

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

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO DOMICILIAR COM ÊNFASE EM
GESTÃO DE REDES

PROJETO “TORRES MELHOR EM CASA”

CRISTIANO DE MEDEIROS HAHN

ORIENTADOR: MAURO BINZ KALIL

PORTO ALEGRE

2015

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

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO DOMICILIAR COM ÊNFASE EM
GESTÃO DE REDES

PROJETO “TORRES MELHOR EM CASA”

Projeto de Especialização apresentado como requisito à conclusão do Curso de Especialização em Atenção Domiciliar com Ênfase em Gestão de Redes.

Orientador: Mauro Binz Kalil

PORTO ALEGRE

2015

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
1 - O PROJETO “TORRES MELHOR EM CASA”	5
1.1 - Diagnóstico Situacional Simplificado	5
2 - OBJETIVO GERAL	7
2.1 - Objetivos Específicos	7
3 - CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR	8
4 - DESCRIÇÃO DO CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO.....	10
5 - MOBILIÁRIO, EQUIPAMENTOS E VEÍCULOS PARA LOCOMOÇÃO DAS EQUIPES: 1 EMAD 1 EMAP	11
6 - VINCULAÇÃO COM UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA E DE ESPECIALIDADES E SAD DE REFERÊNCIA A ATENÇÃO DOMICILIAR	13
7 - VINCULAÇÃO COM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE REFERÊNCIA DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR.....	14
8 - MODELO DE PRONTUÁRIO.....	15
9 - DESCRIÇÃO DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DO CUIDADOR.....	16
10 - DESCRIÇÃO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA AS EQUIPES EMAD E EMAP.....	18
11 - PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	19
REFERÊNCIAS.....	20
ANEXO A – SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	21

INTRODUÇÃO

O crescimento do Brasil bem como seu desenvolvimento social e tecnológico tem propiciado com que a expectativa de vida aumente a cada ano. Tendo em vista esta questão podemos ver que a população idosa tem crescido, aumentando assim os cuidados em saúde nesta fase da vida.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), atualmente existem no Brasil, aproximadamente, 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 10% da população brasileira. Segundo projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde – OMS, no período de 1950 a 2025, o grupo de idosos no país deverá ter aumentado em quinze vezes, enquanto a população total em cinco. Assim, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade. (BRASIL, 2010 p.12)

Com a confirmação do alto índice de idosos a preocupação financeira do governo também aumenta, pois a Sistema Único de Saúde (SUS) é que acaba por acolher essa demanda crescente. Pensando nisso o Ministério da Saúde tem investido em novos programas a fim de melhorar o atendimento a população bem como reduzir os seus gastos com internações hospitalares. Uma das idéias é investir no contexto da Atenção Domiciliar, prática esta que vem ganhando espaço como modelo de atenção à saúde.

O atendimento domiciliar como modelo de atenção à saúde tem sido amplamente difundido no mundo e tem como pontos fundamentais o cliente, a família, o contexto domiciliar, o cuidador e a equipe multiprofissional (LACERDA, et al, 2006). Esse modelo enquanto estratégia de atenção à saúde proporciona melhorias na qualidade de vida, fortalece os vínculos familiares e entre usuários e equipe de saúde, efetividade das ações, além da redução de custos.

A atenção domiciliar consiste numa 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 (BRASIL, 2012).

O objetivo deste projeto é pleitear a implantação do programa “Melhor em Casa” construindo um modelo de atenção domiciliar no município de Torres-RS, aumentando o modelo de Atenção Domiciliar no Rio Grande do Sul.

1 - O PROJETO “TORRES MELHOR EM CASA”

1.1 - Diagnóstico Situacional Simplificado

O município de Torres tem 136 anos, está localizado no litoral norte do Rio Grande do Sul, com uma área territorial de 160, 565 km. Na última estimativa do IBGE, de 2010, a população de Torres era de 34 646 habitantes, estando 33 329 domiciliados na zona urbana e 1 317 na zona rural, sendo 16.835 homens e 17.821 mulheres. Para 2015 a estimativa é de 37.107 habitantes. Vale salientar que por ser um município litorâneo, Torres aumenta consideravelmente o número de habitantes entre os meses de Dezembro e Março, sendo estimado que o município neste período tenha uma população estimada em 100.000 habitantes.

A renda média mensal dos moradores de Torres, de acordo com o IBGE, tem valor do rendimento nominal mediano mensal per capita dos domicílios particulares permanentes - Urbana x de R\$ 603,33 e o valor do rendimento nominal mediano mensal per capita dos domicílios particulares permanentes - Rural x de R\$ 1.386,41. Sendo o Turismo como maior fonte de renda, seguido pela agricultura familiar.

Sobre a escolaridade, Torres tem uma taxa de analfabetismo, segundo o DATASUS, de 5%, sendo 0,9% da população entre 15 e 24 anos, 1,1% entre 25 e 39 anos, 3,8% entre 40 e 59 anos, 12,1% entre 60 e 69, 22% entre 70 e 79 anos e 36,5% acima de 80 anos.

O abastecimento de água é feito pela CORSAN, poços artesianos e bicas; o sistema de esgoto é misto, cloacal e fossas sépticas.

A rede de saúde de Torres é composta por 02 UBS (Unidade Básica de Saúde), 06 ESF (Equipes de Estratégias de Saúde da Família), 01 CAPS (CAPS I), 01 PA (Pronto Atendimento 24 horas), 01 Base do SAMU, 01 Hospital Geral (com 86 leitos, sendo 75 destinados ao SUS), 01 Equipe PACS (Programa de Agente Comunitária de Saúde), 01 Clínica de Fisioterapia.

Em relação à mortalidade geral, Torres apresenta média de 6,7 mortes a cada 1000 habitantes ao ano; dados estes extraídos de média série histórica (2009-2013) Sistema de Informações sobre Mortalidade

E se falando de morbidade, o município de Torres apresenta como principal causa as doenças do Aparelho Circulatório, e como principal causa de mortalidade, doenças do Aparelho respiratório.

O tempo médio de internação hospitalar no Período: Jan/2013-Ago/2015 foi de 5,5 dias, de acordo com as principais causas encontradas no sistema de Internação Hospitalar do município, incluindo a média de 11 dias para internação psiquiátrica.

Sendo as Doenças do aparelho Circulatório a principal causa de Morbidade, patologias como AVC geram um grande impacto a social, ocasionando comorbidades de difícil manejo ao cuidador não profissional (como uso de sondas de alimentação, sondas vesicais, dificuldades de motricidade, etc). O serviço de atenção domiciliar possibilitará atenção pós alta, manejo de comorbidades, altas precoces do hospital diminuição de infecções nosocomiais, entre outros benefícios tanto ao paciente, quanto para o município.

Vistas as informações apresentadas, vemos a necessidade da implantação de um Serviço de Atenção Domiciliar no município de Torres. Além da expectativa de vida cada vez maior, verifica-se também um baixo numero de leitos no hospital (75), sendo que o mesmo é referência para 11 municípios no Litoral Norte, abrangendo uma população de mais de 140 mil pessoas. O serviço de atenção domiciliar propiciará um melhor atendimento tanto a pacientes quanto cuidadores, aprimorando a capacidade técnica da Atenção Básica trabalhando com cuidados paliativos. Outra questão a se colocar é a grande procura por pessoas idosas em fixar residência no município depois de se aposentarem em grandes centros urbanos como a região metropolitana de Porto Alegre. Fato que preocupa cada vez mais a saúde do município.

2 - OBJETIVO GERAL

Implantar o Serviço de Atenção Domiciliar no município de Torres/RS. Possibilitando um atendimento domiciliar multiprofissional e interdisciplinar.

2.1 - Objetivos Específicos

1. Reduzir o tempo de internação hospitalar;
2. Captar precocemente usuários com indicação de internação hospitalar nas diversas portas de acesso: atenção básica, serviços de urgência/emergência e livre demanda;
3. Ampliar o acesso aos serviços de saúde aos usuários que tem indicação técnica de assistência domiciliar; proporcionando a continuidade de tratamento por equipe multiprofissional;
4. Integrar o trabalho da EMAD e EMAP junto a Atenção Primária;
5. Interligar o trabalho da Atenção Primária e Serviço de Atenção Domiciliar à Rede de Saúde.
6. Identificar e capacitar o cuidador de forma a desenvolver autonomia para o cuidado/acompanhamento do usuário;

3 - CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR

MUNICÍPIO/UF	Torres	
POPULAÇÃO	37.107 habitantes	
COORDENADOR/REFERÊNCIA TÉCNICA DA ATENÇÃO DOMICILIAR	Dr. Maria Silva	
CONTATO (TEL+EMAIL)	51 99999999 mariasilva@gmail.com	
PROPONENTE	SMS	SIM
	SES	NÃO
	DF	NÃO
NÚMERO DE EMAD PROPOSTAS	01 Equipe	
NÚMERO DE EMAP PROPOSTAS	01 Equipe	
AS EQUIPES PRONTAS JÁ ESTÃO EM FUNCIONAMENTO?	Não. Fase de apreciação do projeto para aprovação	
EQUIPES+TRABALHADORES QUE ÀS COMPÕE:	Estão descritas na TABELA 01	
COBERTURA DA AD NO MUNICÍPIO (NÚMERO DE PESSOAS COBERTAS PELAS EMAD/POPULAÇÃO TOTAL DO MUNICÍPIO X 100)	META DE 100% DE COBERTURA	
EXISTÊNCIA DA SAMU	SAMU MUNICIPAL	SIM
	ESTÁ LOCALIZADO NA ABRANGÊNCIA DE SAMU REGIONAL	SIM
	POSSUI SERVIÇO MÓVEL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS	SIM
Existência de hospital regional	SIM	X
	NÃO	
Localizado em região Metropolitana	SIM	
	NÃO	X

Tabela 1 – Torres Melhor em Casa

SAD	EQUIPES	PROFISSIONAIS
<p>Torres Melhor em Casa Sede: Pronto Atendimento 24 horas CNES: 7570139</p> <p>Horário de Funcionamento: 12h diariamente, inclusive finais de semanas e feriados.</p>	<p>EMAD Descrição da equipe</p>	02 profissionais médicos 40 horas semanais (20 horas cada)
		02 profissionais enfermeiros 40 horas semanais (20 horas cada)
		01 profissional fisioterapeutas - 30 horas semanais
		04 profissionais técnicos de enfermagem 120 horas semanais em regime de plantão diurno das 07:00 às 19:00 horas, inclusive sábado, domingo e feriados.
<p>Torres Melhor em Casa Sede: Unidade Sanitária de Torres CNES: 2224461 Apoiará a EMAD</p>	<p>EMAP</p>	Nutricionista: 30 horas semanais
		Psicólogo: 30 horas semanais
		Assistente social: 30 horas semanais

4 - DESCRIÇÃO DO CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO

DATA	ATIVIDADE
03/12/2015	Apresentação do Projeto “Torres Melhor em Casa” Banca do GHC
04 à 18 de dezembro	Ajustes e finalização do Projeto
De Janeiro à Março de 2016	Apreciação do Projeto (SMS/Executivo, CMS, Câmara de Vereadores)
De Abril à Maio de 2016	Aprovação pelos órgãos competentes

5 - MOBILIÁRIO, EQUIPAMENTOS E VEÍCULOS PARA LOCOMOÇÃO DAS EQUIPES: 1 EMAD 1 EMAP

Equipamento	Quantidade	Valor a ser investido
Veículo	01	R\$30.000,00
Torpedo de Oxigênio	10	(A verificar)
Cadeira de rodas	10	(A verificar)
Cadeira de banho	10	(A verificar)
Aspirador de secreções	10	(A verificar)
Oxímetro de pulso	02	(A verificar)
Eletrocardiógrafo	01	(A verificar)
Suporte para soro	10	(A verificar)
Termômetros digitais	05	(A verificar)
Cânula para intubação orofaríngea (calibres diversos)	02 para cada tamanho	(A verificar)
Laringoscópio com 3 lâminas	02	(A verificar)
Ambu adulto	02	(A verificar)
Ambu infantil	02	(A verificar)
Estetoscópio	05	(A verificar)
Esfigmomanômetro	05	(A verificar)
Otoscópio	01	(A verificar)
Glicosímetro	02	(A verificar)
Maleta de curativos	04	(A verificar)
Maleta para medicamentos	04	(A verificar)
Medicamentos/equipamentos diversos	A definir	(A verificar)

Material de Consumo	Quantidade
Sondas	(A verificar)
Equipos	(A verificar)

Frascos	(A verificar)
Seringas - caixa para perfuro-cortantes	(A verificar)
Medicamentos	(A verificar)
Material de curativos/ fitas para HGT	(A verificar)
Luvas	(A verificar)

6 - VINCULAÇÃO COM UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA E DE ESPECIALIDADES E SAD DE REFERÊNCIA A ATENÇÃO DOMICILIAR

Os usuários inclusos no programa terão sua classificação para atendimento de acordo com a complexidade assistencial apresentada. As equipes da atenção básica e do Melhor em Casa, irão seguir as normativas dos cadernos do programa, classificando os usuários nas modalidades AD1, AD2 e AD3.

A modalidade AD1 de Atenção Domiciliar, isto é, aquela que pelas características do paciente (gravidade e equipamentos de que necessita, deve ser realizada pela atenção básica (equipes de atenção básica – e AB e Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF), com apoio eventual dos demais pontos de atenção, inclusive, os Serviços de Atenção Domiciliar (compostos por equipes especializadas – EMAD e EMAP – cujo público-alvo restringe-se à usuários em AD).

Usuários classificados e admitidos na modalidade AD1 deverão ser acompanhados pela ESF e caso seja necessário, será solicitada avaliação da equipe do programa, a EMAD, para possível migração do usuário à AD2/AD3. Neste caso, o usuário passa a ser ter seu plano terapêutico vinculado a EMAD que sempre procurará deixar a ESF de referência ciente das evoluções do tratamento do usuário.

O usuário cadastrado em AD2/AD3 (complexidade assistencial de maior grau) continua vinculado à sua ESF, recebendo visitas do Agente Comunitário de sua microárea.

Em decorrência da involução do quadro clínico que causou o agravo, o usuário poderá ser reclassificado para a modalidade AD1, e, neste caso, volta a ser responsabilidade da ESF da sua área.

7 - VINCULAÇÃO COM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE REFERÊNCIA DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

O município de Torres conta, atualmente com dois serviços que atendem urgências e emergências: o Pronto Atendimento 24 horas, de caráter municipal, e a unidade de Emergência do Hospital Nossa senhora dos Navegantes de Torres, gerenciada pelo Sistema Mãe de Deus, com atendimento via SUS.

O vínculo entre o SAD e a rede de urgência/emergência deverá ser construído a fim de garantir atendimento para as intercorrências domiciliares, visto que a EMAD estará em atendimento 12h por dia.

O usuário que necessitar do atendimento de emergência, será atendido pela SAMU municipal, conforme contato telefônico do familiar ou da equipe AD, se esta estiver no local no momento da ocorrência.

A unidade de emergência de referência será o Pronto Atendimento 24 horas de Torres. Em caso de necessidade de internação ou reinternação, o usuário será encaminhado ao Hospital Nossa Senhora dos Navegantes de Torres.

Em caso dos familiares não consentirem na remoção do usuário às unidades de referência acima citadas, o transporte ao serviço de sua preferência será por sua responsabilidade, visto que nossos serviços não podem ser vinculados a Hospitais de outros municípios, acarretando a alta do paciente do programa AD.

Durante a internação hospitalar, caso o médico assistente avalie possibilidade de alta desde que com cuidados domiciliares técnicos, poderá solicitar avaliação da EMAD para possível alta e elaboração de plano terapêutico conjunto.

Para que o usuário receba alta hospitalar para AD, é necessário estar ciente e concordante com os termos descritos no termo de consentimento. É indispensável que haja um cuidador identificado, que será o elo entre a equipe e o usuário.

8 - MODELO DE PRONTUÁRIO

Constará no Prontuário:

PASSOS DO PRONTUÁRIO	CHECAGEM
SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO	Termo de consentimento assinado pelo paciente ou seu responsável;
ANAMNESE DO PACIENTE	identificação, dados sócio-econômicos, dados do cuidador, dados clínicos.
HISTÓRICO	A verificar histórico do paciente
EVOLUÇÃO	Folhas para a evolução multiprofissional
INTERCORRÊNCIAS	A verificar
REAVLIAÇÃO	A verificar
FORMULÁRIO DE ALTA DO PROGRAMA	Sumário de alta

9 - DESCRIÇÃO DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DO CUIDADOR

Os avanços na área da saúde têm possibilitado que cada vez mais pessoas consigam viver por um período mais prolongado, mesmo possuindo algum tipo de incapacidade.

Diante da situação atual de envelhecimento demográfico, aumento da expectativa de vida e o crescimento da violência, algumas demandas são colocadas para a família, sociedade e poder público, no sentido de proporcionar melhor qualidade de vida as pessoas que possuem alguma incapacidade. Dessa forma a presença do cuidador nos lares tem sido mais freqüente, havendo a necessidade de orientá-los para o cuidado.

Vale ressaltar que o cuidado no domicílio proporciona o convívio familiar, diminui o tempo de internação hospitalar e, dessa forma, tende à reduzir as complicações decorrentes de longas internações hospitalares.

Respondendo a esta demanda, a equipe de atenção domiciliar deve:

- a) Preparar o cuidador para as atividades a serem desenvolvidas junto ao usuário e deixá-lo ciente de que deve atuar como elo entre a pessoa a ser cuidada, a família (de onde as vezes vem este cuidador) e a equipe de saúde;
- b) Orientar o cuidador quanto às suas atividades principais: ajudar nos cuidados de higiene, estimular e ajudar na alimentação, auxiliar na locomoção e atividades físicas tais como andar, tomar sol e exercícios físicos assistidos, estimular atividades de lazer e ocupacionais, realizar mudança de posição na cama e na cadeira, massagens de conforto; administrar as medicações conforme prescrição médica e orientações da equipe de saúde entre outras situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde da pessoa a ser cuidada;
- c) Conscientizar de que os cuidados não são apenas do corpo físico, pois além do sofrimento físico decorrente de uma doença ou limitação, há de se levar em conta as questões emocionais, a história de vida, os sentimentos e emoções da pessoa a ser cuidada.

- d) Ressaltar que a função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha, lembrando sempre que não faz parte da rotina do cuidador técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área de enfermagem.
- e) Quando o usuário puder responsabilizar-se pelo seu próprio cuidado, a equipe deverá orientá-lo diretamente.

Pretende-se desenvolver as orientações acima citadas no momento da assistência a ser prestada ao usuário e aos seus familiares. Não se trata de realizar apenas uma intervenção pontual, mas de proporcionar trocas em sucessivas aproximações em diferentes encontros.

A educação em saúde se dá desta forma: com vinculação, respeito ao próximo, confiança mútua e empatia.

10 - DESCRIÇÃO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA AS EQUIPES EMAD E EMAP

Para o desenvolvimento das ações de educação permanente na atenção domiciliar junto à atenção básica e a EMAD pretende-se utilizar as seguintes ferramentas:

Programa Multicêntrico de Qualificação em Atenção Domiciliar a distância

É um programa online e auto instrutivo para gestores tornarem-se aptos a implantar e gerenciar os serviços em Atenção Domiciliar; e para que os profissionais desenvolvam habilidades para qualificar o atendimento nesta forma de atenção. O programa otimiza o aprendizado e a informação em função do acesso as redes móveis (celular, tablet e computador).

Cadernos de Atenção Domiciliar

Os cadernos de Atenção Domiciliar volume 1 e 2 trazem informações para nortear a implantação, gerenciamento e desenvolvimento do Programa Melhor em Casa qualificando a assistência domiciliar.

Comunidade de Práticas

Trata-se de um espaço dinâmico entre trabalhadores e gestores do SUS através de uma plataforma online, proporcionado o compartilhamento de experiências, discussões de casos e fóruns temáticos. Possibilita a construção de redes entre o SAD com a atenção básica.

Capacitações

Participação periódica dos membros das equipes EMAD e EMAP em eventos regionais e nacionais, pertinentes a Atenção Domiciliar com vistas a qualificação profissional.

11 - PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Os indicadores escolhidos terão como objetivo produzir dados quantitativos e qualitativos sobre a assistência domiciliar. Os resultados obtidos fornecerão subsídios ao planejamento, acompanhamento e monitoramento das ações das equipes EMAD e EMAP.

Indicadores de acompanhamento e avaliação que serão utilizados:

Indicador	Tipo	Fonte
Média de pacientes em AD	Processo	RAAS-AD (SIA)
Taxa de desospitalização	Resultado	RAAS-AD (SIA)
Taxa de agudização dos pacientes em AD	Resultado	RAAS-AD (SIA)
Taxa de óbito domiciliar	Resultado	RAAS-AD (SIA)
Pesquisa de satisfação	Resultado	Questionário estruturado
Proporção de pacientes em AD por agravo/condição Ex: 1) Cuidados paliativos; b) Oxigenoterapia; c) Feridas crônicas; d) DM complicada; etc.	Processo	RAAS-AD (SIA)
Média de Tempo de Permanência	Resultado	Resultado

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde – **DATASUS**; www2.datasus.gov.br/ Acesso em: 20 de outubro de 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília , 2010.

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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 155, 14 ago. 2009. Seção 1. p. 80-81.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. **Manual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Domiciliar/Melhor em Casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. **Manual Instrutivo do Melhor em Casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Comunidades Práticas**. Disponível em: <https://novo.atencaobasica.org.br/> Acesso em: 20 de outubro de 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Censo 2010. **Município de Torres/RS**. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/QKU> Acesso em: 20 de outubro de 2015.

LACERDA, M.R. et al,. **Atenção à Saúde no Domicílio**: modalidades que fundamentam sua prática. Saúde e Sociedade v.15, n.2, p.88-95, maio-ago 2006.

PNUD. **Atlas Brasil**. http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/torres_rs Acesso em: 20 de outubro de 2015.

UNASUS. Universidade Aberta do SUS. **Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar**. Disponível em: <http://www.unasus.gov.br/cursoAD> Acesso em: 20 de outubro de 2015.

**ANEXO A – SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO NO SERVIÇO DE ATENÇÃO
DOMICILIAR**

() ESF/UBSs/URs: _____

() EMERGÊNCIA: _____

() DEMANDA ESPONTÂNEA: solicitante: _____

NOME DO PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

TELEFONE: _____

RESPONSÁVEL/CUIDADOR: _____

GRAU DE PARENTESCO DO RESPONSÁVEL/CUIDADOR: _____

AVALIAÇÃO DA AD:

- DATA: _____

- PROFISSIONAL: _____

- EQUIPE: _____

- CLASSIFICAÇÃO: _____

- ALTA: () ALTA POR MELHORA DO QUADRO

 () CURA

 () ÓBITO

DESTINO DO PACIENTE CASO ALTA MELHORADA E/OU CURA:

ANAMNESE: