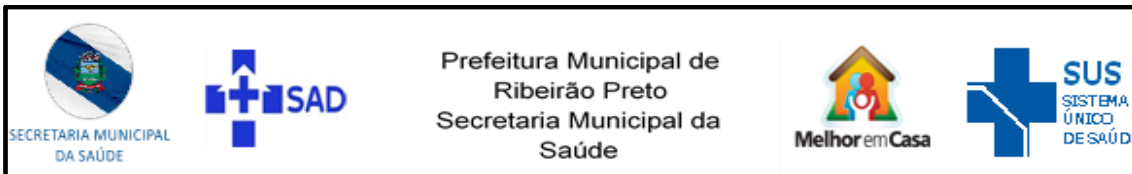


MANUAL DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR



Novembro/2018 - Ribeirão Preto



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO

Prof. Dr. Sandro Scarpelini

Secretário Municipal da Saúde

Enfermeira Jane Aparecida Cristina

Assistente do Secretário da Saúde

Enfermeira Ilka Barbosa Pegoraro

Diretora do Departamento de Atenção a Saúde das Pessoas – DASP

Heloisa Helena de Almeida Batista

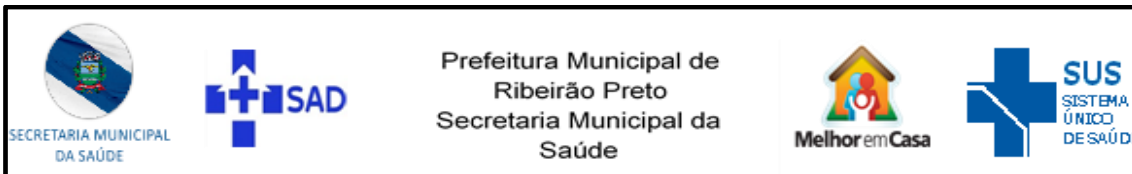
Diretora do Departamento Administrativo e Financeiro – DAF

Enfermeira Karina Domingues de Freitas

Chefe da Divisão de Enfermagem

Enfermeira Emília Maria Paulina Campos Chayamiti

Coordenadora do Serviço de Atenção Domiciliar – SAD



**MANUAL DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
DE RIBEIRÃO PRETO**

ELABORAÇÃO

Enfermeira Emília Maria Paulina Campos Chayamiti –SAD- SMS-RP

COLABORAÇÃO - 2007

Prof^a. Dra. Maria José Bistafa Pereira – EERP-USP

Prof^a. Dra. Maria do Carmo Caccia Bava – FMRP USP

REVISÃO - 2018

Enfermeira Emília Maria Paulina Campos Chayamiti – SAD -SMS-RP

COLABORAÇÃO - 2018

Enfermeira Miriã Avelino Prado – SAD-SMS-RP

Prof^a. Dr^a. Cinira Magali Fortuna – EERP

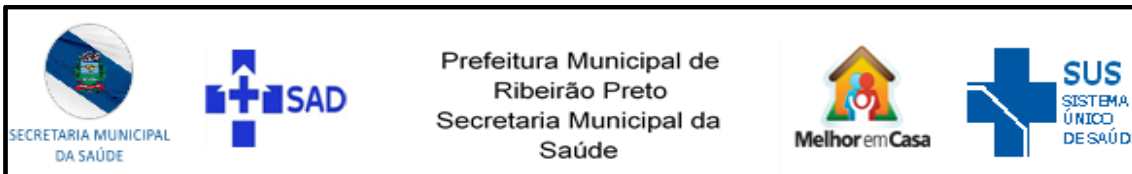
Fernanda Cristina Dourado – EERP - USP

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Coordenação do Serviço de Atenção Domiciliar SAD/ SMS-RP

SÚMARIO

Apresentação.....	05
1. Introdução.....	07
2. Serviço de Atenção Domiciliar/Programa Melhor em Casa.....	10
3. Serviço de Atenção Domiciliar no município de Ribeirão Preto.....	14
3.1. Composição da Equipe- SAD-RP - EMAD e EMAP.....	15
3.2. Funcionamento do SAD- RP e periodicidade das visitas domiciliares.....	16
3.2.1. Horário de funcionamento do SAD exclusivo.....	16
3.2.2. Periodicidade das visitas domiciliares.....	17
4. Objetivos	18
4.1 Objetivo geral.....	18
4.2. Objetivo específicos.....	18
5. População Alvo.....	20
6. Critérios de Elegibilidade no SAD	22
7. Critérios de não inclusão/ ou Desligamento da Atenção Domiciliar.....	23
8. Organização da Atenção Domiciliar.....	25
8.1.Processo de Trabalho do SAD -RP.....	26
8.2. O Cuidador e a Equipe.....	28
8.3. Recursos Materiais, Exames, Insumos e Medicamentos.....	31
8.4. Elementos Fundamentais para a Gestão do Cuidado na AD.....	33
8.5. Elementos de Abordagem Familiar na AD.....	34
9. SAD como Campo de Estágio e Convênios com as Universidades.....	36
10. Indicadores e Metas.....	37
11. Padronização das Ações do SAD-RP.....	40
11.1. Fluxograma do Serviço de Atenção Domiciliar (Apêndice A).....	40
12. Considerações Finais.....	43
13. Referências.....	44
14. Apêndices.....	48



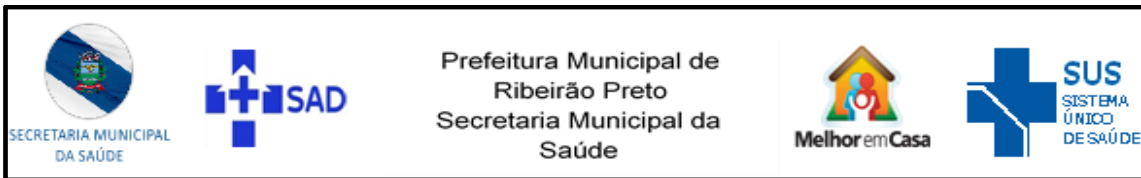
APRESENTAÇÃO

Desde 1993, profissionais da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto (SMS- RP), vem discutindo a sistematização da Atenção Domiciliar (AD), iniciada na Divisão de Enfermagem, com a participação de alguns docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP - USP). Esta discussão foi colocada em pauta a partir de uma demanda e necessidades crescentes, resultantes da reestruturação do Setor de Saúde em nossa cidade, com vistas à implantação e implementação do Sistema Único de Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2003).

Para Pereira (2001), a partir de 1993, a SMS/RP, iniciou as discussões sobre o modelo de atenção, considerando os princípios e diretrizes do SUS para definir prioridades à saúde, estabelecer estratégias de ação, implantação e implementação de ações de saúde junto às unidades municipais de saúde. Assim, uma proposta que surgiu foi o projeto do Serviço de Atenção Domiciliar – SAD, a partir da reflexão da prática dos enfermeiros da secretaria municipal da saúde.

Com a implantação oficial do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em fevereiro de 1996, as equipes de enfermagem locais que realizam o SAD têm se deparado com situações que caracterizam a necessidade de uma atenção com ações mais complexas.

Em Ribeirão Preto, nas últimas décadas o aumento da demanda de pacientes para a atenção domiciliar deu-se principalmente pela mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população, com aumento das vítimas das causas externas, tais como os acidentes de trânsito e a violência urbana, aumento das complicações das doenças crônicas degenerativas, como diabetes e acidente vascular cerebral. Além disso, considera-se a significativa melhora do atendimento pré-hospitalar que contribui para a sobrevivência das pessoas, com sequelas e ainda, o empobrecimento da população, que gera maior procura pelos serviços públicos de saúde (CHAYAMITI et al, 2004). Outro fator que influenciou esta mudança foi à própria reorganização do Sistema Único de Saúde – SUS, que tem estimulado a utilização racional dos serviços hospitalares. Desde a oficialização do SAD, os enfermeiros das Unidades de Saúde da SMS - RP efetuam visitas domiciliares semanais, com vistas à atenção ao caso índice e seus familiares, **promovendo o autocuidado em saúde**, mediante a utilização de



protocolos específicos de cada programa de saúde. Nessa época, o SAD era composto pela equipe de enfermagem, que tinha como referência o enfermeiro da Unidade, assessorado pela coordenação do serviço.

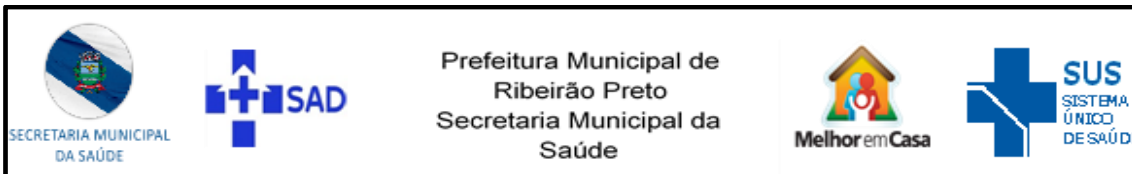
Entre os anos 2005-2007, as alterações no perfil epidemiológico do paciente impuseram a necessidade de readequação do serviço e, levaram à composição de equipe exclusiva para o SAD incluindo médico, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem e fisioterapeuta, além das equipes da Atenção Primária da Saúde que já realizavam as visitas domiciliares no escopo da enfermagem pelas unidades de saúde tradicionais e com a equipe de enfermagem e mais a presença do médico pelas unidades/núcleos com a Estratégia Saúde da Família.

A conjugação de esforços, não apenas desejável, mas necessária e respaldada pelo gestor, garantiu condições institucionais e recursos logísticos, e foi elaborado um projeto que se articulou harmoniosa e racionalmente as atividades ora realizadas de forma fragmentada (Ribeirão Preto, 2007).

Em 2008, houve novos investimentos pelo município, ampliando e distritalizando as equipes, com a constituição de uma equipe mínima de enfermagem para cada Distrito de Saúde e uma equipe matricial na sede da Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com a coordenação do SAD de Ribeirão Preto (SAD-RP). Essas equipes realizavam exclusivamente AD em todo município, sem estagnar a atuação das unidades que também realizavam a AD. Com o lançamento do Programa Melhor em Casa do Ministério da Saúde, em 8 de novembro de 2011, por meio da portaria GM/MS 2.029, que regulamentou a Atenção Domiciliar no SUS e instituiu o Serviço de Atenção Domiciliar (Programa Melhor em Casa), foi possível o município de Ribeirão Preto ser contemplado com essa política, com a elaboração e submissão imediata do projeto municipal (outubro de 2011) para a implantação da primeira EMAD no Programa Melhor em Casa que ocorreu em novembro do mesmo ano. Posteriormente houve a implantação de mais duas EMAD e uma EMAP. Portanto, Ribeirão Preto foi cadastrado e habilitado em novembro de 2011, sendo um dos municípios pioneiros no Programa Melhor em Casa/MS. O SAD-RP ainda conta com 03 EMAD e 01 EMAP habilitadas e ativas e observa-se a eminência da implantação das quatro equipes necessárias (03 EMAD e 1 EMAP), para ampliação da cobertura da AD no município.

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. No panorama da atenção domiciliar, existiram legislações importantes pertinentes ao tema, como a Portaria nº. 2416 de 23 de março de 1998, estabeleceu os requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliária no âmbito do SUS, considerando que “a internação domiciliária proporciona a humanização do atendimento e acompanhamento de pacientes cronicamente dependentes do hospital, e que a adequada desospitalização proporciona um maior contato do paciente com a família favorecendo a sua recuperação e diminuindo o risco de infecções hospitalares” (BRASIL, 1998). E a Lei 10424/02 complementou a Lei 8080/90, que é a Lei Orgânica da Saúde, que passa a vigorar acrescida do Capítulo VI e do art. 19-I; “do subsistema de atendimento e internação domiciliar, estabelecendo no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar”. Em 2006, a Resolução - RDC Nº 11, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar, que tem com o objetivo de estabelecer os requisitos de funcionamento para os Serviços de Atenção Domiciliar. Essa resolução foi ampliada para atender as necessidades atuais. O SAD é regulamentado pela Portaria GM/MS nº 825, de 25 de abril de 2016 que redefine a AD no SUS, e também revoga a Portaria GM/MS 963 de



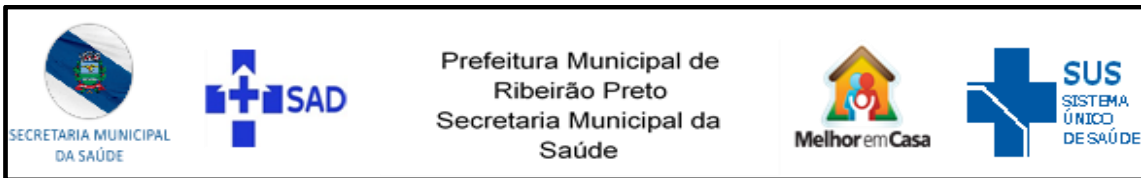
27 de Junho de 2013, assim como as demais portarias anteriores pertinentes a AD (Portarias nº. 2.527/outubro de 2011; nº. 2.029/agosto de 2011). Por último, é promulgada a Portaria de Consolidação nº 5 e nº 6 em 28 de setembro de 2017- DOU nº 190, de 03/10/2017 que trata-se da “consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do sistema único de saúde”.

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 literatura também mostra que a implantação de Serviços de Atenção Domiciliar, promovem uma maior integração e colaboração entre os serviços hospitalares e extra-hospitalares e uma atenção contínua, integral e humanizada (PEREIRA et al, 2004).

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). Nessa perspectiva, a assistência domiciliar tem permitido à abordagem integral da família e usuário atuando, também, sobre a perspectiva da clínica ampliada e compartilhada (NERY et al, 2018).

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).

O cuidado integral e contínuo tem a premissa da articulação entre os níveis de atenção à saúde, do mesmo modo como a construção de redes de apoio entre a família, comunidade e serviços podendo facilitar a resolução de problemas relativos ao cuidado, primando pela a prevenção de agravos (CHAYAMITI, 2010).

Cabe ressaltar que nem sempre as pessoas têm a opção de se tornar cuidador, por conseguinte, assumir estas atividades sem preparo pode se constituir situações de sobrecarga física, emocional e social, comprometendo a saúde e bem estar do cuidador. Além disso, a atividade de cuidar também pode afetar a vida econômica e comprometer a qualidade dos cuidados oferecidos (MACHADO et al, 2018).

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

O SAD/ Melhor em Casa deve ser organizado a partir do território, sendo referência em AD para uma população definida e se relacionando com os demais serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS), em especial com a atenção básica, atuando como matriciadores dessas equipes, quando necessário. Considerado como serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar (BRASIL, 2012).

De acordo com a Portaria N°. 825 o SAD é composto por equipes multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP). responsável pelo gerenciamento e operacionalização dessas Equipes e tem relação direta com cuidador, sendo esse a pessoa, com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá estar presente no atendimento domiciliar (BRASIL, 2016).

A EMAD pode ser constituída por dois tipos, a depender do número de habitantes no município, EMAD Tipo 1 ou EMAD Tipo 2 (BRASIL, 2016).

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

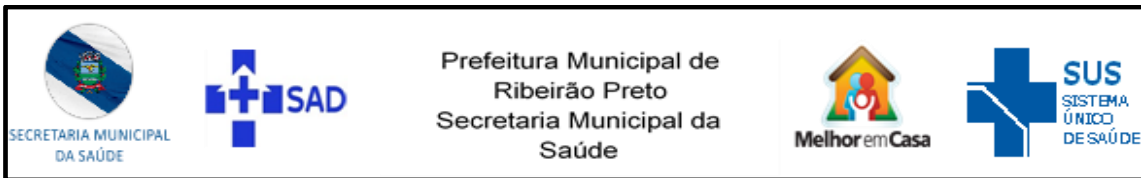
contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da RAS.

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 estomias; 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 e transfusão sanguínea), 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).

Nessas modalidades observam a complexidade e as características do quadro de saúde do usuário, bem como a frequência de atendimento necessário, e nas três modalidades as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição trabalhar em equipe multiprofissional e integrada à rede de atenção à saúde; identificar e capacitar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando os seus limites e potencialidades; abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações; acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de AD; elaborar oficinas pedagógicas para acolher e fazer a escuta ativa aos cuidadores e familiares; utilizar linguagem acessível a cada instância de relacionamento; promover capacitação e orientações na pré e pós-desospitalização; participar da educação permanente promovida pelos gestores; assegurar, em caso de óbito, que o médico da EMAD, nas modalidades AD2 e AD3, ou o médico da Equipe de Atenção Básica, na modalidade AD1, emita o atestado de óbito; e apoiar na alta programada de usuários internados em hospitais inseridos no município no qual atuam, através do estabelecimento de fluxos e protocolos com estes (BRASIL, 2016).

A AD também pode se apresentar como eixo central à desospitalização, favorecendo o cuidado continuado no domicílio, minimizando intercorrências clínicas, a partir da manutenção do cuidado sistemático das equipes de AD; diminuindo os riscos de infecção hospitalar por longa permanência no ambiente hospitalar, em especial para os idosos.

O SAD deve oferecer suporte emocional e espiritual necessário para pacientes em estado grave ou terminal e familiares/cuidador.

Para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem no processo saúde-doença, é importante que a AD seja operacionalizada por equipe multiprofissional atuando na lógica e prática interdisciplinar. Assim, para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas e da própria comunidade, além de procedimentos tecnológicos específicos da área de saúde, a valorização dos diversos saberes e práticas da equipe, contribui para uma abordagem mais integral e resolutiva (BRASIL, 2012).



A política também definiu repasses financeiros para as equipes componentes do SAD: EMAD Tipo 1 e Tipo 2 e EMAP, de acordo com Portaria nº 1.505/GM/MS, de 24 de julho de 2013, que fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar.

Os benefícios da atenção domiciliar são voltados ao usuário do SUS, às famílias e ao sistema de saúde. 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.

Destacamos o SAD como fundamental estratégia de assistência no âmbito domiciliar, com foco na redução da fragmentação da assistência, resolução das necessidades de saúde culminando em diminuição do número de hospitalizações e um cuidado mais humanizado (BOAS, 2014).

A literatura infere a relevância da atenção domiciliar e seus resultados, na atuação das equipes multiprofissionais com enfoque interdisciplinar proporcionando 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.



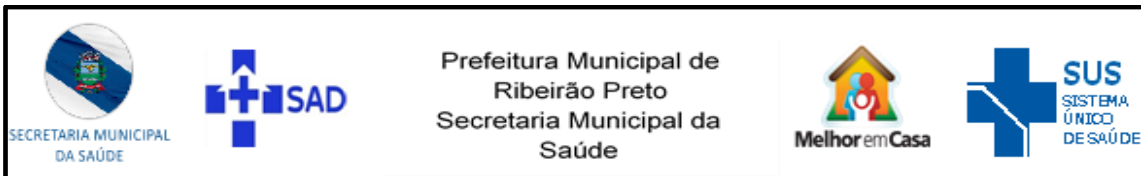
3. SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO

O Serviço de Atenção Domiciliar no município de Ribeirão Preto (SAD-RP) 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. Possibilita a transição do cuidado na perspectiva do cuidado integral realizado por equipes multidisciplinares, facilita acessos, resolução de problemas de saúde, estimula o autocuidado, a cidadania e autonomia das pessoas. Além dos outros benefícios como 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.

O perfil dos pacientes do SAD-RP está associado ao perfil de morbimortalidade do município, 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.

Ribeirão Preto possuía 604.682 habitantes, de acordo com o censo realizado pelo IBGE no ano de 2010 e está subdividido em 5 distritos sendo eles Norte, Sul, Leste, Oeste e Central. Possui 48 unidades de saúde, direcionadas para atenção básica, estando distribuídas em: 5 Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS); 23 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 17 Unidades de Saúde da Família (USF); 2 Centro Saúde Escola (CSE) e 1 Centro Médico Social Comunitário (CMSC) o município está de acordo com a política nacional de AD, com 3 EMAD tipo 1 e uma EMAP e está previsto a ampliação dentro do Plano Municipal de Saúde.

A atenção básica (UBS tradicional e ESF) tem a premissa a realização de visita domiciliar (VD) para os pacientes classificados na modalidade AD1. Em relação a operacionalização da AD em toda RAS, 79% das Unidades recebem semanalmente a viatura e o motorista.



A operacionalização das equipes – EMAD e EMAP foi configurada sendo que cada equipe é responsável por atender um ou dois distritos. A EMAD1 atende os distritos Sul e Leste, a EMAD2 distrito Oeste e a EMAD3 distrito Norte e Sul. A EMAP fica responsável em apoiar as EMAD em todos os distritos de saúde.

Para oferecer a atenção domiciliar, utiliza-se a visita domiciliar como instrumento que propicia e viabiliza essa modalidade de assistência, para tal, são disponibilizadas 07 viaturas da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto (SMS-PMRP) e 04 por contratos de locação com empresas prestadoras, incluindo o motorista e combustível. Essa operacionalização é fundamental para contribuir na cobertura nos 5 distritos de saúde do município de Ribeirão Preto.

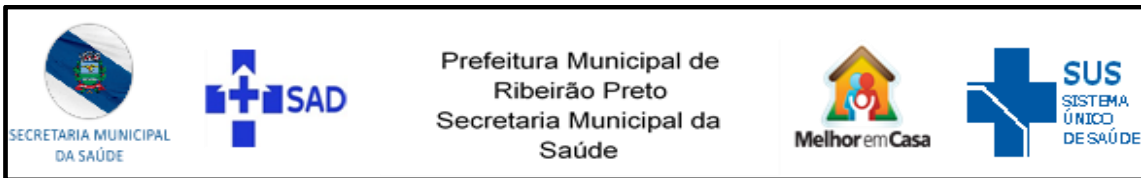
O SAD tem mais de 20 anos de existência e enfrenta permanentes desafios, sendo que consideramos como principais a parceria com a família, aprender trabalhar em conjunto com a comunidade, construir a rede de apoio social, apoiar às equipes de saúde, ter retaguarda efetiva do gestor e dos demais serviços, com a integração nos diversos níveis de atenção à saúde.

Com a evolução do serviço, percebeu-se a necessidade de mudança no processo de trabalho das equipes de saúde, com aumento e exclusividade de recursos, ocorrendo um incomensurável esforço conjunto das equipes para atingir essa necessidade.

3.1. COMPOSIÇÃO DA EQUIPE – SAD-RP – EMAD E EMAP

A equipe do SAD é composta por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, auxiliares/técnicos de enfermagem, fonoaudióloga, serviço social, odontóloga, nutróloga, agentes administrativos, motoristas e estagiários do CIEE. A carga horária e a categoria profissional estão distribuídas como abaixo:

- EMAD1: 04 auxiliares/técnicos de enfermagem (120 horas/semanais) 02 enfermeiras (40 horas/semanais); 02 médicos (40 horas/semanais) e 01 fisioterapeuta (30 horas/semanais).
- EMAD2: 04 auxiliares/técnicos de enfermagem (120 horas/semanais) 01 enfermeira (40 horas/semanais); 02 médicos (40 horas/semanais) e 01 fisioterapeuta (40 horas/semanais).
- EMAD3: 04 auxiliares/técnicos de enfermagem (120 horas/semanais) 01 enfermeiras (40 horas/semanais); 01 médicos (40 horas/semanais) e 01



assistente social (40 horas/semanais).

- EMAP: 01 dentista (40 horas/semanais), 01 fonoaudióloga (40 horas/semanais) e assistente social (20 horas/semanais).

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

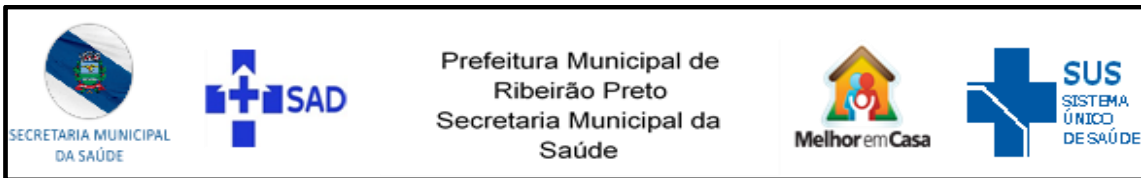
3.2.1- Horário de funcionamento do SAD exclusivo

Para o atendimento ao público o funcionamento do SAD-RP é de segunda-feira a sexta-feira, das 7:00 às 17:00 horas. Das 17:00 às 19:00 horas ocorre a organização das atividades administrativas e internas.

No SAD exclusivo, as visitas domiciliares são realizadas no período da manhã das 7:00 às 12:00h e à tarde das 13:00 às 17:30 horas, com motoristas contratados pela empresa prestadora de serviço, principalmente. Também há um veículo adquirido para o SAD, que muitas vezes é utilizado para alunos que realizam estágio no SAD, prestando também a assistência em fisioterapia e psicologia aos pacientes acamados cadastrados. Cada equipe (EMAD e EMAP), possui sua viatura com respectivos motoristas.

Para as unidades, que realizam AD1 as visitas domiciliares ocorrem de segunda a sexta-feira nos horários, pela manhã das 7:30 às 11:30h e à tarde das 13:00 às 16:30h, com motoristas da SMS-PMRP, conforme escala previa, na qual há a distribuição das viaturas e dos motoristas para as unidades de saúde, essa é elaborada pela coordenação do SAD.

Enfim, o SAD conta com 11 viaturas no total, sendo 07 da Secretaria Municipal da Saúde e 04 por contrato direto para atender a demanda tanto da Rede de Atenção Primária à Saúde (UBS/ESF -AD-1) quanto do SAD exclusivo (EMA/EMAP – AD1 e AD 2).



3.2.2 – Periodicidade das visitas domiciliares

As visitas domiciliares aos pacientes acontecem de acordo com a avaliação da equipe, dependendo das condições clínicas dos pacientes e condições e habilidades do cuidador, podendo acontecer as visitas de forma semanal, quinzenal e mensal.

Comumente os pacientes cadastrados no Programa Melhor em Casa, no tablet E--SUS-AD, em prontuário eletrônico, recebe vistas semanais, entretanto, devido a 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 da equipe é 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.

4. OBJETIVOS

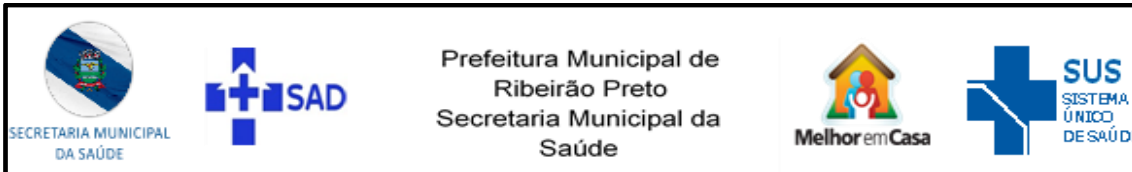
4.1. OBJETIVOS GERAIS

Proporcionar atenção e vigilância a saúde no domicílio, a partir do atendimento de um caso índice, 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, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (PORTARIA Nº 963, DE 27 DE MAIO DE 2013).

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Implementar as ações de Atenção domiciliar no Município de Ribeirão Preto;
- 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, reduzir custos;
- 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 e sob a supervisão da equipe de saúde;
- Orientar família/ cuidador quanto aos cuidados diários (diminuir nível de estresse, oferecer oficinas de cuidadores);



- Contemplar na formação acadêmica profissional da área da saúde o cuidado domiciliar;
- Realizar a atenção no domicílio através dos profissionais das unidades de saúde, dos núcleos de saúde da família e das EMAD/EMAP;
- 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

Pessoas atendidas na Rede de Atenção à Saúde do município, 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 com doenças transmissíveis, necessitando de cuidados específicos e educação em saúde;
- Pessoas consideradas em iminência de risco ou agravo à saúde, pelos profissionais das unidades de saúde, núcleos de saúde da família, profissionais dos 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;

- Pessoas em vulnerabilidade social;
- 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, e destacando a modalidade 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, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.

6. CRITERIOS DE ELEGIBILIDADE

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

- **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) e atividades da vida diária instrumentais (AVDI); plegias; distúrbios fonoaudiológicos; necessidade de cuidados de reabilitação fisioterápica, adaptação de órteses e próteses em AD;
- **Uso de drenos, cateteres e estomias;**
- **Cuidados paliativos (BRASIL, 2013).**

7. CRITÉRIOS 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 básica;
- A família consegue com autonomia prestar os cuidados;
- Pela institucionalização do paciente;
- 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 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

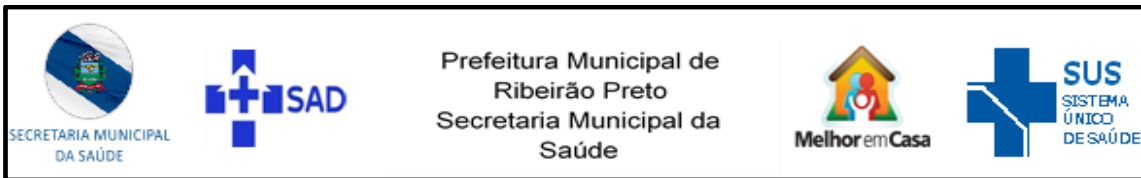
Cada vez mais o domicílio se transforma em cenário para provisão de cuidados, pensar em mudanças no modelo de assistência à saúde e no processo de trabalho dos profissionais é fundamental para esses usuários, cuidadores e famílias.

O atendimento deve ser integral e contínuo, favorecendo arranjos domiciliares construindo redes de apoio, facilitando acesso, estabelecendo parcerias e vínculos e distribuição equânime dos recursos.

A AD, no âmbito do SUS, deverá ser organizada em três modalidades, supracitadas, definidas a partir da caracterização do paciente cuidado e do tipo de atenção e procedimentos utilizados para realizar o cuidado.

Para atender os objetivos da AD, as equipes responsáveis pela assistência têm 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, elaborar oficinas para cuidadores/familiares, 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. Além das ações de educação permanente promovida pelos gestores; e assegurar, em caso de óbito, que o médico da EMAD, nas modalidades AD2 e AD3, ou o médico da Equipe de Atenção Básica, na modalidade AD1, emita o atestado de óbito (BRASIL, 2016).

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 frequente de sinais vitais; coleta de exames laboratoriais de menor complexidade; cuidados com o dispositivo de traqueostomia; adaptação ao uso de órteses/próteses; cuidados com a pele, cuidados com as sondas e estomias; 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, subcutânea e hipodermoclise.; suporte ventilatório domiciliar (invasivo e não-invasivo) e diálise peritoneal.

Os serviços de saúde podem se articular com o SAD-RP, para tanto foram desenvolvidos instrumentos para orientar e esclarecer sobre a inserção dos pacientes, conforme os Apêndices A e B.

Para ser acompanhado pelo serviço, o paciente precisa se enquadrar no perfil de elegibilidade, identificado pelo profissional da saúde, sendo necessário da solicitação para o SAD, através do preenchimento do **Formulário de Solicitação do Serviço de Atenção Domiciliar** (Apêndice B).

As solicitações são originadas pelos hospitais SUS, ambulatórios de especialidades, Unidade Básica de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF), as duas últimas são 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-RP

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 ambulatoriais especializadas (Brasil, 2012).



A produção do cuidado integral de modo compartilhado exige transformação nos processos e nos atores envolvidos, através de novas práticas de gestão e de atenção em saúde para produzir novos desenhos de modelos tecnoassistenciais, menos hierárquicos e mais horizontalizados (MERHY, 2002).

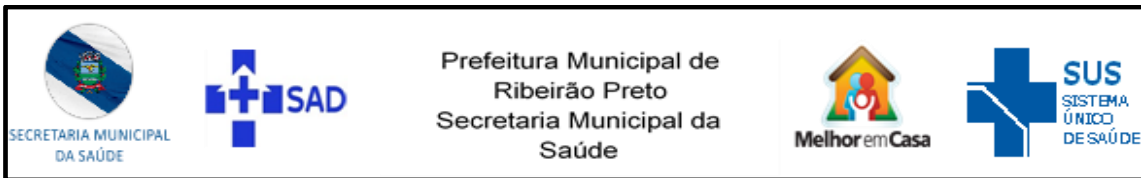
A equipe deve estar atenta para a renovação das práticas de saúde, transformando o processo de trabalho numa perspectiva de atenção integral, valorizando o cuidado centrado no paciente e família/cuidador, reconhecendo as dimensões humanas, biopsicológicas, socioeconômicas, políticas e culturais das pessoas 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 cuidado integral e integrado considerado como eixo norteador de transformação e inovação para atenção a saúde, contribuindo para a consolidação dos princípios do SUS.

SAD tem como finalidade **à atenção integral a toda unidade familiar**, iniciando-se através da atenção específica a um paciente (**caso índice**), 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 das 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/ESF, com os profissionais que realizam a AD podendo atuar diretamente com a EMAD de abrangência do Distrito de Saúde, 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 dos hospitais e trabalhadores das unidades de saúde e ESF. 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, devendo estar em consonância e respeitar as normas e legislação vigentes, inclusive no que se refere à guarda e manuseio. O prontuário deverá ser preenchido em duas vias, uma para o domicílio (prontuário domiciliar) e outra que fica com a equipe, prontuário institucional (BRASIL, 2013) e deverá conter os impressos do SAD-RP, apêndices como por exemplo, o Termo de consentimento assinado pelo paciente ou seu responsável ou cuidador.

Um importante recurso da AD é a implantação dos espaços coletivos, a elaboração do PTS compartilhado, manter reuniões semanais de equipe para discussão de casos, reuniões mensais e fóruns e congresso internacional e outras capacitações, como espaço de reflexão sobre o fazer dos profissionais que executam o cuidado no domicílio.

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. É importante que a equipe de atenção básica, ao detectar que o usuário reside só, tente resgatar a família dele.

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. Para mensurar e avaliar o risco ou o estresse do cuidador a equipe pode-se utilizar de recursos, ferramentas como escalas.



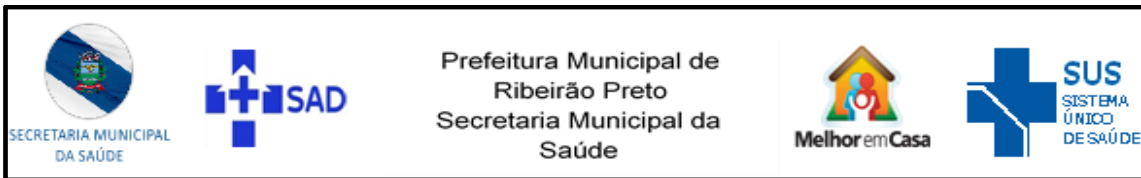
O cuidador necessita reestruturar sua vida para prestar o cuidado, privando-se de tempo de lazer, de exercer uma atividade laboral, sacrificando a rotina pessoal e, muitas vezes, sua saúde física, emocional e social. Dar atenção aos cuidadores, entendendo as barreiras físicas, sociais e emocionais envolvidas 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 e
- 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, estaremos preservando a saúde do cuidador.

As ações de qualificação do cuidador, preconizadas na Portaria GM/MS nº 825, de 25 de abril de 2016 estão estabelecidas para ampliar as ações de atenção à saúde, visando à humanização, ao acolhimento e à socialização das demandas inerentes ao



processo de cuidado, contribuindo para a saúde do paciente e do próprio cuidador (BRASIL, 2016).

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-RP sempre enfatizou pelo cuidado com o cuidador, antes mesmo da política nacional em 2011 e que traz esse destaque, que a realização da oficina para cuidadores é um pressuposto para a implantação do SAD no município.

Seguindo a diretriz do MEC as Equipe do SAD-RP promovem oficinas de cuidadores, que são encontros para trocas de experiências, aprendizado e lazer, é um momento de desestressar, sempre inovando, com uso de uma metodologia ativa, para a significativa participação dos cuidadores familiares. Foram realizados passeios nos parques, cinema, praças e shopping e na própria sede do SAD. A oficina pedagógica é um momento singular para o cuidador ser cuidado pela equipe. Isso propicia aproximação entre eles e favorece os vínculos.

O SAD-RP/ Melhor em Casa se preocupa com a atenção integral do paciente, valorizando a abordagem familiar e considerando a família como unidade de cuidado.

As EMAD/EMAP desempenham 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.

As oficinas de cuidadores estão pactuadas no Plano Municipal da Saúde, tamanha sua importância, pois cada vez mais o domicílio é apontado como cenário para o cuidado, e dependemos da presença do cuidador, que muitas vezes é um familiar, em torno de 65% dos cuidadores são familiares e 90% são mulheres, aproximadamente (CHAYAMITI, 2013).

E sabe-se que o cuidado no domicílio pode ser estressante e exaustivo por ser repetitivo e incessante, o que pode ocasionar ao cuidador uma sobrecarga, isto deve se também à grande complexidade e diversidade, demandam tempo, investimentos financeiros, habilidade etc. Outra ação fundamental da EMAD/EMAP é ofertar oficinas pedagógicas para os cuidadores. Essas oficinas são espaços que possibilitam trocas de



experiências, onde os cuidadores conversam, aprendem e ensinam e constroem juntos na arte do cuidar, devem ser abertas a todos os que estão envolvidos, como: cuidadores, familiares e amigos.

O SAD-RP vem realizando há anos esses espaços coletivos no intuito de estimular o autocuidado, aproximar e estabelecer vínculos entre as equipes e cuidadores, contribuindo para minimizar as dificuldades demandadas pelo cuidado diário prestado.

A adesão do cuidador deve ser espontânea, estimulada e sempre com suporte de informação, nunca imposta. A divulgação é feita durante as visitas domiciliares. Elaboramos sempre uma programação que atenda o cuidar do cuidador, focamos no bem-estar, relaxamento, escuta qualificada, brincadeiras, danças, sorteios, presentes e brindes. Normalmente é um momento muito produtivo, impar e riquíssimo para cada participante.

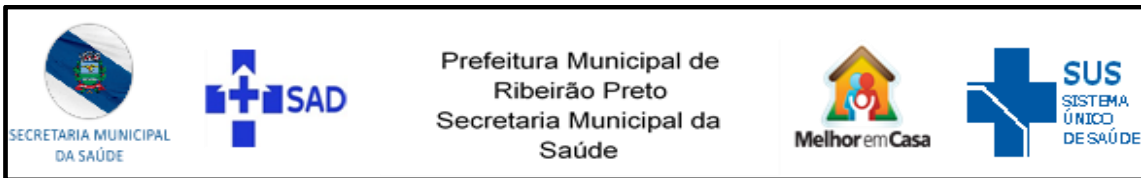
8.3. RECURSOS MATERIAIS, EXAMES, INSUMOS E MEDICAMENTOS

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, faz-se necessária a composição de uma lista de materiais e medicamentos que devem constar na unidade, nas visitas domiciliares e durante a realização de alguns procedimentos.

Os exames diagnósticos a serem solicitados pelos médicos da AD, nas visitas domiciliares se restringem aos exames de apoio diagnóstico padronizados pela SMS-RP.

A solicitação é feita em impresso próprio, na UBS/ESF de referência do domicílio ou pelo médico do SAD.

Os encaminhamentos para especialidades e as internações eletivas seguem o fluxo da unidade de referência do domicílio, encaminhados ao Complexo Regulador, seguindo a regionalização do município.



A UBS/ESF faz o fornecimento de materiais e medicamentos padronizados, com o devido receituário médico/enfermeiro, para os pacientes atendidos pelo SAD-SMS-RP. Quando se faz necessário, o SAD disponibiliza para a família (como empréstimo), materiais e equipamentos fundamentais para a continuidade da atenção.

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 rediscutirá 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.

8.4. 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. Para o manejo dessas situações, existem ferramentas que nos auxiliam na gestão do cuidado da atenção domiciliar, que são o Acolhimento, Clínica Ampliada, Apoio Matricial e o Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2013)

Pelas características da atenção domiciliar o PTS representa um importante dispositivo que as EMAD/EMAP devem 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 comum, 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).

8.5. 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).

No SAD devido à necessidade do trabalho constante com o cuidador é necessário compreender a dinâmica familiar, uma vez que essa pode impactar diretamente no cuidado do paciente no domicílio. Dessa forma podemos utilizar o **Genograma** e o **Ecomapa** para compreender essa dinâmica.

O Genograma permiti identificar, de maneira mais rápida, a dinâmica familiar, estrutura e as relações, padrões de doenças, relacionamentos, os conflitos e suas possíveis implicações, com a criação do vínculo entre o profissional e a família/indivíduo.

O Ecomapa constitui-se uma ferramenta para melhor compreensão familiar e das relações entre o paciente e o meio social no qual está inserido. Esse é considerado



complementar ao Genograma, o Ecomapa Ajuda a avaliar os apoios, os suportes disponíveis, sua utilização pela família, e pode apontar a presença de recursos.

Em suma a utilização dessas ferramentas, permite para a equipe, o entendimento das situações encontradas, contribui para o fortalecimento do vínculo paciente/cuidador/equipe, elaboração de estratégia e metas eficazes, que impactará na eficácia das ações na AD.



9. SAD-RP COMO CAMPO DE ESTÁGIO E O CONVÊNIO COM AS UNIVERSIDADES

Devido à grande malha de conhecimentos proporcionados pelo serviço, é de suma importância manter o SAD como campo de estágio, ampliando tal espaço para a participação de alunos estagiários das universidades conveniadas e profissionais dos hospitais SUS.

O SAD conta com a parceria das Universidades do município de Ribeirão Preto, destacando a oferta do atendimento de psicologia para oferecer apoio aos cuidadores, e ampliação da cobertura da assistência fisioterápica pelos alunos dos cursos de fisioterapia.

A atuação das universidades no SAD, deve ser conforme o convênio estabelecido com a SMS-RP. Todo atendimento feito no domicílio deve ser discutido com a equipe das unidades, pelo docente responsável e pelo profissional que realiza o SAD, na unidade de referência do paciente. Todos os procedimentos devem ser registrados no prontuário da ESF/UBS e prontuário domiciliar. Qualquer necessidade de ajuste deverá ser efetuada prontamente.

A avaliação deve ser constante, pelos docentes e profissionais que realizam o SAD. Quanto à avaliação dos convênios a Coordenação do SAD deve manter reuniões com os docentes responsáveis inicialmente uma vez por semestre ou sempre que necessário.

Relatórios sobre as visitas domiciliares e acompanhamento dos pacientes/cuidadores são entregues a cada final de turma/ semestre. Docentes são os responsáveis pela entrega, com dados como: Hygia, idade do paciente, patologia, encaminhamentos, entre outros. Os protocolos da SMS-RP e SAD-RP são sistematicamente seguidos pelas universidades.

A contribuição da universidade na capacitação das equipes do SAD é de fundamental importância, e tem acontecido na atualidade.

10. 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 registro, a sistematização e a análise das informações produzidas são processos centrais para a gestão do processo de trabalho do SAD, principalmente quando possibilitam a apropriação e a discussão coletiva de aspectos que refletem na prática das equipes, podendo demonstrar fragilidades e potencialidades da produção de cuidado em AD, fundamentais para o planejamento de ações em relação as necessidades do usuário. As informações produzidas a partir das ações em AD devem ter valor de uso para todos os atores envolvidos no processo (BRASIL, 2016).

O SAD-RP começou 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). São eles: Taxa de mortalidade para a modalidade internação domiciliar, taxa de internação após atenção domiciliar, taxa de infecção para a modalidade internação domiciliar, taxa de alta da modalidade assistência domiciliar, taxa de alta da modalidade internação domiciliar. Como o município não se habilitou para a modalidade de internação domiciliar, os indicadores foram adaptados para:

- Taxa de mortalidade na atenção domiciliar;
- Taxa de internação após atenção domiciliar
- Taxa de alta da modalidade atenção domiciliar

Utiliza-se metas e outros indicadores próprios:

- Taxa de desospitalização;
- Estabelecer o fluxo de preparo de altas hospitalares com os principais hospitais SUS e fortalecer o sistema de referência e contra referência na rede de saúde;
- Taxa de cobertura de viaturas para a RAS;
- Ampliar a taxa de cobertura (100%), quanto ao recebimento de viaturas pelas equipes, pelo menos uma vez por semana nas UBS e ESF se necessário;
- Taxa de atenção domiciliar para pessoas com idade igual ou maior de 90 anos;
- desospitalização;
- Identificar e estabelecer a visita domiciliar (com plano de atenção) para todas as pessoas com mais de 90 anos e aos acamados com agravos que impossibilitam o autocuidado e locomoção, pelo menos uma vez ao mês;
- Taxa de visitas domiciliares realizadas em Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada – ODP;
- Estabelecer a VD para pacientes em uso de oxigenoterapia domiciliar, conforme protocolo de – SAD;
- Taxa de uso de equipamentos emprestados na AD. Melhorar as condições de atendimento aos acamados inscritos no SAD, através do empréstimo de materiais e equipamentos que constam na padronização do SAD - SMS-RP.
- Taxa de satisfação do paciente/usuário da AD;
- Desenvolver pesquisas periódicas de satisfação do usuário.
- Avaliar o número de atendimentos na AD por categoria profissional, realizados/ previstos.
- Avaliar número de reuniões realizadas/ previstas. Avaliar número de VD realizadas/ previstas.
- Avaliar número de VD solicitadas/ atendidas.
- Avaliar número de planejamentos integrados (equipe e família) de AD realizados/ previstos.
- Avaliar número de internações e/ou reinternações.



• Avaliar número de usuários recuperados (alta por recuperação). Avaliar número de usuários em AD.

Além de outros indicadores pelo MEC (BRASIL, 2016)

- Média de permanência geral;
- Média de permanência por agravo;
- Percentual dos usuários classificados por modalidades da AD como AD1, AD2 e AD3 na admissão;
- Percentual de usuários por serviço de origem (procedência);
- Percentual de usuários por conduta/ motivo de saída (desfecho);
- Percentual de usuários emAD por agravo/condição avaliada;
- Capacidade de atendimentos do SAD;
- Percentual de alta do SAD.

11. PADRONIZAÇÃO DAS AÇÕES NO SAD

A normatização dos processos de trabalho em saúde tem por objetivo orientar os profissionais de saúde quanto às intervenções clínicas, baseados em evidência, na avaliação tecnológica, visando à garantia da qualidade do atendimento (BRASIL, 2013).

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).

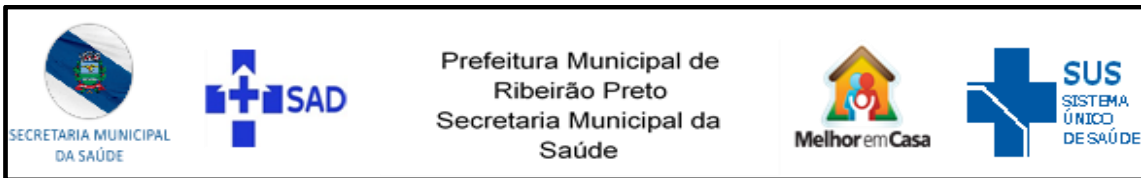
O protocolo proposto deve considerar sua finalidade, como plano exato e detalhado para o estudo de um problema de saúde humana, para implementação de um esquema terapêutico resultando na sistematização da assistência, maximizando o potencial humano reduzindo os custos (BORGES, 2008).

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 SAD-RP tem elaborado os protocolos e POP com o intuito de organização, resolubilidade na atenção, atentando com as frequentes revisões. E para isto são elencadas as parcerias e interfaces dentro da SMS-RP e também fora, com universidades parceiras, hospitais, outras secretarias etc, sempre que necessário.

Os instrumentos e capacitações são construídos a partir da necessidade do SAD assim como de toda Rede Municipal da Saúde.



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). Gerenciar o resíduo de saúde, seguir normas da SMS-RP.

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.

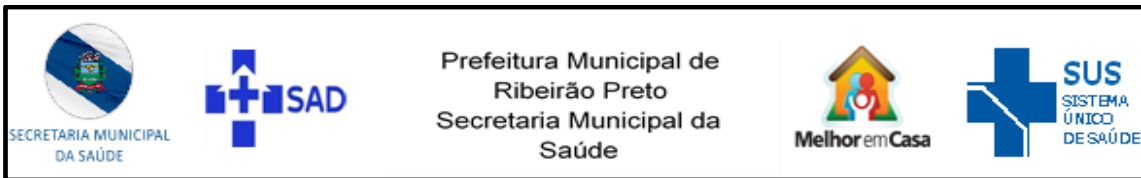
Assim como, se o paciente necessitar de ODP, deverá ser encaminhado ao a equipe do SAD – sede. Para os pacientes com úlceras por pressão, o enfermeiro deve seguir o Manual de Atenção Integral as Pessoas com Feridas Crônicas. Portanto, conforme diagnóstico do paciente a equipe deve estar alerta às diretrizes e protocolos da Secretaria Municipal da Saúde.

Os instrumentos próprios do SAD deverão ser utilizados para sistematizar e facilitar o processo de trabalho são eles:

11.1 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) disponível no site da prefeitura de Ribeirão Preto/SP- na Secretaria Municipal da Saúde (<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/sad/i16indice.php>), qualquer profissional da saúde poderá preenchê-lo (UBS/UBDS, ambulatórios de especialidades, hospitais e outros) e deverá encaminhá-lo para o Serviço de Atenção Domiciliar pelo



email: sad@saude.pmrp.com.br. a Unidade de Saúde de referência do paciente, para a avaliação do enfermeiro que servirá de pré-avaliação.

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. A consulta, médica deve ser estimulada pela equipe, reforçando a necessidade desta, não faltando aos agendamentos.

Para inclusão no SAD, verificar se o paciente se enquadra na população alvo e os critérios de exclusão. Caso o paciente é atendido por outro serviço de atenção domiciliar, o próprio paciente e/ou a família deverão definir qual o serviço que fará o acompanhamento, para evitar divergências de condutas que levariam o prejuízo para a evolução do paciente. Na visita domiciliar, o enfermeiro realiza o atendimento, se for um atendimento pontual e/ou não houver a indicação do cadastro no SAD, por que não atende aos critérios, encerra-se o caso. Quando o seguimento no SAD não for possível, a família deverá ser encaminhada para a rede de apoio social, serviços e encaminhamentos afins.

12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretendemos, com esse Manual, descrever a atual condição do Serviço de Atenção Domiciliar em Ribeirão Preto, visando à implementação do mesmo, com a finalidade de concretizar transformações desejadas, relacionada aos pacientes, à família ou cuidadores, às instituições de saúde e à formação de profissionais da área, bem como 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.

É de suma importância ter uma saúde pública de qualidade, todos ganham, a população, os trabalhadores da saúde e o gestor do serviço público. 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.

O SAD-RP está em constante alterações, em relação a ampliação e introdução de tecnologias.

A manutenção e ampliação para que possamos de fato ter 100% de cobertura às pessoas que necessitam do serviço é fundamental para assegurar a continuidade da atenção em saúde no município de Ribeirão Preto (CHAYAMITI, 2017).

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.

BORGES E.L., et al. Feridas: como tratar. 2ª ed. Belo Horizonte: Coopmed Ltda.; 2008.248p.

BRASIL. Presidência da República. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília – DF, 1990.

BRASIL. Presidência da República. LEI Nº 10.424, DE 15 DE ABRIL DE 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Brasília – DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria Nº 2.416 de 23 de março de 1998. Dispõe sobre os requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no âmbito do SUS, Brasília - DF, 1998.

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://bvsmms.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 Nº 2.527, DE 27 DE OUTUBRO DE 2011 (Revogado pela PRT GM/MS nº 963 de 27.05.2013). Brasília – DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.029, DE 24 DE AGOSTO DE 2011 (Revogada pela PRT GM/MS Nº 2.527 DE 27.10.2011). Brasília – DF, 2011.

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 Atenções 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. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar, vol.2. Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

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, Portaria Nº 1.505, DE 24 DE JULHO DE 2013. Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). 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.

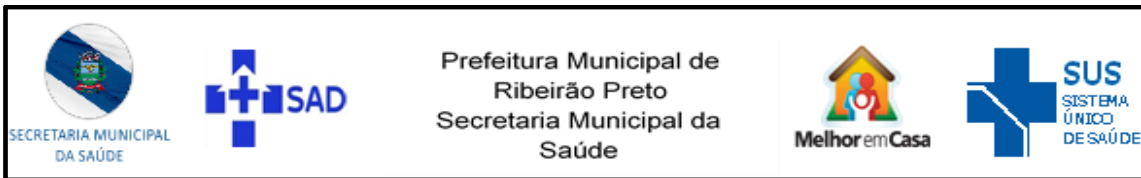
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Manual de monitoramento e avaliação : Programa Melhor em Casa / Brasília, 2016. 48 p. : il. Modo de Acesso: World Wide Web: . ISBN 978-85-334-2200-1. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_monitoramento_avaliacao_programa.pdf . Acesso em 09 de novembro de 2018.

BRASIL. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 78, 03 DE Out. 2017. Seção 1. p. **Portaria de Consolidação Nº 5 E 6, De 28 de Setembro de 2017.** Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2017/iels.out.17/Iels194/U_PRC-MS-GM-5_280917.pdf Acesso em 28/11/2017.

CHAYAMITI, E.M.P.C., et al. Difusão da inovação: recomendações para tratamento de feridas crônicas nas unidades da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto - SP, 2004.

CHAYAMITI, E.M.P.C; CALIRI, M.H.L. Úlcera por pressão em pacientes sob assistência domiciliária. ACTA Paulista de Enfermagem, 20 (1): 29-34, 2010.

CHAYAMITI, E.M.P.C. **CUIDADOR... E AGORA?** *Palestra no I Congresso Sul-brasileiro de Atenção Domiciliar e II Encontro de Atenção Domiciliar da Região Sul do Brasil.* Porto Alegre/RS. Porto Alegre - RS, 26 de Julho de 2013.



CHAYAMITI, E.M.P.C. Entrevista para elaboração do vídeo do SAD. I Congresso Internacional de Atenção Domiciliar de Ribeirão Preto: Fortalecendo a Rede de Saúde, com a temática: compartilhando saberes e práticas, contemplado pelo Programa de Apoio a Eventos no País – PAEP: CAPES-Edital nº 03/2017 CAPES/PAEP. Ribeirão Preto, 2017. Disponível em:

<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/sad/i16video-sad.php>

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.

MACHADO, I. T; ORLANDINU, A. A; ZAZZETTA, M, S. et al. Sobrecarga, perfil e cuidado: cuidadores de idosos em vulnerabilidade social. Ver. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2018; 21(2): 199-209.

MERHY, E. E. Saúde: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Editora HUCITEC, 2002.

NERY, B. L. S., et al. Características dos serviços de Atenção Domiciliar. Rev enferm UFPE on line., Recife, 12(5):1422-9, maio., 2018.

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

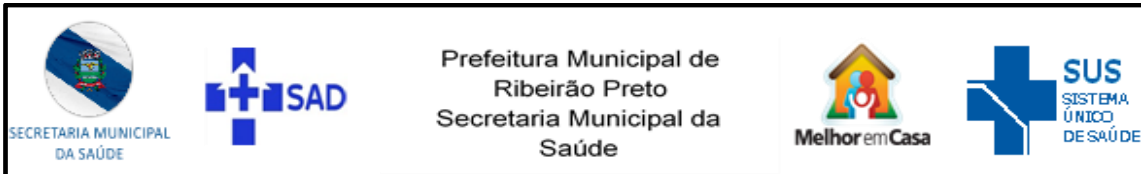
PEREIRA, M. J. B. O trabalho da enfermeira no Serviço de Assistência Domiciliar: potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem. Ribeirão Preto, 2001. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, p.22.

PEREIRA, M.J.B.; et al. Assistência domiciliar - Instrumento para potencializar processo de trabalho na assistência e na formação. IN MS/OPAS - Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análises - vol.2, Brasília - DF, 2004, p. 71-80.

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

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Serviço de Assistência Domiciliar. Projeto para Implantação de um Serviço de Atenção Domiciliar Distritalizado e Integrado. Ribeirão Preto - SP, 2007.

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.



VILLAS BÔAS, Maria Leopoldina de Castro. Programa de internação domiciliar do Distrito Federal: avanços e desafios. 2014. 161 f., il. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)—Universidade de Brasília, Brasília, 2014.



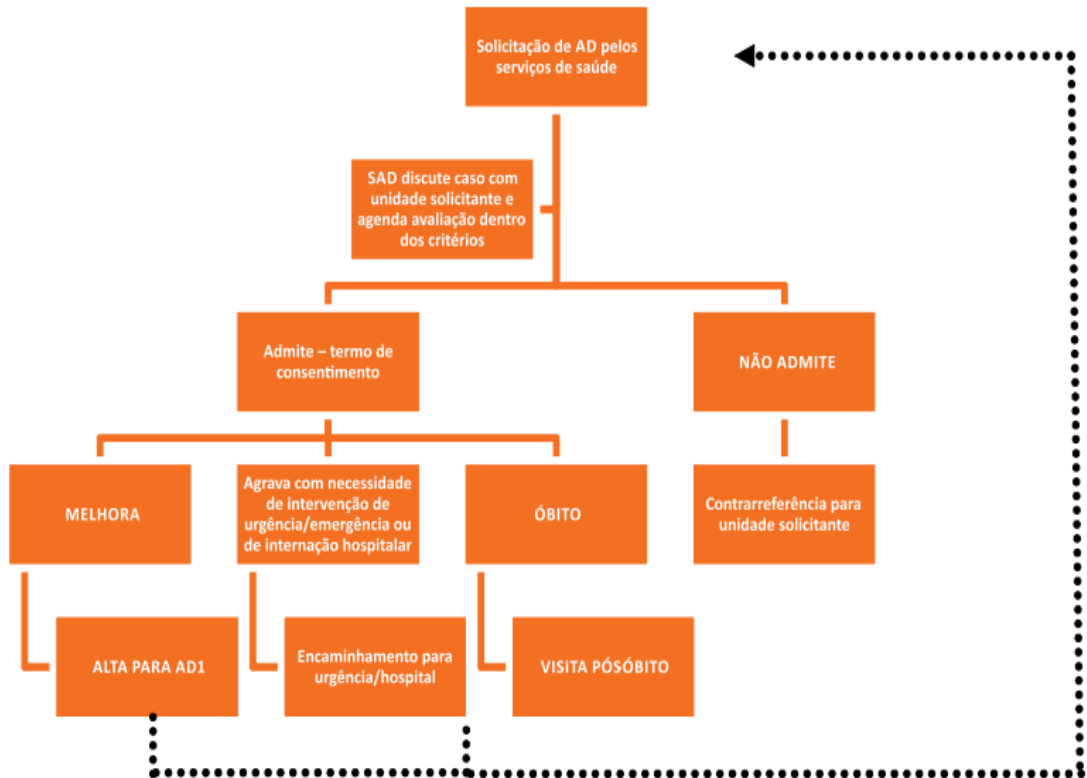
APÊNDICES

São alguns dos apêndices do SAD-RP:

- 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
- Recibo/ Termo de Empréstimo/Responsabilidade de Equipamento – apêndice H;
- Primeira Consulta de Enfermagem no Domicílio - apêndice I;
- Boletim do SAD – apêndice J;
- Controle do Seguimento no SAD – apêndice K.

Apêndice A – Fluxograma do Serviço de Atenção Domiciliar

SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR - SAD SMS-RP



Fonte: (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2012).

Apêndice B – Formulário de Solicitação do Serviço de Atenção Domiciliar



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Secretaria Municipal da Saúde
Serviço de Atenção Domiciliar



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR – SAD

DADOS DO(A) PACIENTE:

Nome:		
Idade:	CNS:	Hygia:
Cuidador responsável:		Parentesco:
Endereço:		Nº:
Bairro:	Complemento:	
Telefone residencial:	Telefone celular:	
Unidade de referência:		

DADOS DO(A) PROFISSIONAL SOLICITANTE:

Nome:	
Registro profissional:	
Unidade:	
Telefone:	E-mail:

DADOS CLÍNICOS:

Diagnóstico:	CID10:
Motivo da solicitação:	
Modalidade de atendimento: AD1 <input type="checkbox"/> AD2 <input type="checkbox"/> AD3 <input type="checkbox"/>	

GRUPO/ESPECIFICAÇÃO

<input type="checkbox"/>	GT - Gestante
<input type="checkbox"/>	PUE - Mulher em puerpério
<input type="checkbox"/>	RN - Ter de 1 a 29 dias
<input type="checkbox"/>	DT - Dependente total (acamado, desloca-se carregado)
<input type="checkbox"/>	DP - Dependente Parcial (Desloca-se andando com ajuda de 1 pessoa)
<input type="checkbox"/>	IP - Independente Parcial (Desloca-se com auxiliares como andador, bengala, parede, etc.)
<input type="checkbox"/>	IT - Independente Total (Deslocar-se sozinho, sem auxiliares)
<p>PARECER DO SAD: Deferido <input type="checkbox"/> Indeferido <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura</p>	

DEFINIÇÃO: Portaria nº 825/GM/MS, de 25 de abril de 2016.

A **ATENÇÃO DOMICILIAR (AD)** é uma modalidade de atenção à saúde prestada em domicílio. O **SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)** complementa os cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência e substitui ou complementa à internação hospitalar.

INDICAÇÃO:

A **AD** é indicada para pessoas em condição de **ESTABILIDADE CLÍNICA** que necessitam de atenção à saúde em situação de **RESTRIÇÃO AO LEITO** ou **RESTRIÇÃO AO LAR**, para tratamento, cuidados paliativos, reabilitação e prevenção de agravos.

ORGANIZAÇÃO:

AD 1: usuário que apresente problemas de saúde controlados/compensados; dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; necessite de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde; frequência das visitas, a partir da avaliação clínica, de 1 visita/mês, dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

AD 2: usuário que apresente problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; necessite de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, até a estabilização do quadro; necessidade de, pelo menos, 1 visita/semana, com o fim de abreviar ou evitar hospitalização.

AD 3: usuário semelhante aos da AD 2, mas que façam uso de equipamentos / procedimentos especiais; paciente de maior complexidade, exigindo abordagem multiprofissional sistematizada e frequente; necessidade de, pelo menos, 1 visita/semana; habitualmente de caráter crônico.

EQUIPE PRESTADORA DE CUIDADO:

A **EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR (EMAD)** presta atendimento ao usuário elegível **APENAS** nas modalidades **AD 2** e **AD 3**. A assistência na modalidade **AD 1** é de responsabilidade das **EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA**.

Apêndice C – Folha de Rosto



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Secretaria Municipal da Saúde
Serviço de Atenção Domiciliar



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: _____

TEM CUIDADOR? () NÃO () SIM NOME: _____ PARENTESCO: _____

GRAU DE DEPENDÊNCIA P/ DESLOCAMENTO: () DEP. TOTAL () DEP PARCIAL () ACAMADO
() CADEIRANTE () USA MULETA/ANDADOR () INDEPENDENTE PARCIAL () INDEPEND. TOTAL

FAZ USO DE: () Sonda Vesical () CISTOSTOMIA () Sonda Enteral () GASTROSTOMIA
() CANULA TRAQUEO () PROTESE () ORTESE () DRENOS – LOCAL: _____

USO: () TEMPORÁRIO () PERMANENTE

USA EQUIPAMENTOS EMPRESTADOS PELO SAD? () NÃO () SIM – QUAL: _____

TIPO DE ATENDIMENTO REALIZADO PELO SAD

() ODP-Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada FONTE: _____ () CPAP () BIPAP

() PROCESSO JUDICIAL () SMS () DRS XIII

Processo n.º: _____ DATA DE ENTRADA: ____/____/____

() OHB-Oxigenoterapia Hiperbárica () BIPAP () CPAP () Fraldas descartáveis

OUTROS: ESPECIFICAR: _____

OBS: _____

() LESÕES/CURATIVO DATA DA ENTRADA: ____/____/____

TIPO/CAUSA DA LESÃO: _____ MÉDICO: _____

() FISIOTERAPIA INÍCIO: ____/____/____ ALTA: ____/____/____

OUTROS: ESPECIFICAR: _____

Ribeirão Preto, ____ de ____ de ____.

Responsável pelo preenchimento: _____

Apêndice D - Avaliação Social do Domicílio e da Família



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Secretaria Municipal da Saúde
Serviço de Atenção Domiciliar



AVALIAÇÃO SOCIAL DO DOMICÍLIO E DA FAMÍLIA

Dados pessoais:

Nome: _____ Hygia: _____
End: _____
Bairro: _____ Unidade de referência _____
Nasc.: ____/____/____ Tel: _____
Cartão SUS: _____ Escolaridade: _____
Nome do cuidador principal ou responsável: _____
Se o/a paciente estiver internado/a, qual a previsão de alta hospitalar: _____
Processo de desospitalização pelo SAD? () sim () não
Nome do hospital: _____
Convênio médico: _____

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 E – Termo de Consentimento Livre e Informado



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Secretaria Municipal da Saúde
Serviço de Atenção Domiciliar



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.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura _____

Exclusivo para ODP

Comprometo-me a usar a oxigenoterapia, a zelar pelo equipamento, bem como não retirá-los do domicílio onde foi instalado. Usa-lo conforme prescrição médica, renovar meus exames na data recomendada e cumprir todas as orientações dadas pela equipe do SAD.

Estou ciente que em casos de Instituições de Longa Permanência de Idosos e Clínicas de Repouso, existe a Lei Nº 13.341/2014 que dispõe sobre a obrigatoriedade das clínicas e residências geriátricas manterem em suas unidades equipamentos destinados à oxigenoterapia contínua e seus complementos, portanto, os equipamentos não podem ser transferidos do domicílio para estas instituições.

Comprometo-me ainda a comparecer ao SAD a cada 60 dias para informar se ainda faço uso de oxigênio suplementar, atualizar endereço e telefones. O não comparecimento do paciente/familiar ao SAD, pode implicar na exclusão do paciente no serviço de oxigenoterapia domiciliar.

Assinatura: _____

Data do retorno	Nome	Parentesco	Assinatura

Apêndice G – Ficha de Avaliação e Acompanhamento de Pessoas com Feridas

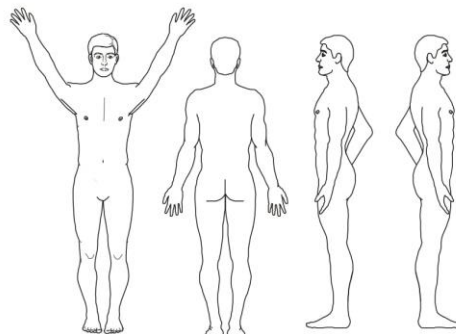


Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Secretaria Municipal da Saúde
Serviço de Atenção Domiciliar



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)

() 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

Marque a área de teste na figura abaixo
 ⊕ sim ⊖ não

DIREITO ESQUERDO

Doenças e Antecedentes

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

Mobilidade

Desambula ()
 Desambula 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- Deiscência
 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 – serosanguinolento 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 H - Termo de Empréstimo



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Secretaria Municipal da Saúde
Serviço de Atenção Domiciliar



TERMO DE EMPRÉSTIMO/RESPONSABILIDADE DE EQUIPAMENTO

Declaro receber, a título de empréstimo, na presente data, o aparelho/equipamento: _____pertencente ao **Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto**, que será utilizado pela (o) paciente _____, Hygia: _____, Data de nascimento: __/__/____, em sua residência, no endereço: RUA: _____, Nº: _____, bairro: _____, telefone: _____, UBS/UBDS de referência: _____.

O familiar/cuidador é responsável pela sua guarda e conservação, devendo comunicar este Serviço qualquer alteração de endereço, telefone ou quando o paciente não precisar mais do equipamento (alta médica, óbito ou desistência do uso), deverá devolvê-lo ou entrar em contato com o SAD para providenciar a retirada do equipamento no domicílio, pelos **telefones 3977-7106 / 3977-7111**.

Ainda, o responsável deverá tomar as devidas providências em quaisquer eventualidades (danos, desaparecimento ou roubo), assim como avisar o SAD.

Em caso de perda ou roubo, o responsável deverá realizar o boletim de ocorrência (BO) e entrar em contato com o Serviço.

Está proibida a saída do equipamento para fora do município de Ribeirão Preto, exceto com solicitação prévia e autorização do Serviço.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2018.

Nome do Responsável: _____

RG: _____ **Parentesco:** _____

Telefone: _____

Assinatura _____

Devolvido em: __/__/__

Recebido no SAD pelo Profissional: _____

Apêndice I - CONSULTA DE ENFERMAGEM NO DOMICÍLIO



CONSULTA DE ENFERMAGEM NO DOMICÍLIO

NOME: _____ HYGIA: _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____ BAIRRO: _____

TELEFONE: _____ UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO: _____

ONDE FAZ ACOMPANHAMENTO MÉDICO? _____ NOME DO MÉDICO: _____ CRM: _____

ACOMPANHADO EM ALGUM PROGRAMA DE SAÚDE? () SAD () ODP () 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 TÓPICOS 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 OCRES () DESCORADA

() ERITEMA () EQUIMOSE

NECESSIDADE DE OXIGENAÇÃO

() TRAQUEOSTOMIA () VENTILADOR () ODP () EUPNÉICO () DISPNEICO () BRADPNÉICO () TAQUIPNÉICO () 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
----	-------	----	-----	----	---------	---	----

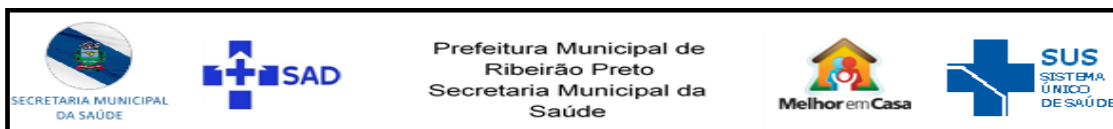
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM: _____

EVOLUÇÃO: _____

DATA DA VISITA: ___/___/___ RESPONSÁVEL: _____

Apêndice K - Controle do Seguimento no SAD-RP



**CONTROLE DE SEGUIMENTO NO SAD
BOLETIM SAD - controle individual**

Nome: _____ Hygia: _____

Data Nasc: __/__/____

Idade: _____

Grupo: _____

Profissionais: _____

Diagnóstico / causa da visita: _____

Procedimentos: _____

(Usar códigos para preenchimento)

DATAS VISITAS			Cod	Diagnóstico / motivo da VD
			01	Alterações com a gestante
			02	Amputação
			03	Anóxia neonatal 32
			04	AVC---251
			05	Campanha vacinal 54
			06	Convocação 47
			07	Cuidados paliativos 14
			08	Desospitalização13
			09	Diabetes -60
			10	Distúrbios alimentares 100
			11	Doenças cardíacas 7
			12	Doenças infecciosas, inflamatórias e reumáticas
			13	Doenças respiratórias 4
			14	Doenças / síndromes congênicas 33
			15	Doença renal 20
			16	Feridas 147
			17	Fraturas 47
			18	HIV/aids 32
			19	Hipertensão 53
			20	Idosos 97
			21	Imunização39
			22	Mal formações congênicas 32
			23	Neoplasias 12
			24	Obesidade 3

				25	Outros traumas 11
				26	Paciente com BiPAP / CPAP 3
				27	Paciente em uso de ODP 10
				28	Paciente faltoso 18
				29	Pós cirúrgico 10
				30	Processo judicial 27
				31	Puerpério 2
				32	Rn 4
				33	Rn de risco
				34	Seqüela motora por doença neurológica 7
				35	Transtornos mentais 6
				36	Casos psiquiátricos 2
				37	Trauma raqui medular 3
				38	Vulnerabilidade social 12
				39	Outros 20

ALTA: _____

INTERNAÇÃO: _____

ÓBITO: _____