

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO RIO
GRANDE DO SUL – CÂMPUS PORTO ALEGRE

ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO DOMICILIAR COM ÊNFASE EM GESTÃO DE
REDES

PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO MELHOR EM CASA NO
MUNICÍPIO DE GRAVATAÍ/RS

ELIANE ANDRADE DO NASCIMENTO

ORIENTADOR: SATI JABER MAHMUD

PORTO ALEGRE

2015

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	03
2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	05
2.1 Dados Sócio Demográficos	05
2.2 Descrição dos Serviços de Saúde Disponíveis	06
2.3 Perfil Epidemiológico do Município	07
3. OBJETIVOS DO PROJETO	08
4. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DO PAD	09
4.1 Equipes	10
4.2 Estabelecimentos de Saúde inscritos no SCNES vinculados ao SAD	10
4.3 Quadro de Pessoal dos Serviços de Atenção Domiciliar	11
4.4 Descrição do Funcionamento do SAD	12
4.4.1 Critérios de Inclusão	14
4.4.2 Critérios de Alta	15
4.4.3 Critérios de Exclusão	16
4.5 Mobiliários, Equipamentos e Veículos	16
4.6 Unidades de Atenção Básica e de Especialidades e de Diagnóstico Complementar de referência formal dos Serviços de Atenção Domiciliar.	18
4.7 Unidades de Urgência e Emergência de referência formal dos Serviços de Atenção Domiciliar.	18
4.8 Modelo de Prontuário	19
4.9 Programa de Qualificação do Cuidador	19
4.10 Programa de Educação Permanente para as Equipes	20
5. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DO SAD	21
6. PROPOSTA LOCAL DE ACOMPANHAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO SAD	22
6. REFERÊNCIAS	23
ANEXO 1 – Serviços de Saúde do Município	25
ANEXO 2 – Modelo de Prontuário	28

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas testemunhamos grandes avanços do Sistema Único de Saúde, em relação a ampliação dos serviços de saúde ofertados, o aumento do acesso da população, bem como o expressivo crescimento da rede de atenção básica, através da Estratégia de Saúde da Família. Entretanto, ainda lutamos para transformar a forma como se produz saúde no Brasil, que, ainda hoje, trabalha sob um modelo de atenção à saúde, predominantemente, hospitalocêntrico e fragmentado.

As constantes mudanças no perfil da população brasileira exigem também mudanças na forma de oferecer saúde aos brasileiros. Se outrora a clientela era composta principalmente por crianças e adultos jovens, e o perfil epidemiológico apontava o predomínio de doenças infecto-contagiosas, hoje nos deparamos com uma grande população idosa, portadora de doenças crônicas, além de crianças e adultos jovens com sequelas da violência.

Tais transições epidemiológicas e demográficas, reforçadas pela necessidade de reorientação do modelo de atenção à saúde, evidenciam a necessidade de criar novas formas de cuidar em saúde, assim como de constituir novos fluxos de articulação das RAS (Redes de Atenção à Saúde), visando a integralidade no cuidado. Neste contexto, a Atenção Domiciliar desponta como uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (UNASUS, 2015).

O Programa Melhor em Casa foi instituído pelo Governo Federal através da Portaria 2.029/2011, alterado pela Portaria 2.527/2011 e atualmente regulamentado pela Portaria 963/2013. A proposta é ofertar um atendimento domiciliar multiprofissional às pessoas com necessidade de reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica, entre outros. O programa busca preservar o vínculo familiar através do cuidado mais próximo da rede de apoio (BRASIL. Ministério da Saúde. Anvisa 2011).

O modelo de atendimento domiciliar proposto pela Portaria 963/2013, apresenta três classificações de atendimento em Atenção Domiciliar (AD). Os três tipos de modalidade se diferenciam em sua complexidade e nas demandas de cuidados, conferindo a necessidade de abordagens diferentes, materiais e práticas diversas, etc (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013).

Na tabela abaixo, pode-se observar tais distinções.

Tabela 1: Modalidades de atendimento em Atenção Domiciliar

MODALIDADE	RESPONSÁVEL	PERFIL DO USUÁRIO	PERMANÊNCIA E VÍNCULO
AD 1	ESF + NASF	Crônico, estável, pouco complexo	Longa, habitualmente definitivo
AD 2	EMAD + EMAP	Agudo, crônico agudizado	Curta, Transitório
AD 3	EMAD + EMAP	Crônico complexo, maior uso de tecnologia	Longa, transitório ou definitivo

Os pacientes em tratamento nas modalidades AD2 e AD3 são atendidos pela EMAD – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar – que poderão contar com o suporte da EMAP – Equipe Multiprofissional de Apoio.

A EMAD é a principal responsável pelo cuidado do paciente domiciliado. A diferença entre as EMADs e as equipes de atenção básica está no tipo de atendimento prestado (especializado para pacientes domiciliados) e na composição da equipe profissional, que deverá conter, minimamente: 1 ou 2 profissionais médicos, com somatório de carga horária semanal de, no mínimo, 40 (quarenta) horas; 1 ou 2 profissionais enfermeiros, com somatório de carga horária semanal de, no mínimo, 40 (quarenta) horas; 3 ou 4 técnicos de enfermagem (pois pode ser 3 profissionais de 40h ou 4 profissionais de 30h); Profissional fisioterapeuta e/ou assistente social, com somatório de carga horária semanal de, no mínimo, 30 (trinta) horas (BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2013).

A EMAP deverá oferecer apoio à EMAD, bem como às equipes de atenção básica (inclusive equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família). Sua composição mínima deverá conter 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos entre oito diferentes ocupações: Assistente social; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Odontólogo; Psicólogo; Farmacêutico; e Terapeuta ocupacional (BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2015).

2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

2.1 Dados Sócio Demográficos

O município de Gravataí faz parte da 10ª Região de Saúde, que reúne os cinco municípios do Vale do Gravataí e a Capital Porto Alegre. A região é coordenada técnica e administrativamente pela 2ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (2ª CRS), que também é responsável pelos dezenove municípios da 9ª Região de Saúde, com os municípios da região carbonífera.

Gravataí possui uma área de 497,82 km², com uma população de 269.022 habitantes (BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS, 2015a). Localizada 22 km a noroeste da Capital Porto Alegre, tendo as rodovias BR 290 e RS 020, 030 e 118 como principais vias de acesso, e limitando-se ao norte com os municípios de Novo Hamburgo e Taquara, ao leste com Glorinha, e a oeste com Cachoeirinha e Sapucaia do Sul.

Figura 1 – Posicionamento Geográfico de Gravataí



Fonte: Google

Em sua última estimativa, acerca da situação dos municípios, realizada em 2010, o CENSO apontou que apenas 4,76% da população gravataiense residia em área rural. A densidade demográfica do município estimada para o ano de 2013 é de 580,41 hab/Km², sendo apontada como a 6ª cidade gaúcha mais populosa e a 12ª mais povoada pelo DATASUS (BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS, 2015a).

De acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), 49% da população gravataiense conta com rede de abastecimento, 50,4% utilizam de poço ou nascente e 0,6% utilizam de outro tipo de meio para o abastecimento de água em suas

residências. A mesma pesquisa revelou que 98,8% da população do município têm acesso a energia elétrica em suas residências e que 98,4% da população é atendida pelo serviço de coleta de lixo. (BRASIL. Ministério da Saúde. SIAB, 2015)

Em relação ao tipo de habitação, verifica-se que 60,4% das residências são construções de tijolo; 38,2% são residências de madeira e 1,4% são construções de outros tipos de materiais (taipa e/ou material impróprio). O serviço de rede de esgoto atende 37,7% da população, 58,2% utilizam de fossas e 4% da população reside em área com esgoto a céu aberto. (BRASIL. IBGE, 2015).

A taxa de analfabetismo de Gravataí é de 3,07% (BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS, 2015). O valor do rendimento nominal mediano por capita dos domicílios particulares permanentes em área urbana é de R\$600,00 (BRASIL. IBGE, 2015).

2.2 Descrição dos Serviços de Saúde Disponíveis

A Rede de Atenção em Saúde no município é organizada a partir do Departamento de Atenção em Saúde, que reúne as direções de todas as áreas de atenção e dos responsáveis pelas Políticas de Saúde.

A estrutura completa se divide em sete Políticas e três Direções: Política de Saúde Mental; da Criança e Adolescente; da Saúde da Mulher; da Saúde do Homem; da Saúde do Idoso; Direção de Atenção Básica; da Urgência e Emergência e de Serviços Especializados. (GRAVATAÍ. Conselho Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde, 2014).

Gravataí possui 14 Unidades Básicas de Saúde; 12 unidades de saúde da família; 1 Pronto Atendimento Municipal (24hs); 7 unidades de SAMU (24 hs); central de ambulâncias (24 hs); 1 unidade de vigilância em saúde e epidemiologia; 1 farmácia municipal; CAPS AD; CAPS i; CAPS II; SAE – DST/AIDS e Tuberculose; Policlínica Municipal; Centro Especializado de Nutrição e Qualidade de Vida; Centro do Idoso; Centro de Especialidades Odontológicas; Centro de Saúde do Trabalhador. (GRAVATAÍ. Conselho Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde, 2014).

Até o primeiro semestre de 2013, a Estratégia Saúde da Família de Gravataí contava com 23 equipes de saúde da família habilitadas junto ao Ministério da Saúde, 9 equipes de saúde bucal e 113 agentes comunitários de saúde, cobrindo cerca de 30% da população, com projeto de ampliação aprovado para cobertura de 35% até o final de 2013. (GRAVATAÍ. Conselho Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde, 2014).

Gravataí possui um único hospital geral de porte médio que conta com 193 leitos de internação, 10 leitos de UTI, 30 leitos de emergência, 8 sala de cirurgia, 2 salas de CO, 31 pontos de diálise e 21 leitos de recuperação cirúrgica, além de consultórios e especialidades médicas. Trata-se de uma entidade da iniciativa privada, que possui convênio com a prefeitura municipal e destina cerca de 60% dos leitos aos usuários do Sistema Único de Saúde. (Hospital Dom João Becker, 2015)

Também está disponível para a população o Serviço de Urgência e Emergência (SUE) 24 horas, que prioriza o atendimento de casos graves, recebendo também pacientes de cidades vizinhas.

Maiores detalhes sobre os serviços de saúde, seus fluxos e a maneira como se articulam, podem ser conferidas nas tabelas, presentes no Anexo A.

2.3 Perfil Epidemiológico do Município

Para definir o perfil de morbidade de Gravataí, usamos como base os dados oficiais do ano de 2014. Os números apontados abaixo referem-se a informações de saúde da população por local de residência, podendo conter informações de internações de dentro e fora do município.

De acordo com o DataSUS/TabNet, a principal causa de internação hospitalar no ano de 2014 foram casos relacionadas à gravidez, parto e puerpério, somando 2.376 novas internações no período. Doenças do aparelho circulatório alcançaram a segunda maior causa de internação, com 2.000 internações durante o ano e com 1.651 internações, doenças do aparelho digestivo apontaram como a terceira maior causa (BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS, 2015b).

Outras condições de saúde se destacaram como importantes causas de internação hospitalar. São elas: Doenças do aparelho respiratório que somaram 1.307 internações durante o ano; Lesões por envenenamento (1.116) e Neoplasias (1.115) (BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS, 2015b).

As informações mais atuais de natalidade no município datam do ano de 2013, quando ocorreram 3.590 nascimentos de crianças vivas, filhas de mãe residentes no município. Neste período observa-se uma boa adesão das gestantes ao pré-natal, apontando que 19% destas realizaram de 4 a 6 consultas e 73% realizaram 7 ou mais consultas (BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS, 2015b).

Neste mesmo ano ocorreram 1.802 mortes de pessoas residentes em Gravataí. Destas, cerca de 28% estão relacionadas a Doenças do Aparelho Circulatório; 19,5% relacionadas a Neoplasias (tumores); e 15,5% a Doenças do Aparelho Respiratório. No primeiro grupo – Doenças do Aparelho Circulatório – destacam-se as vítimas de doenças isquêmicas do coração e doenças cerebrovasculares, estando mais presentes em pacientes com 50 anos ou mais (BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS, 2015b).

3. OBJETIVOS DO PROJETO

A modalidade de cuidado na Atenção Domiciliar visa:

- Contribuir para a (re) organização da assistência intra-hospitalar, com a finalidade de preparar o paciente, a família/cuidador para a alta hospitalar e assim, facilitar a continuidade de assistência no domicílio;
- Organizar o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, favorecendo a construção de espaços coletivos para gestão da produção de cuidados, compromisso e responsabilização;
- Garantir a continuidade de assistência no domicílio, buscando a interface entre a rede pré-hospitalar, hospitalar e básica de saúde;
- Contribuir na formação de profissionais na área da saúde, inserindo a internação domiciliar como cenário de cuidado-aprendizagem;
- Proporcionar a participação do paciente, família/cuidador no esforço da recuperação, visando à parceria terapêutica e a autonomia pelo autocuidado;
- Reinsere o paciente em seu círculo familiar e social, visando uma recuperação mais rápida do paciente, por estar em seu ambiente e não sujeito ao stress de uma internação hospitalar;
- Reduzir o tempo de internação hospitalar, as re-internações e conseqüentemente os riscos de infecções hospitalares e o custo da assistência; Proporcionar a educação em saúde ao paciente, família e cuidador;
- Reduzir do número de internações prolongadas e conseqüentemente redução nos custos com hospitalidade, segurança, limpeza, alimentação e outras despesa relacionadas a internação hospitalar
- Promover a humanização no atendimento e acompanhamento de pacientes cronicamente dependentes de hospital.

4. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR:

Roteiro Técnico para elaboração do projeto de implantação do programa de atenção domiciliar

MUNICÍPIO/UF	Gravataí/RS	
POPULAÇÃO	269.022 habitantes	
COORDENADOR/REFERÊNCIA TÉCNICA DA ATENÇÃO DOMICILIAR		
CONTATO (TEL+EMAIL)		
PROPONENTE	SMS	X
	SES	
	DF	
NÚMERO DE EMAD PROPOSTAS	03 Equipes	
NÚMERO DE EMAP PROPOSTAS	01 Equipe	
AS EQUIPES PRONTAS JÁ ESTÃO EM FUNCIONAMENTO?	Não.	
EQUIPES+TRABALHADORES QUE ÀS COMPÕE:	Estão descritas na TABELA 01	
COBERTURA DA AD NO MUNICIPIO (NÚMERO DE PESSOAS COBERTAS PELAS EMAD/POPULAÇÃO TOTAL DO MUNICIPIO X 100)	META DE 100% DE COBERTURA	
EXISTENCIA DA SAMU	SAMU MUNICIPAL	
	ESTÁ LOCALIZADO NA ABRANGÊNCIA DE SAMU REGIONAL	SIM
	POSSUI SERVIÇO MÓVEL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS	SIM
Existência de hospital regional	SIM	X
	NÃO	

4.1 Equipes

Em virtude do tamanho de sua população, o município de Gravataí poderá ter até três EMAD's e ainda uma EMAP, que deverão ser composta da seguinte maneira:

EQUIPE	PROFISSIONAIS	CARGA HORÁRIA
EMAD1	Enfermeiro	40h
	Médico	40h
	Assistente Social	30h
	Técnico Enfermagem	120h
EMAD2	Enfermeiro	40h
	Médico	40h
	Fisioterapeuta	30h
	Técnico Enfermagem	120h
EMAD3	Enfermeiro	40h
	Médico	40h
	Fisioterapeuta	30h
	Técnico Enfermagem	120h
EMAP	Fonoaudiólogo	30h
	Psicólogo	30h
	Odontologista	30h
Equipe de Suporte	Motorista	180h
	Agente Administrativo	60h

4.2 Estabelecimentos de Saúde inscritos no SCNES vinculados ao SAD

Hospital Dom João Becker - **2232049**

Serviço de Urgência e Emergência - **2229978**

UBS's – **2700255; 5099250; 2700271; 2700298; 2700360; 2700387; 7052782; 2229951; 2700409; 2229986; 2700042; 3277844**

SAMU – **5159458**

Serviços Especializados:

Casa do Idoso – 3509826

Policlínica Municipal – **2229943**

SAE – **2707772**

Centro Especializado em Nutrição e Qualidade de Vida – **3019373**

CAPS II – **3409813**

CAPS AD – **2230003**

CAPS i - **7165129**

4.3 Quadro de Pessoal dos Serviços de Atenção Domiciliar

EQUIPE	CATEGORIA PROFISSIONAL	CARGA HORÁRIA	NOME/ REGISTRO
EMAD1	Enfermeiro	40h	A definir
	Médico	40h	A definir
	Assistente Social	30h	A definir
	Técnico Enfermagem	120h	A definir
EMAD2	Enfermeiro	40h	A definir
	Médico	40h	A definir
	Fisioterapeuta	30h	A definir
	Técnico Enfermagem	120h	A definir
EMAD3	Enfermeiro	40h	A definir
	Médico	40h	A definir
	Fisioterapeuta	30h	A definir
	Técnico Enfermagem	120h	A definir
EMAP	Fonoaudiólogo	30h	A definir
	Psicólogo	30h	A definir
	Odontologista	30h	A definir
Equipe de Suporte	Motorista	180h	A definir
	Agente Administrativo	60h	A definir

4.4 Descrição do funcionamento do SAD

Visando o melhor atendimento da população através do atendimento humanizado e multiprofissional do Melhor em Casa, e, considerando o perfil sócio-demográfico e de saúde da população gravataiense, propõe-se a implantação de três equipes de EMAD e uma equipe de EMAP.

As equipes serão inseridas na rede de urgência e emergência, vinculada ao SUE, através de mecanismos claros de co-responsabilização pelos serviços prestados. Desta forma, a solicitação de inclusão no programa pode partir das equipes de saúde do hospital, do Serviço de Urgência e Emergência, além das Unidades de Atenção Básica locais, tendo a Equipe de AD a responsabilidade de avaliar os casos para inclusão nos atendimentos.

Quando o usuário estiver em condição de alta do SAD, essa responsabilidade será transferida ao gestor do cuidado de sua UBS de referência. Em caso de agravamento do estado de saúde do paciente com necessidade de intervenção terapêutica de maior intensidade e densidade de cuidados, este poderá, de acordo com a necessidade, ser transferido para o Serviço de Saúde do município correspondente ao seu caso, tendo garantido o acesso ao leito (através de pactuações a serem estabelecidas entre SAD com suporte Secretaria de Saúde e os Serviços Hospitalares e de Especialidades).

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU será a retaguarda para as equipes de Internação Domiciliar para o atendimento às situações de urgência e emergência sempre que necessário.

Em caso de necessidade de referências por parte das equipes ou dos cuidadores dos usuários da internação domiciliar, estes contarão com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e com o Serviço de Urgência e Emergência/ 24 horas. Se a necessidade identificada for de procedimentos eletivos, a equipe acionará o serviço especializado correspondente.

O Serviço de Atenção Domiciliar irá atuar com cobertura de 12 horas diárias – das 07:00 às 19:00, todos os dias da semana, incluídos finais de semana e feriados, com suas equipes de EMAD. A equipe de EMAP terá cobertura de 6 horas diárias, de segunda a sexta-feira, devendo ter seus atendimentos organizados de modo a proporcionar suporte às equipes de AD conforme a demanda.

A organização das visitas e o encaminhamento de cada novo paciente para cada uma das equipes será organizado pela coordenação do programa, respeitando o território e a especialidade pré-estabelecida de cada equipe. Os horários, itinerários e a agenda do dia

deverão ser planejados e estarem a disposição da administração do serviço no início de cada semana, a fim de se localizar com maior facilidade os profissionais/equipes caso necessário. No início de cada plantão as equipes realizarão reunião, abordando de forma objetiva cada um dos casos em atendimento no dia corrente, com objetivo de compartilhar prognóstico, especificidades de cada caso e abrir espaço para a sugestão de novas/abordagens e técnicas. Este momento se faz muito importante, como um espaço formal de troca de conhecimentos, devendo ser compartilhado com todos os membros da equipe.

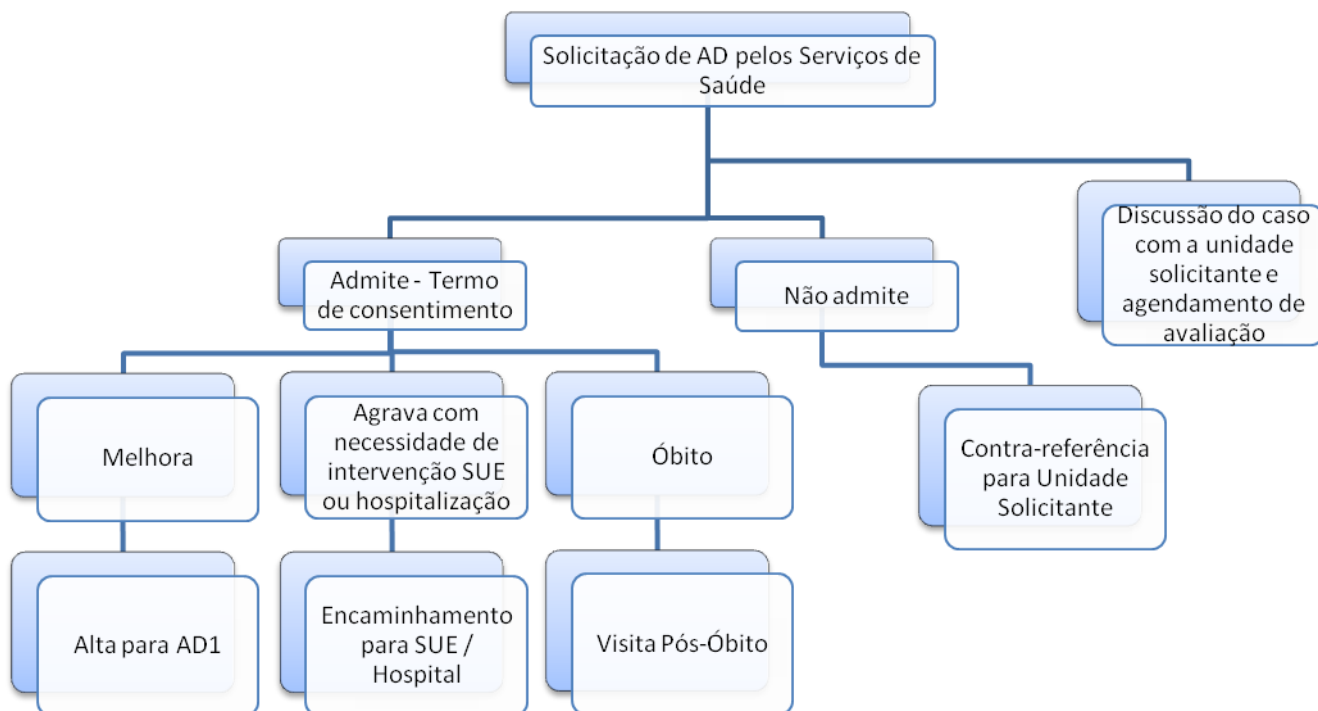
Ao encaminhar um paciente de uma equipe para outra, por motivo de organização do processo, melhoria do atendimento ou outro motivo, cabe ao médico e ao enfermeiro da equipe repassar não apenas o prontuário, mas transmitir pessoalmente todas as informações que julgar importante sobre o paciente e seu estado de saúde, a organização e cultura da família e as condições da residência, de forma ética e profissional.

A proposta de trabalho em Atenção Domiciliar deve atuar como “costura” entre o nível hospitalar e a atenção básica, fortalecendo a rede, especialmente a Estratégia de Saúde da Família. Para tanto é imprescindível que se reconheçam os limites das competências e resolubilidades verificadas na atenção básica, na internação domiciliar e na atenção hospitalar. Esses limites são constituídos pela complexidade dos casos, da capacitação dos trabalhadores de saúde, de capacidade de ação multiprofissional, do domínio de tecnologias e das características dos processos de gestão do cuidado. O estabelecimento de responsabilidade compartilhada entre níveis distintos da rede de serviços de saúde torna-se indispensável, a fim de garantir a continuidade ao atendimento das necessidades de grupos particularmente vulneráveis.

Compartilhar responsabilidades entre equipamentos e equipes se faz necessário na garantia do objetivo comum à todos os serviços de saúde – conferir integralidade no âmbito da rede de serviços, referente aos usuários em processos de adoecimento ou que necessitem de cuidados paliativos.

O processo de inclusão de usuários e seu fluxo dentro do programa pode ser melhor compreendido a partir do fluxograma abaixo.

Figura 2: Fluxograma do Atendimento na Rede de Cuidado e inclusão no SAD.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (2012).

4.4.1 Critérios de Inclusão do usuário ao SAD

Com apoio e colaboração da família/ cuidador e por solicitação da equipe hospitalar, do Serviço de Urgência e Emergência ou da Rede de Atenção Básica, o paciente com necessidade de atendimento especializados, que precisar de cuidados provisórios e/ou permanentes, será encaminhado ao Programa de Atenção Domiciliar. Em seguida, a equipe multiprofissional procede com a avaliação e decide pela inclusão ou não, de acordo com os seguintes critérios (Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012):

- Possui diagnóstico definido e condições clínicas estáveis;
- Não necessitar de exames frequentes e complexos e não depende de equipamentos de sustentação à vida;
- Presença de um responsável que exerça a função de cuidador e que esteja apto a assinar o termo de compromisso e responsabilidade;

- Possuir no domicílio condições de acesso e recursos mínimos de infra-estrutura como água encanada, rede elétrica e demais especificidades relacionadas ao quadro clínico;
- Domicílio estar dentro da área de abrangência do serviço;
- Família compreender e colaborar com a equipe do Serviço de Atenção Domiciliar, garantindo a segurança e conforto do paciente.

A inclusão de novo usuário no SAD será realizada a partir de encaminhamento formal, seguindo as seguintes diretrizes:

- A informação é transmitida, por e-mail, por um membro da equipe de cuidado intra-hospitalar, ao auxiliar administrativo locado na sede do Serviço de Atenção Domiciliar.
- A Equipe de Atenção Domiciliar discutirá os casos encaminhados diariamente para estabelecer um plano de trabalho e as intervenções necessárias.
- A família deverá ser orientada a entrar em contato com equipe de internação domiciliar durante seu horário de funcionamento em casos de intercorrências e ou urgências. Em outros períodos (noturno) deverá acionar o SAMU-192.
- Os pacientes re-internados no hospital podem ser novamente incluídos no atendimento do SAD se atenderem aos critérios de inclusão.
- Os critérios de alta serão decididos através de acordo entre os membros da equipe multidisciplinar.

4.4.2 Critérios de Alta do SAD

A alta da internação domiciliar segue os seguintes critérios (Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012):

- Cura ou estabilidade clínica;
- Transferência para Hospital;
- A pedido do paciente ou cuidador;
- Falta de colaboração da família ou acompanhante; e
- Óbito.

4.4.3 Critérios de Exclusão do SAD

Não serão incluídos pacientes com as seguintes características (Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012):

- Necessidade de ventilação mecânica invasiva;
- Necessidade de monitorização contínua;
- Necessidade de cuidados de enfermagem contínuos;
- Necessidade de propedêutica complementar com demanda potencial de realização de vários procedimentos diagnósticos;
- Uso de medicação complexa com efeitos colaterais graves ou de difícil administração;
- Necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; e
- Não possuir cuidador responsável.

4.5 Mobiliário, Equipamentos e Veículos para Locomoção das Equipes EMAD e EMAP

MOBILIÁRIO /EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
Adipômetro	03
Ambú adulto completo	06
Ambú infantil completo	06
Andadores	06
Aparelho para triagem auditiva	03
Aparelho de telefone fixo	02
Aparelho de telefone celular	04
Armário de aço com duas portas	04
Armário de aço tipo prateleira	04
Arquivo com gavetas	03
Aspiradores portáteis	07
Aventais de Algodão	100
Bandeja	06
Balança digital portátil	03
Berço hospitalar com grade e colchão	04
Bebedouro elétrico de mesa	01
Bengala Canadense	10
Bolsa de água quente	06
Bolsa de gelo	06
Cadeira fixa sem braço	15
Cadeira giratória	02

Cadeiras de banho	10
Cadeira de rodas	10
Calculadora simples	06
Camas hospitalares com grades	05
Climatizadores 18000btus	02
Campo estéril duplo fechado 70x70 cm-tecido de algodão	100
Campo estéril simples fechado 50x50cm- tecido de algodão	100
Colchão piramidal	05
Colchão encapado com courim	05
Comadres	10
Computador completo (CPU, monitor, teclado e mouse)	02
Concentrador de oxigênio	10
Conjuntos de nebulização para oxigênio	10
Cuba redonda para assepsia 9 cm	05
Cuba rim	05
Esfigmomanômetro adulto	04
Estadiômetro	01
Estetoscópio adulto	09
Esfigmomanômetro infantil	06
Estetoscópio infantil	05
Fita métrica	03
Fluxômetro de O2	06
Fluxômetro de ar comprimido	06
Geladeira	02
Glicosímetro	03
Impressora Multifuncional	02
Inalador ultra sônico portátil	10
Jogo de laringoscópio completo com lâminas adulto	03
Jogo de laringoscópio com lâminas infantil	03
Jogos de cânula de traqueostomia metal adulto	03
Jogos de cânula de traqueostomia de metal infantil	03
Jogos máscara de Venturi	03
Kits de avaliação nutricional	03
Lanterna pequena	03
Lixeiras	04
Maleta Branca	10
Maleta de primeiros socorros	03
Mesa para reunião	02
Mesa para Computador	02
Mesa Tipo Escrivaninha	02
Microondas	01
Muletas	10

Notebook	03
Óculos de proteção	20
Oftalmoscópio	03
Otoscópio	03
Oxímetro de Pulso Portátil	03
Pinça anatômica de 14 cm	15
Pinça dente de rato de 14 cm	15
Pinça Kelly reta 14 cm	15
Pinça Kocher reta 14 cm	15
Pranchetas	08
Quadro tipo mural	03
Respiron	10
Roda de conforto gel	10
Régua antropométrica	03
Régua pequena	10
Suportes de soros	10
Tablets	06
Tesoura reta F/R 14 cm	10
Torpedos de O2	04
Traquéias corrugadas	10
Tricotomizador elétrico	02
Umidificadores de oxigênio completo (com extensão)	10
Veículo de transporte	03

4.6 Unidades de Atenção Básica e de Especialidades e de Diagnóstico Complementar de Referência Formal dos Serviços de Atenção Domiciliar.

Hospital Dom João Becker

Serviço de Urgência e Emergência

UBS's

Policlínica Municipal

SAE

Centro Especializado em Nutrição e Qualidade de Vida

4.7 Unidades de Urgência e Emergência de referência formal dos Serviços de Atenção Domiciliar.

SUE – Serviço de Urgência e Emergência 24 horas

4.8 Modelo de Prontuário

O prontuário de atendimento deve conter capa com identificação do usuário, contato, etc. É imprescindível descrever de forma clara a lista de problemas; medicamentos em uso; resultados de exames; evoluções; condutas dos profissionais; projeto terapêutico singular; resultado das escalas utilizadas. Outras informações importantes que podem contribuir na construção do documento incluem diagnóstico clínico, psicológico e social. Problemas relevantes na visão da equipe, usuário, cuidador/família.

O modelo de prontuário proposto pode ser melhor observado nos Anexo B.

4.9 Programa de Qualificação do Cuidador

O programa de qualificação do cuidador tem como objetivo prover conhecimentos, informações e desenvolver habilidades de cuidado para a qualificação específica de assistência a pessoa dependente – temporária ou permanentemente – nas limitações da vida diária.

Será ministrado por profissionais qualificados, vinculados ao Serviço de Atenção Domiciliar, envolvidos no tratamento das enfermidades, com compreensão do adoecimento e dos cuidados relacionadas a este processo.

O curso terá carga horária e conteúdo a ser definido, de acordo com o plano terapêutico individual e do nível de compreensão e capacidade de absorção das informações do familiar/cuidador. Os módulos terão abordagem teórica e prática nos quais serão discutidos além dos principais cuidados domiciliares (como higiene/conforto, tratamento de feridas/ curativos, medicações, controle de sinais vitais, sono e repouso, etc), conceitos relacionados a aspectos psicológicos, sociais e políticas de saúde do usuário que possam vir a beneficiar o paciente e sua família.

A avaliação do curso será feita de forma individual levando-se em consideração a frequência, desempenho, interesse e participação nos treinamentos.

4.10 Programa de Educação Permanente para as Equipes de EMAD e EMAP

A qualificação das equipes do SAD Gravataí se dará a partir da participação de seus profissionais no Programa Multicêntrico de Qualificação em Atenção Domiciliar ministradas a distancia no portal do UNASUS. O curso será realizado pelos profissionais em seus horários disponíveis e a Secretaria de Saúde do Município irá oferecer salas de aula com computadores e acesso a internet e um tutor uma vez por mês.

Os módulos do curso incluirão:

- Introdução à Atenção Domiciliar;
- Assistência Domiciliar na Rede de Atenção Básica à Saúde;
- Implantação e Gerenciamento do Serviço de Atenção Domiciliar;
- Intercorrências Agudas no Domicílio;

Também fará parte do programa de qualificação a realização de módulos dirigidos especificamente aos profissionais de enfermagem, ainda no portal do UNASUS.

O bom uso dos prontuários e controles do Serviço será abordado em treinamento específico a ser elaborado pela gestão do SAD.

Avaliações teóricas e práticas irão fazer parte da qualificação dos profissionais, devendo ser realizadas conforme acordado em reuniões de lideranças. Cada novo profissional que for contratado para atuar no serviço deve concluir o curso em prazo a ser definido e realizar os treinamentos específicos relacionados a sua profissão de acordo com definição do programa.

Encontros e reciclagens serão realizados conforme demanda verificada pelos gestores das equipes em suas reuniões de equipe.

5. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DO SAD

DATA	ATIVIDADE
Entrega do Projeto à Coordenação do Curso de Especialização em AD.	06/11/2015
Apresentação do Projeto à banca examinadora do Curso e à representante do Ministério da Saúde.	03/11/2015 e 04/11/2015
Realização dos ajustes indicados pela banca e pela representante do Ministério	07/11/2015 a 28/01/2016
Envio do Projeto ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS)	01/02/2016
Encaminhamento do Projeto à Comissão Intergestores Regionais (CIR).	Fevereiro de 2016
Encaminhamento do Projeto à Comissão Intergestores Bipartite (CIB).	Março de 2016
Realização de concurso para a contratação dos Profissionais que comporão o SAD	Junho à Julho de 2016
Organização do espaço físico que sediará o SAD	Agosto de 2016
Acolhimento e capacitação dos Profissionais que comporão o SAD	Setembro de 2016
Previsão de Início de funcionamento do SAD em Gravataí	Outubro de 2016

6. PROPOSTA LOCAL DE ACOMPANHAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Compete ao SAD a realização continuada de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento global.

A avaliação deve ser realizada levando em conta os indicadores abaixo:

NÚMERO	INDICADOR	FÓRMULA E UNIDADE	FREQUÊNCIA DE PRODUÇÃO
1	Taxa de mortalidade para a modalidade internação 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
2	Taxa de internação após atenção domiciliar	(Número de pacientes em atenção domiciliar que necessitaram de internação hospitalar no mês / Todos os pacientes 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
4	Taxa de alta da modalidade assistência domiciliar	(Número de pacientes em assistência domiciliar que receberam alta no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade assistência domiciliar no mês) * 100 [%]	Mensal
5	Taxa de alta da 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
1 - Pacientes que receberam atenção domiciliar no mês: considerar o número de pacientes do dia 15 de cada mês.			

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. (2013)

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. [Manual Instrutivo do Melhor em Casa] 2013. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrucao_melhor_casa.pdf>

Acesso em 15 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota Técnica n. 02/2011** Harmonização do entendimento da RDC/Anvisa nº 11 de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar, com a Portaria MS2.029 de 24 de agosto de 2011. Disponível em

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/5da53980486d15a99926992bd5b3ccf0/Nota_T%C3%A9cnica_Aten%C3%A7%C3%A3o_Domiciliar_Final+2.pdf?MOD=AJPERES>

Acesso em 15 out. 2015.

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

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html> Acesso em

15 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2015. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_emad.php> Acesso em 04 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2015. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_emap.php> Acesso em 04 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. População Residente, Gravataí. 2015. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poprs.def>> Acesso em 15 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Morbidade Hospitalar por Local de Residência, Gravataí, 2015b. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrrs.def>>; Acesso em 15 out. 2015.

BRASIL. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População estimada, Gravataí**. 2015. Disponível em:

<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431020&search=rio-grande-do-sul|gravatai>> Acesso em 04 mai. 2015.

GRAVATAÍ. Conselho Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017**. 2013.

GRAVATAÍ. Conselho Municipal de Saúde. **Apresentação da Rede Municipal de Saúde**. 2013.

HOSPITAL DOM JOÃO BECKER. Disponível em < <http://www.hdjb.com.br/servicos.php> > Acesso em 07 jul. 2015.

UNASUS. **Programa Multicêntrico de Qualificação em Atenção Domiciliar a Distância**, Módulo I – Introdução a Atenção Domiciliar, 2015. Disponível em <<http://www.unasus.gov.br/cursoAD>> Acesso em 27 out. 2015.

ANEXO A – SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

A população é atendida pela Estratégia de Saúde da Família e pela Atenção Básica de acordo com a seguinte distribuição:

Tabela 2 – USF/ População adscrita.

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	População Atendida	Número de ESF
USF Aristides D'Ávila	6.673	2
USF Barro Vermelho	8.586	3
USF Costa do Ipiranga	6.500	2
USF Érico Veríssimo	10.182	3
USF Granville	6.227	2
USF Itacolomi	6.500	2
USF Itatiaia	6.000	sem dados
USF Morungava	7.500	2
USF Neópolis	10.000	3
USF Nova Conquista	7.235	2
USF Santa Cecília	2.622	1
USF São Marcos	2.600	1

Fonte: SMS Gravataí, Apresentação da Rede Municipal de Saúde

Tabela 3 – UBS/ População adscrita.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	População Atendida
UBS Águas Claras	17.006
UBS Bonsucesso	18.299
UBS Centro	sem dados
UBS Cohab A	18.000
UBS Cohab B	14.000
UBS Cohab C	9.000
UBS Morada do Vale	22.068
UBS Parque dos Anjos	15.000
UBS Princesa Isabel	8.000
UBS São Geraldo	22.000
UBS São Judas Tadeu	32.000
UBS Vera Cruz	8.931
UBS Vila Aliança	18.000
UBS Vila Branca	9.700

Fonte: SMS Gravataí, Apresentação da Rede Municipal de Saúde

Tabela 4 – Serviços Especializados

SERVIÇOS ESPECIALIZADOS	ACESSO
CASA DO IDOSO	O agendamento de consulta médica especializada de geriatria é regulado pela Central de Marcação de Consultas para todos os usuários referenciados pelos serviços que compõe a rede SUS/Gravataí. O documento utilizado pelos serviços que compõe o SUS/Gravataí, para a solicitação de consulta especializada é o documento de referência/contra-referência.
POLICLÍNICA MUNICIPAL	O agendamento de consulta especializada é regulado pela Central de Marcação de Consulta e Exames Especializados.
Centro de Ações Coletivas (CEAC) /SAE	Via Central de Marcação de Consultas - Dermatologia geral e pequenos procedimentos cirúrgicos; Via Contato Telefônico do Serviço Solicitante - Infectologia adulto e pediátrico, Dermatologia - hanseníase, Tisiologia – tuberculose; Usuário diretamente no Serviço - Ginecologia para profissionais do sexo, Infectologia pediátrico para crianças de mães soropositivos e Infectologia adulto para soropositivos, portadores de hepatites, DST e outras patologias infectocontagiosas.
Centro Especializado de Nutrição e Qualidade de Vida (CENQ)	O acesso ao Programa Viva Mais Leve e ao Ambulatório de Alto Risco Cardiovascular é regulado através da Central de Marcação de Consultas. Encaminhamento através do documento de referência/contra-referência.
Unidade de Saúde do Trabalhador (UST)	Regulado pelo próprio serviço, para todos os usuários referenciados pelos serviços que compõe a rede SUS/Gravataí, através do documento de referência e contra-referência. Também são atendidos trabalhadores encaminhados pelos sindicatos, através da ficha individual de notificação de suspeita de agravo (FIS). O acesso ao serviço de audiometria, impedanciometria e teste da orelhinha é regulado pela central de marcação de consultas e exames especializados.
CAPS II	Regulado pelo próprio serviço, através do acolhimento diário, para todos os usuários referenciados pelos serviços que compõe a rede SUS/Gravataí e Poder Judiciário.

CAPS AD	Através de procura espontânea ou de encaminhamentos de serviços públicos ou privados do município de Gravataí: UBS, USF, Fórum, Conselho Tutelar e outros. Não é necessário documento de referência/contra-referência.
CAPS-i	sem dados
CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEO)	os pacientes encaminhados após realizar a primeira triagem nas unidades Básicas de Saúde ou em unidades de Saúde da Família e agendar a consulta por meio da Central de Marcação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Tabela 4 – Fonte: SMS Gravataí, Apresentação da Rede Municipal de Saúde

ANEXO B – MODELO DE PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO SAD

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nº do cartão SUS: N° do prontuário:
UBS/USF de referência: ACS:
Nome do Paciente:
Data de Nascimento Idade
Cuidador: Vínculo: Fone:
Data de Admissão:
Diagnóstico:

EQUIPE DE ATENÇÃO DOMICILIAR

EMAD: Fone:
UBS/USF de referência: Fone:
Hospital de referência: Fone:
UPA de referência: Fone:
SAMU FONE:

DOMICILIO:

Endereço:
Ponto de Referência:
Bairro:
Cuidador (es):
Fones:
UBS: Ficha Família:

INFORMAÇÕES IMPORTANTES/ INTERCORRÊNCIAS:

--

LISTA DE CUIDADOS: () KPC () O2
() CARBAR () PAN R () HGT
() VRE () Aspiração () CURATIVO

() MEDIC. EV	()	VD
() MEDIC. SC	FARMACÊUTIC	NUTRI:.....
() MEDIC. IM	O	VD
() CONTROLE TP	() PSICO	FISIO:.....
() GASTROST.	() NUTRI	VD
() S. VESICAL	() PREVENÇÃO	EMAP:.....
() COLOSTOMIA	UPP	VD
() JEJUNOSTOMIA	()	MÉDICO:.....
() UROSTOMIA	DESBRIDAMEN	VD
() ODONTO	TO	EMAD:.....
() FISIO	<u>TRANSPORTE:</u>	VD TÉCN
() FONO	EQUIPE PAD:	ENFERMAGEM:.....
() S. SOCIAL	SAMU:
() TRAQUEO	Ambú Medicalizada:	VD
() MUST	SIMPLES COM	ENFERMEIRO:.....
() RADIOTERAP	EQUIPE:	.
	<u>INTERCORRÊNCIA:</u>	<u>MODALIDADES:</u>
() QUIMIOT	INTERC.	() AD1
() ATB EV	ENFERMAGEM:	() AD2
() ATB VO	INTERC. MÉDICO:	() AD3
() TRANSFUSÃO	<u>PROFISSIONAIS:</u>	<u>INTER. DOMICILIAR:</u>
() PARACENTESE	VD	ALTA:
() COLETA LAB	RESIDENTE:.....	REINTERNOU:
() ILEOSTOMIa	VD S.	() SIM () NÃO
() Nebu/inalatória	SOCIAL:.....	ÓBITO:

() SIM () NÃO

Nº TOTAL VDs:

CID:

MATERIAL

EMPRÉSTIMO:

_____	_____
_____	_____

