no cuidado, com o trabalho de equipes multiprofissionais na lógica da interdisciplinaridade, utilizando-se dos conceitos de humanização, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilização. O paciente/família deve ser considerado em sua singularidade, com história e autonomia, sem esquecer do seu contexto social.

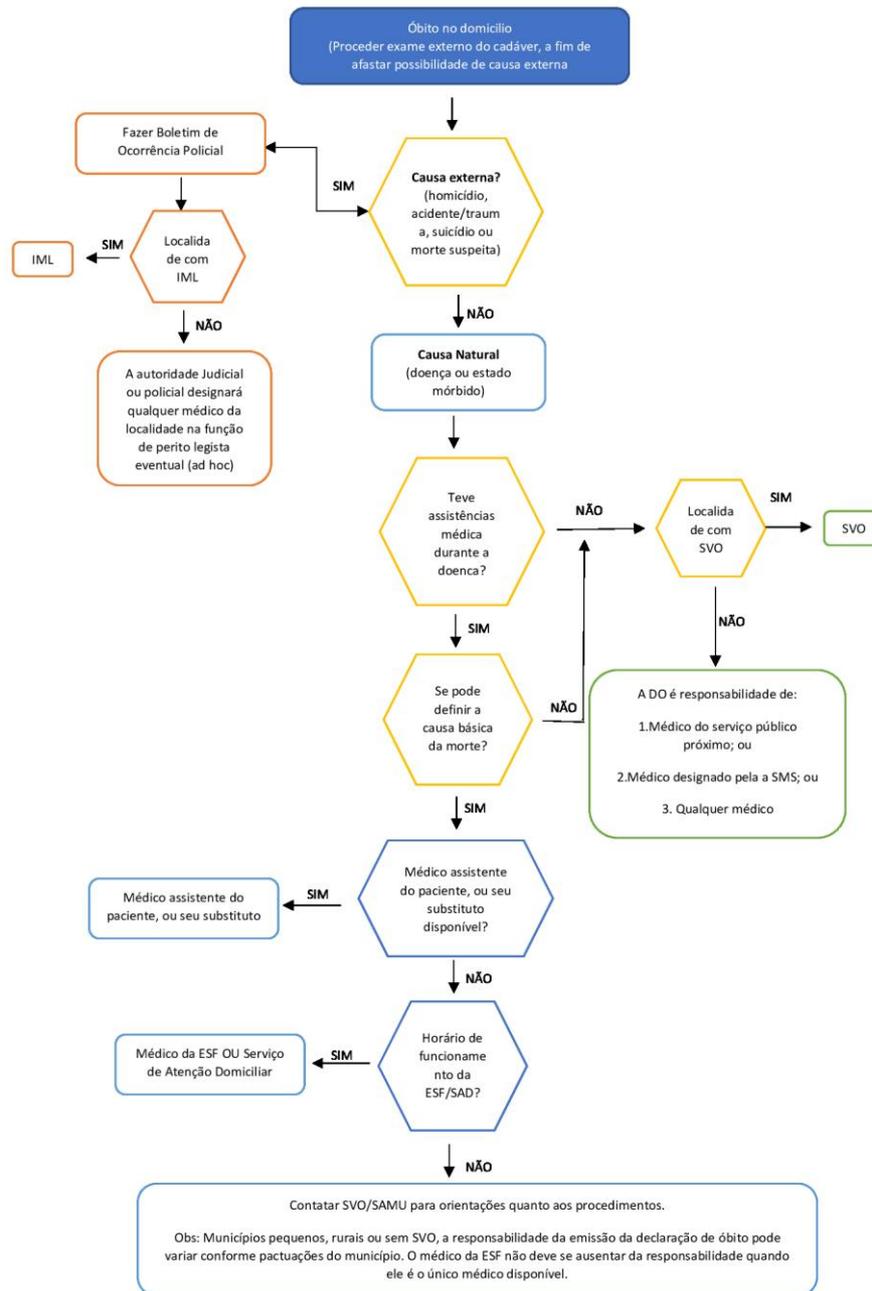
O SAD tem como finalidade à atenção integral a toda unidade familiar, iniciando-se através da atenção específica a um paciente e tomando por base a promoção do autocuidado (RIBEIRÃO PRETO, 2003). Nas Unidades de Saúde a atenção no domicílio é efetuada principalmente pela equipe de enfermagem, sendo que as decisões, atuações e encaminhamentos necessários são discutidos com o médico de referência e outros profissionais que se fizerem necessários (Ribeirão Preto, 2003).

A AD deve ter uma clientela adscrita, dentro dos critérios de inclusão, a um território de atuação determinado a UBS, com os profissionais que realizam a AD podendo atuar diretamente com a EMAD, seguindo os princípios estabelecidos, em trabalho conjunto com a família, utilizando-se dos instrumentos padronizados pelo SAD, que sistematizam os serviços prestados na lógica de hierarquização, resolutividade e continuidade da atenção primando pela multiprofissionalidade e interdisciplinaridade.



O SAD também atua no preparo conjunto e programação das altas, pelos profissionais do hospital e trabalhadores das unidades de saúde. Com o paciente ainda internado no hospital, o SAD deve viabilizar as condições necessárias do domicílio para o recebimento do mesmo. Portanto melhorar o sistema de referência e contra referência entre as unidades da rede básica e hospitalar é fundamental, a contra referência deverá ser multiprofissional, e não apenas médica, uma vez que este tipo de paciente requer cuidados específicos em diversas áreas. Da documentação, os prontuários são peças fundamentais e obrigatórias para o registro de tudo que se refere ao paciente. O prontuário deverá ser preenchido em duas vias, uma para o domicílio (prontuário domiciliar) e outra que fica com a equipe, prontuário institucional/eletrônico (BRASIL, 2013) e deverá conter os impressos do SAD, apêndices como por exemplo, o Termo de consentimento assinado pelo paciente ou seu responsável ou cuidador. Será pactuado fluxo de atestado de óbito, devendo este ser emitido preferencialmente pelo médico da EMAD ou da equipe de atenção básica do respectivo território.

FLUXOGRAMA:



8.2. O CUIDADOR E A EQUIPE

O cuidador tem papel fundamental na AD, ele pode ser ou não membro da família, é a referência para os profissionais do SAD, é a pessoa que presta os cuidados diretamente, de maneira contínua e/ou regular. A equipe deve estar atenta para suas necessidades, lembrando que o cuidado pode ser intenso e estressante, principalmente se ele não estiver preparado e se



sentindo apoiado. O cuidador necessita reestruturar sua vida para prestar o cuidado, privando-se de tempo de lazer, de exercer uma atividade laboral, sacrificando a rotina pessoal e, muitas vezes, sua saúde física, emocional e social. Dar atenção aos cuidadores, entendendo as barreiras físicas, sociais e emocionais envolvidas no ato de cuidar, torna-se imprescindível no âmbito da saúde coletiva, tanto para proporcionar maior qualidade de vida e menor sobrecarga nos cuidadores. A seguir são apresentadas algumas atividades que fazem parte da rotina do cuidador a serem realizadas de acordo com a realidade da pessoa cuidada em AD:

- ✓ Atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde;
- ✓ Escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada;
- ✓ Ajudar nos cuidados de higiene;
- ✓ Estimular e ajudar na alimentação;
- ✓ Ajudar na locomoção e atividades físicas, tais como andar, tomar sol e exercícios físicos;
- ✓ Estimular atividades de lazer e ocupacionais;
- ✓ Realizar mudanças de posição na cama e na cadeira, e massagens de conforto;
- ✓ Administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde;
- ✓ Comunicar à equipe as mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada;
- ✓ Outras situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde dessa pessoa (BRASIL, 2008, p. 10).

Ressalta-se que muitas dessas atividades podem parecer simples para os profissionais da saúde, mas são complexas para a família que nunca as realizou. Assim, é importante que os profissionais de saúde envolvidos na atenção domiciliar orientem de modo detalhado, como executar esses cuidados e supervisionem o cuidador na realização deles, para avaliar a compreensão da orientação. Assim, preservaremos a saúde do cuidador. Aos profissionais da saúde, conhecer e entender essa realidade permite um maior planejamento para implementar políticas e programas públicos de suporte social aos cuidadores e às suas famílias. (SOUZA et.al., 2015).

O SAD/ Melhor em Casa se preocupa com a atenção integral do paciente, valorizando a abordagem familiar e considerando a família como unidade de cuidado. A EMAD 2 desempenha um papel fundamental para as ações no domicílio, como dar orientação, suporte para os familiares, promover acesso, as parcerias com outras instituições e outros setores da sociedade, formando uma rede social, para que haja a atenção integral e a continuidade da assistência com qualidade.



8.3. PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DO CUIDADOR

Pensando na perspectiva de um cuidado ampliado, ser cuidador vai muito além de acompanhar atividades de pessoas hígdas, enfermas e/ou acamadas, em situação de risco/vulnerabilidade/fragilidade, seja no domicílio ou instituições (BRASIL, 2008).

Os profissionais de saúde devem orientar os cuidadores, e respeitando o potencial de cada pessoa para assumir o cuidado, individualizando as necessidades de educação e reforçando continuamente os cuidados essenciais para atender as demandas do paciente. Todas as ações serão planejadas em conjunto com o mesmo, equipe de saúde e família. Nesse planejamento deve ficar claro para todos as atividades que o cuidador pode e deve desempenhar. Serão prescritas as rotinas e quem se responsabiliza pelas tarefas. A equipe deixará claro ao cuidador que procedimentos ele não pode e não deve fazer, quando chamar os profissionais de saúde, como reconhecer sinais e sintomas de perigo. As ações serão planejadas e executadas de acordo com as necessidades da pessoa a ser cuidada e dos conhecimentos e disponibilidade do cuidador.

A qualificação de cuidadores deve estar direcionada ao desenvolvimento de habilidades para a prática de atividades do cuidado ao paciente na Atenção Domiciliar na perspectiva do empoderamento e promoção da autonomia (BRASIL, 2012). A formação se dará através da organização de cursos e capacitações que oferecerão treinamentos em serviços de apoio às atividades da vida diária, de ajuda no processo saúde/doença, e de agir como fator facilitador da integração da pessoa cuidada e suas relações com a família e sociedade. Há cuidados necessários a serem realizados no domicílio por cuidadores que não sejam profissionais de saúde. Entretanto, é importante que a equipe de saúde estimule e oriente os cuidadores para a realização dessa prática de forma segura. Segundo o Caderno de Atenção Domiciliar-Volume 2 do Ministério da Saúde, os cuidadores podem realizar ações mais comuns a partir da pactuação com a EMAD/EMAP e de capacitação prévia. Tais ações são: Higienização, troca de bolsas coletoras, banho no leito, administração de medicamentos por VO, registro dos horários de sono, frequência da diurese e evacuações, aferição da temperatura, aviso de sinais de alerta, mudança de cúbito, administração de dietas enterais e cuidados com as sondas, cateterismo vesical e intermitente: técnica limpa e hidratação da pele.



Serão realizadas capacitações também através das OFICINAS PEDAGÓGICAS DE CUIDADORES E EDUCAÇÃO CONTINUADA trimestralmente.

8.4. RECURSOS MATERIAIS, EXAMES, INSUMOS E MEDICAMENTOS

A modalidade de atenção domiciliar deve incluir procedimentos de profissionais de saúde e fornecimento de material médico-hospitalar, medicamentos, insumos e outros, necessários aos cuidados integrais do paciente em domicílio. Assim, para adequada realização do trabalho, será realizada a composição de uma lista de materiais e medicamentos que irão constar na unidade, nas visitas domiciliares e durante a realização de alguns procedimentos, que serão obtidos por meio de licitações e construindo fluxo com o hospital conveniado e UBS's para o fornecimento de insumos.

Todos os insumos, equipamentos e medicamentos necessários aos tratamentos dos pacientes em acompanhamento pelo SAD serão disponibilizados pelas equipes dentro do que está padronizado por meio da SMS, nas quantidades e frequências estabelecidas pelos protocolos assistenciais locais. Dentro do indispensável para o atendimento adequado, tanto no que se refere ao medicamentoso como aos procedimentos a serem realizados no domicílio, diante da necessidade e agravos aos quais os pacientes em AD estão suscetíveis, e aos processos que a equipe deve realizar para que o tratamento ocorra de forma resolutiva e com a máxima qualidade.

A solicitação de exames é feita através do PEC/E-SUS (Prontuário Eletrônico), e encaminhada via e-mail a Referência; sendo o Posto de Coleta do Hemoce em casos de exames laboratoriais e a Central de Regulação localizada na Secretaria da Saúde em casos de exames de maior complexidade. Os encaminhamentos para especialidades e as internações eletivas são encaminhados ao Complexo Regulador, seguindo a regionalização do município. Quando o paciente estiver internado o assistente social ou enfermeiro articulará com o enfermeiro da UBS, e planejará a visita ao hospital para conhecer o paciente e suas condições clínicas, juntamente com a equipe que o assisti para o preparo da alta responsável. Nessa fase é possível fazer a revisão dos dados hospitalares (identificação dos diagnósticos primários e secundários; história médica, exames, terapêuticas medicamentosas, as orientações recebidas, tecnologia assistida necessária, modalidades de tratamento propostas), discutir os aspectos sociais e ambientais do domicílio, verificar suporte social, dinâmica familiar e compreensão do paciente e da família sobre a doença, tratamento e prognóstico, e suas habilidades em aprender e



desenvolver os cuidados necessários, para detecção de possíveis problemas que poderão surgir no domicílio.

Fazer o levantamento das necessidades para os cuidados no domicílio, os materiais, equipamentos, retornos médicos, articulações com outros serviços, dentre outros. Posteriormente a VD deve ser executada. Neste momento, se a AD não estiver indicada a equipe do SAD discutirá com a equipe hospitalar e a família, deverá esclarecer a equipe do hospital os motivos e juntos ver outras possibilidades ou alternativas, se for o caso, fazer as articulações com outros serviços. Podendo não ocorrer a desospitalização para o domicílio.

Confirmando a necessidade da AD e as condições favoráveis, será discutido e elaborado o PT, entre os profissionais e o paciente e família/cuidador. Identificar o cuidador principal, as pessoas envolvidas no cuidado, os recursos que a família apresentar, grau de dependência, condição funcional e potencial para o autocuidado. Explicitar o que será desenvolvido pela equipe e as limitações, fluxos de VD, duração do programa de AD, isto é, falar da finitude do programa, da estabilidade clínica do paciente, que é a resposta esperada da AD; o cuidador assumindo cuidados após aprendizagem. Orientações devem ser individualizadas e relacionadas à situação apresentada. Nesse momento, deve-se explicar também sobre a alta da AD.

8.5. ELEMENTOS FUNDAMENTAIS PARA A GESTÃO DO CUIDADO NA AD

As equipes que atuam na atenção domiciliar, constantemente se deparam com situações complexas, seja pelas características clínicas dos pacientes (multipatologia, polifarmácia, patologias avançadas etc.), pelas condições socioeconômicas ou apoio familiar. Pelas características da atenção domiciliar o PTS representa um importante dispositivo que a EMAD deve utilizar ao se depararem com casos/situações mais complexas e de difícil resolução, caracterizadas pela necessidade de se acionar um conjunto de recursos disponíveis nas RAS.

O PTS é uma ferramenta para organizar o cuidado às pessoas, tanto para casos complexos, quanto para os mais simples, é uma estratégia de qualificação da equipe, identifica e amplia os recursos entre a família e os serviços, qualifica a Rede, sistematiza a atenção dos casos acompanhados, definem casos elegíveis, envolve família, outros serviços etc. Casos mais comuns, o PTS qualifica a equipe, propiciando um olhar mais amplo para Rede (BRASIL, 2007).

A elaboração do PTS é elegível para casos onde o paciente se encontra em processo de alta para AD1, ou seja, teve seu quadro estabilizado por meio do cuidado realizado pela AD,



devendo ser seguido agora pelas equipes da atenção básica. Outro caso que o PTS também é indicado, quando se trata de prognóstico fechado, ou seja, usuários para os quais existem poucas ações terapêuticas, como no caso de pacientes sem possibilidade de cura ou controle da doença. As Fases do PTS consistem:

I- Diagnóstico – o mais amplo possível - condições de saúde, educação, social etc.

II-Meta: curto, médio e longo, prazo – ser de fácil realização

III-Responsabilidades – após as metas, quais propostas? Quem irá realizar?

IV-Avaliação – fez sentido para a vida do paciente? Atingiu o objetivo?

Importante ressaltar que a construção de um PTS, sempre que possível e necessário, deve ser realizada com a participação de membros das equipes de Atenção Básica quando o paciente em AD se encontrar em sua área de abrangência (BRASIL, 2013). Dessa forma, o projeto terapêutico é enriquecido por informações e conhecimentos que só o acompanhamento integral prestado pela AB poderia fornecer, além de favorecer o cuidado partilhado entre as equipes de AD e as de AB, fortalecendo, assim, vínculos, e não os quebrando, favorecendo no processo de alta do paciente (BRASIL, 2013).

8.6. ELEMENTOS DE ABORDAGEM FAMILIAR NA AD

A abordagem familiar constitui-se em um elemento de gestão do cuidado em AD, e também de prática diagnóstica e terapêutica. A abordagem familiar domiciliar permite o conhecimento da família e das possíveis disfuncionalidades que prejudicam o bem-estar biopsicossocial de seus membros. Portanto, torna-se necessária a apropriação pelos profissionais de Saúde de algumas ferramentas específicas para abordagem familiar. São elas: o olhar sistêmico, os tipos de famílias, a estrutura familiar, a dinâmica familiar e a conferência familiar (BRASIL, 2013).

9. INDICADORES E METAS

Os indicadores devem ser utilizados como ferramenta importante para gestão e construção do processo de cuidar, pode resultar na fixação de critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores com objetivo de obter melhora no nível de saúde



da população, responder com efetividade às necessidades da população, alcançar eficiência gestora no uso de recursos escassos, entre outros.

Estabelecer metas de curto, médio e longo prazos, as metas são importantes para a aderência terapêutica, a partir da avaliação periódica dos resultados alcançados. As metas e as intervenções devem ser compartilhadas entre a equipe e a família/paciente, para o alcance de melhores resultados. A todos os envolvidos no processo cabem as responsabilidades, que devem ser esclarecidas e estabelecidas para o alcance das metas.

Durante todo o processo o plano deve ser revisado e os resultados das intervenções avaliados, para os ajustes necessários, o mais precoce possível. O SAD pode contar com alguns dos indicadores dados pela Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº. 11 de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de Serviços de Atenção Domiciliar (BRASIL, 2006)

TABELA:

INDICADOR	FÓRMULA E UNIDADE	FREQUÊNCIA DE PRODUÇÃO
Taxa de mortalidade na atenção domiciliar;	Número de óbitos de pacientes em internação domiciliar no mês/ Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês. * 100 [%]	Mensal
Taxa de internação após atenção domiciliar;	Número de pacientes em atenção domiciliar que necessitam de internação hospitalar no mês/ Todos que receberam atenção domiciliar no mês. *100 [%]	Mensal
3.Taxa de infecção para a modalidade internação domiciliar;	Número de pacientes em internação domiciliar com episódios de infecção no mês/ Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês. *100 [%]	Mensal
Taxa de alta modalidade na assistência domiciliar	Número de pacientes em assistência domiciliar que receberam alta no mês/ Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês. *100 [%]	Mensal
5.Taxa de alta modalidade internação domiciliar	Número de pacientes em internação domiciliar que receberam alta no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês. *100 [%]	Mensal
6. Estabelecer o fluxo de reparo de altas hospitalares com os principais hospitais SUS e fortalecer o sistema de referência e contra referência na rede de saúde	Percentual de fluxos estabelecidos. [%]	Mensal
Taxa de visitas domiciliares realizadas em Oxigenoterapia domiciliar Prolongada – ODP	Número de pacientes em uso de ODP/ Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês. *100 [%]	Mensal
Taxa de satisfação do paciente/usuário da AD; Taxa de VD solicitadas/ atendidas;	Número de pacientes em internação domiciliar satisfeitos/Número de visitas solicitadas/atendidas. Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês. *100 [%]	Mensal

1- Pacientes que receberam atenção domiciliar no mês: considerar o número de pacientes do dia 10 de cada mês.



10. PADRONIZAÇÃO DAS AÇÕES NO SAD

Os protocolos de organização de serviços e os procedimentos operacionais padrão (POP) têm como foco principal a padronização de condutas clínicas, ambientes, ambulatoriais e hospitalares, devendo contemplar também os Serviços de Atenção Domiciliar. Esses instrumentos devem seguir as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e os pressupostos da Atenção Domiciliar. São estratégias essenciais tanto no processo de planejamento, de implementação e de avaliação das ações do processo de trabalho e obtenção da qualidade dos serviços (BRASIL, 2013).

O protocolo clínico é uma potente ferramenta para o atendimento integral e humanizado, além de proporcionar a autonomia dos profissionais, o gerenciamento e monitoramento das coberturas, priorizando a manutenção e adequação dos produtos necessários para esta assistência. O POP consiste em procedimentos e responsabilidades da equipe, devendo ser atualizados e revisados por profissionais habilitados na área específica de que trata o manual, sendo a base para garantir a padronização das tarefas e, conseqüentemente, assegurar aos usuários um serviço livre de variações indesejáveis na sua qualidade final. (BRASIL, 2013).

O paciente e a família /cuidador devem ser orientados adequadamente de que a Unidade de Saúde da área de abrangência do seu domicílio fará visitas semanais, e que o cuidado diário do paciente será de responsabilidade da família, devidamente orientada e preparada (mudanças de posicionamentos, transferências no leito, curativos, alimentação por sonda, troca de cânulas internas de traqueostomia, cuidados de higiene pessoal, cuidados com a pele, cuidados com o ambiente, etc.). Quando o enfermeiro ou equipe de enfermagem identificar a necessidade de fisioterapia, fonoaudiologia, dentista, assistência social, deverá solicitar a Visita Domiciliar do profissional em questão. A fisioterapeuta do SAD fará avaliação e acompanhamento dos pacientes acamados e aqueles que apresentam dificuldades motoras, conforme Protocolo de Atendimento de Fisioterapia do SAD.

10.1 FLUXOGRAMA DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (Apêndice A)

A solicitação para o SAD-RP intra-hospitalar ou extra-hospitalar (quando o paciente se encontra no domicílio, podendo ser solicitada através da unidade de saúde (UBS/ESF).



O profissional deve preencher o Formulário de Solicitação do Serviço de Atenção Domiciliar (Apêndice B) e deverá encaminhá-lo para o Serviço de Atenção Domiciliar Melhor em Casa. Na avaliação do Formulário de Solicitação do Serviço de Atenção Domiciliar, deve ser verificado os seguintes itens:

- ✓ Dados do paciente;
- ✓ Dados do profissional solicitante;
- ✓ Dados clínicos;
- ✓ Grupo/especificação.

Esses são dados relevantes para o atendimento integral do paciente. O acompanhamento médico, da Unidade de Saúde é fundamental para que os profissionais que fazem a VD tenham um médico de referência para discussão do caso, conhecer a patologia de base, condutas médicas e outras. Para inclusão no SAD verificar se o paciente se enquadra na população alvo e os critérios de exclusão. Na visita domiciliar, o enfermeiro realiza o atendimento, se for um atendimento pontual e/ou não houver a indicação do cadastro no SAD, porque não atende aos critérios, encerra-se o caso.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretendemos, com esse Manual, descrever a atual condição do Serviço de Atenção Domiciliar em Senador Pompeu, visando à implementação do mesmo, com a finalidade de concretizar transformações desejadas, relacionada aos pacientes, a família ou cuidadores, às instituições de saúde e instituir indicadores da AD para avaliação do processo de cuidar. Sendo importante aperfeiçoar as relações no cotidiano entre cuidador/pessoa cuidada, equipe/pessoa cuidada, família/pessoa cuidada, cuidador/família, equipe/família, para estabelecer vínculo, centrar o cuidado na demanda e necessidade da pessoa cuidada, para garantir o cuidado integral.

Os desafios do cuidar no domicílio estão relacionados à construção de um projeto de cuidados em comum e integralidade da atenção, com valorização do trabalho em equipe, com responsabilidade do serviço de saúde, da família e da pessoa cuidada. Quando há comprometimento das pessoas, com a proposta de trabalho em rede e linha de cuidado se promove vínculos, acessos, autonomias, independência e melhoria da qualidade de vida.



12. REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. M., et al. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. Rev. Bras. Enferm [Internet]. 2017 jan-fev;70(1):210-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº. 11 de novembro de 2006. Anexo da RDC – Indicadores. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Serviços de Atenção Domiciliar. Diário Oficial da União; Poder executivo, Brasília, DF, 30 de janeiro de 2006. Seção 1, p.1-2 (suplemento). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html Acesso: 09 de novembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA GM/MS Nº 1.600, DE JULHO DE 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília – DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Caderno de atenção domiciliar, vol.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília – DF, 2013.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Segurança do paciente no domicílio. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria GM/MS Nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília - DF, 2016.

FLORIANO, L. A.; et al. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da Estratégia de Saúde da Família. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Jul-Set; 21(3): 543-8.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Serviço de Assistência Domiciliar. Ribeirão Preto - SP, 2003.

PAZ, A. A; SANTOS, B.R.L. Programas de cuidado de enfermagem domiciliar. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília - DF. 2003; 56(5): 538-541.

SOUZA, L. R., et al. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. Cad. Saúde Colet., 23 (2): 140- 149; Rio de Janeiro, 2015.

_____. Universidade Federal de Santa Catarina. **Curso de Especialização em Atenção Domiciliar/UFSC**. Módulo 02, Implantação e Gerenciamento do SAD. Florianópolis, 2015. Disponível em: <https://unasus.ufsc.br/espatencaodomiciliar/files/2017/03/M%C3%B3dulo-2_Aten%C3%A7%C3%A3o-Domiciliar.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.



13. APÊNDICES

São alguns dos apêndices do SAD / Melhor em Casa – Senador Pompeu:

- ✓ Fluxograma de Acesso ao SAD – apêndice A;
- ✓ Formulário de Solicitação do Serviço de Atenção Domiciliar– apêndice B; Folha de Rosto – apêndice C;
- ✓ Avaliação do Domicílio e da Família – apêndice D;
- ✓ Termo de Consentimento Livre e Informado - apêndice E;
- ✓ Evolução/Anotações do Paciente/Cuidador do SAD – apêndice F;
- ✓ Ficha de Avaliação e Acompanhamento de Pessoas com Feridas - apêndice G; Primeira Consulta de Enfermagem no Domicílio - apêndice H;
- ✓ Boletim do SAD – apêndice I.



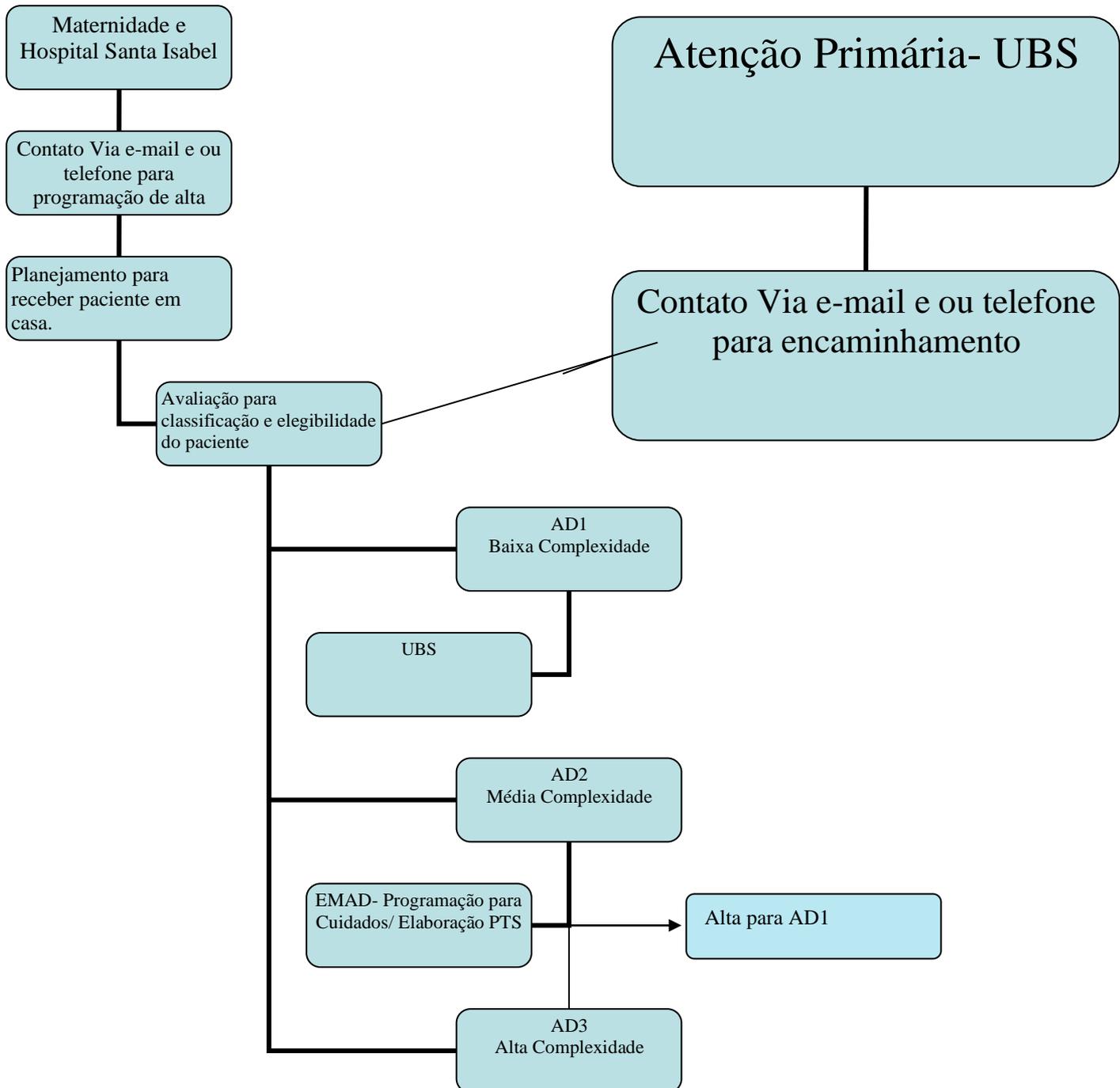
Estado do Ceará
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria da Saúde





Apêndice A – Fluxograma do Serviço de Atenção Domiciliar

FLUXOGRAMA EMAD





Apêndice B – Formulário de Solicitação do Serviço de Atenção Domiciliar

FORMULARIO DE SOLICITAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR- SAD

DADOS DO PACIENTE

Nome: _____

DN: ___/___/___ ID: ___ CNS _____ CPF: _____

Cuidador Responsável: _____ Parentesco: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Complemento: _____

Telefone de Contato: _____ UBS de Referencia: _____

DADOS DO MÉDICO (a) SOLICITANTE

Nome: _____

Registro Profissional: _____

Unidade: _____

Telefone: _____ e-mail: _____

DADOS CLINICOS

Diagnóstico: _____ CID: _____

Relatório Médico:

Em uso de : SNG/SNE () SVD () o2 () TQT () Aspirador ()

Modalidade: AD1 () AD2 () AD3 ()

Retorno com Especialista?

Orientação de Enfermagem?



Apêndice C- Avaliação do Domicílio e da Família

FOLHA DE ROSTO – PRONTUÁRIO DO SAD

FOLHA DE ROSTO – PRONTUÁRIO DO SAD – EMAD - ____

DADOS DO PACIENTE:

NOME: _____

DN: ____/____/____ HYGIA: _____ CARTÃO SUS: _____

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: _____

ENDEREÇO: _____ N.º _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

UNIDADE REFERÊNCIA: _____ DISTRITO: _____

TELEFONE RESIDENCIAL: _____ CEL: _____ RECADO: _____

GRAU DE ESCOLARIDADE: _____ CONVÊNIO _____

ESTADO DE SAÚDE/QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____

COMORBIDADES: () DM () HA () DISLIPIDEMIA () OBESIDADE GRAU () TABAGISMO
() ALCOOLISMO () SEDENTARISMO () OUTROS - ESPECIFICAR: _____

Dados sobre a habitação

1 - Tipo: () casa () apartamento () barraco () outros: _____

2 - Nº de cômodos: _____

3 - Moradia: () própria () alugada () invadida () cedida () ILPI

4 - Ventilação: () adequada () inadequada

5 - Iluminação: () natural () artificial

6 - Rede elétrica: () oficial () clandestina

7 - Rede de esgoto: () sim () não

8 - Água: () filtrada () torneira () fervida

9 - Animais domésticos () não () sim, quais: _____

10 - Condições de higiene () boa () ótima () regular () ruim

Composição familiar:

Nome	Sexo	Idade	Parentesco



Situação Social:

Profissão: _____

() Empregado/ocupação atual: _____

() Desempregado () Aposentado () Pensionista () Trabalho informal

Renda familiar (de todos os moradores da casa): _____

Benefícios:

() Bolsa Família () Viva Leite () Benefício de Prestação Continuada

() Outros: _____

Tem processo judicial? _____, qual? _____

Estilo de vida:

Tabagismo: () Nunca fumou () Atual () Prévio, parou há: _____

Etilismo: () Nunca bebeu () Atual () Social () Prévio, parou há: _____

Grau de dependência:

() Dependente total (acamado, não deambula)

() Dependente parcial (fica em pé, mas necessita de auxílio de outra pessoa e de órtese p/ andar)

() Independente parcial (usa bengala, andador, cadeira de rodas, etc.)

() Independente total (SEM necessidade de apoio e/ou dificuldade motora para deambulação)

Fisioterapia:

() respiratória () motora local de realização: _____ nº/semana: _____

Ventiladores: () CPAP () BiPAP observação: _____

Nutrição: () VO () SNE, nº: _____ () gastrostomia, nº: _____

Dieta: artesanal () industrializada () nome da dieta _____

Traqueostomia: () metálica () PVC _____ nº: _____

Frequência de troca _____ Local de troca _____

Realizado por: _____

Sonda vesical: () de alívio () de demora, nº: _____

() fralda () colostomia () cistostomia

Orientações: _____

Nome do entrevistado: _____

Data: ___/___/___ responsável pelo atendimento _____



Apêndice D- Termo de Consentimento Livre e Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

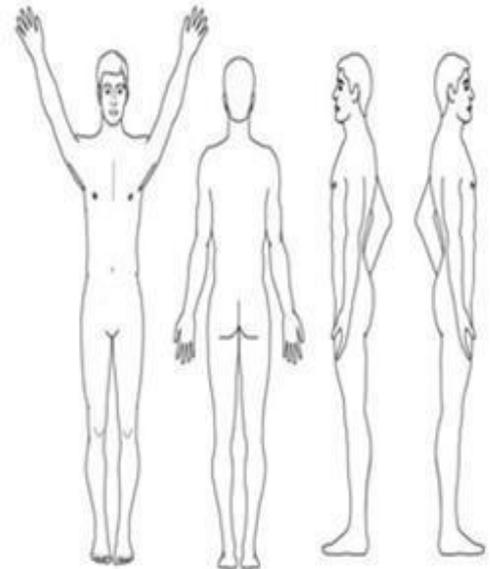
Eu, _____, CPF: _____, residente à _____, responsável pelo paciente _____, hygia _____, autorizo a visita domiciliária pela equipe do SAD em minha residência, assim como tirar fotografias do posicionamento do paciente no domicílio e na execução de procedimentos. Declaro ter sido previamente informado sobre os procedimentos da visita, fotos e respectivas informações, tais como o sigilo da identificação do paciente e as informações pessoais. Podendo os dados não identificados, serem utilizados apenas com o propósito científico.

Comprometo-me a seguir as orientações recebidas pela equipe em relação à saúde do paciente informando imediatamente qualquer alteração, seja da condição de saúde do paciente, como alteração na prescrição médica, internação hospitalar, alta ou óbito, assim como mudança de endereço e outros.

Apêndice E- Ficha de avaliação e acompanhamento de pessoas com feridas.

Ficha de Avaliação e Acompanhamento de Pessoas com Feridas

Unidade: _____
 Nome: _____ idade: _____
 Matrícula: _____ Data Ferimento: _____ Tratam. : início- _____ alta: _____
 Realização Curativo: Unidade de Saúde () Domicílio ()



Exame dos Pés

Anote a presença (P) ou ausência (A)

Marque a área de teste na figura abaixo
 sim não

() História prévia de úlcera
 () Sensibilidade protetora
 () Calosidades
 () Deformidades
 () Calçados
 () Pulsos (tibial posterior/pedioso)
 () Micoses, rachaduras, fissuras, pele seca

Fonte: Projeto - Salvando o Pé Diabético - DF



DIREITO ESQUERDO

Doenças e Antecedentes

Alcoolismo () Hipertensão ()
 Tabagismo () Doenças Vasculares ()
 Diabetes ()
 Outros _____

Mobilidade

Deambula ()
 Deambula c/ auxílio ()
 Acamado Parcial ()
 Acamado Total ()

IMC: _____

Ingesta (Vide Escala de Braden):
 () muito pobre () pobre () boa () excelente

Tipos/Causas de Feridas

IC - Incisão cirúrgica
 A - Abrasão UP - Úlcera de pressão Bolha
 L - Laceração UN - Úlcera neuropática
 CO - Contusão UA - Úlcera arterial D- Descolância
 Q - Queimadura UV - Úlcera venosa
 F - Fixadores
 C - Cisalhamento

Estágios da Úlcera de Pressão - UP

Estágio I - avermelhamento em pele íntegra
Estágio II - bolhas / lesão de pequena espessura (epiderme / derme)
Estágio III - lesão total de pele abrangendo subcutâneo
Estágio IV - lesão total de pele envolvendo músculos, tendões e /ou ossos.

Descrição da Ferida

Cor: R - rósea A - amarela C - cinza P - preto/necrose V - vermelha
Odor: D - discreto M - moderado F - forte
Exsudato: S - seroso SS - serossanguinolento P - purulento
QUANTIDADE: N - nenhum P - pouco ME - média G - Grande
Pele Redor: N - normal V - vermelha I - induração M - macerada
ED - edema H - hematoma C - cianose B - bolha F - frio Q - quente

DATA	LOCAL	TIPO / CAUSA	ESTAG UP	COR	ODOR	EXSU DATO	TAMANHO (C.L.P) (em cm)	PELE RED	LOJA	DOR	PRESCRIÇÃO / CONDUTA	RETOR NO	RESPON SÁVEL



Apêndice F- Primeira Consulta de Enfermagem no Domicílio

CONSULTA DE ENFERMAGEM NO DOMICÍLIO

NOME: _____ HYGIA: _____
 ENDEREÇO: _____ Nº _____ BARRIO: _____
 TELEFONE: _____ UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____
 DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO: _____
 ONDE FAZ ACOMPANHAMENTO MÉDICO? _____ NOME DO MÉDICO: _____ CRM: _____
 ACOMPANHADO EM ALGUM PROGRAMA DE SAÚDE? () SAD () OCP () DST/AIDS () TB () SAÚDE DO IDOSO () ESF () EACS
 TABAGISTA: () SIM () NÃO () QUANTO TEMPO: _____
 HAS: () SIM () NÃO DM: () SIM () NÃO TIPO: _____ ETILISMO: () SIM () NÃO QUANTO TEMPO: _____
 ALERGIAS: () ALIMENTOS () MEDICAMENTOS () MEDICAMENTOS TÓXICOS OUTROS ESPECIFICAR: _____
 ESTEVE INTERNADO NO ÚLTIMO ANO? () SIM () NÃO MOTIVO: _____ MEDICAMENTOS EM USO: _____

AValiação GERAL

() CALMO () COMUNICATIVO () EXTROVERTIDO () INTROVERTIDO () ORIENTADO () DESORIENTADO () SONOLENTO () AGITADO () TREMORES () LETARGIA ALIMENTAÇÃO: () RUIM () REGULAR () BOA () SNG () GASTROSTOMIA () VIA ORAL
 MOBILIDADE FÍSICA
 DEAMBULA: () SIM () NÃO () AUXÍLIO DISPOSITIVOS: _____
 MARCHA: () SIMÉTRICA () ASSIMÉTRICA
 PARESIA: () SIM () NÃO () D () E PARESTESIA: () SIM () NÃO () D () E ACAMADO: () SIM () NÃO CADEIRANTE: () SIM () NÃO
INTEGRIDADE DA PELE
 () ÍNTEGRA () PREJUDICADA ESPECIFICAR: _____
 ELASTICIDADE: () NORMAL () HIPERELÁSTICA () INELÁSTICA
 TURGOR: () NORMAL () DIMINUÍDO
 UMIDADE: () NORMAL () RESSECADA () MACERADA TEXTURA: () LISA () ÁSPERA COLORAÇÃO: () CORADA () CIANÓTICA () ICTÉRICA () DERMATITE OCRO () DESCORADA
 () ERITEMA () EQUIMOSE NECESSIDADE DE OXIGENAÇÃO
 () TRAQUEOSTOMIA () VENTILADOR () ODP () EUPNEICO () DISPNEICO () BRADPNEICO () TAQUIPNEICO () TORÁCICA () ABDOMINAL () TÓRACO-ABDOMINAL **ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS**
 URINÁRIAS: () ANÚRIA () DISÚRIA () OLIGÚRIA () HEMATÚRIA
 INTESTINAIS: () PASTOSA () LÍQUIDAS () FORMADAS () MELENA FREQUÊNCIA: /DIA () CONSTIPAÇÃO CONTROLE ESFINCTERIANO: () SIM () NÃO SONDAS: _____

SINAIS VITAIS

PA	MM/HG	FC	BPM	FR	MOV/MIN	T	°C

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: _____

EVOLUÇÃO: _____

DATA DA VISITA: ____ / ____ / ____ RESPONSÁVEL: _____

