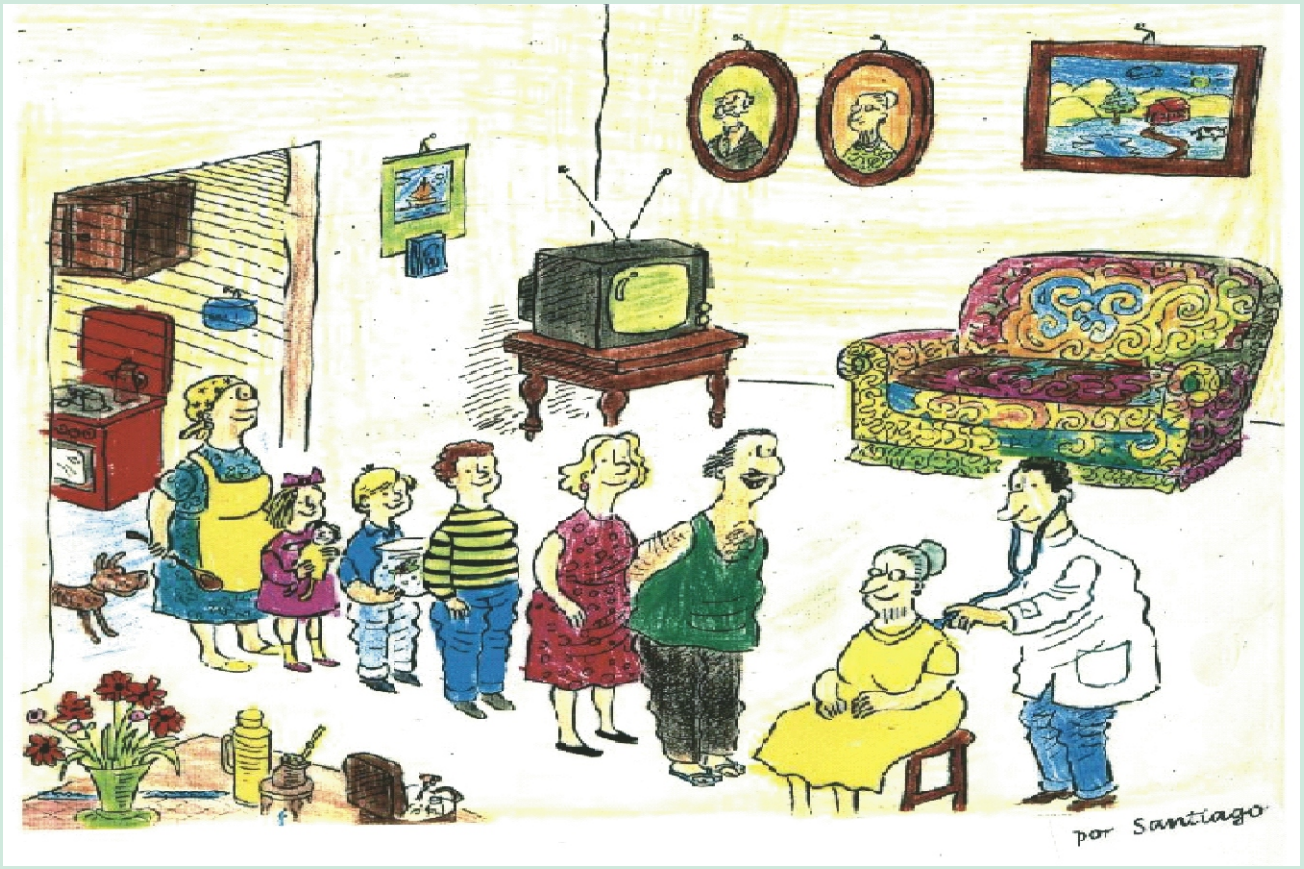
MANUAL DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



Organizador

José Mauro Ceratti Lopes

Colaboradores

Carmen Luiza Fernandes
Maria Lúcia M. Lenz
May-Britt Heyer
Simone Valvassori

PORTO ALEGRE/RS - NOVEMBRO DE 2003

MANUAL DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Organizador

José Mauro Ceratti Lopes
Médico de Família e Comunidade

Colaboradores

Carmen Luiza Fernandes
Médica de Família e Comunidade

May-Britt Heyer
Enfermeira

Simone Valvassori
Enfermeira

Ilustrações

Da capa: cartunista Santiago, capa do Jornal “O Grupo”, 1984.
Do texto: Maria Lúcia Medeiros Lenz

Projeto Gráfico

Ventre Comunicação - ventre@terra.com.br

PORTO ALEGRE/RS - NOVEMBRO DE 2003

Ministério da Saúde

Secretaria de Políticas de Saúde

Cordenação Nacional de DST/AIDS

Grupo Hospitalar Conceição

Diretor Superintendente: João Motta

Serviço de Saúde Comunitária

Gerente: Eno Dias de Castro Filho

Coordenadora: Inês Gageiro Kieling

Assistente Técnico: Carlos Grossman

Supervisor Administrativo: João Batista Ramos

B823m Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição
Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde; organizado por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre : Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.

1.Saúde pública -Rio Grande do Sul- Assistência domiciliar. 2.Saúde comunitária -Rio Grande do Sul- Assistência domiciliar. 3.Lopes, José Mauro Ceratti, org. I.Título.

CDU 614.255(816.51)(035)
614.253.5(816.51)(035)

Catalogação elaborada por Izabel A. Merlo, CRB 10/329.

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO....5
1 - UM POUCO DE HISTÓRIA....7
1.1 - Grupo Hospitalar Conceição....7
1.2 - Serviço de Saúde Comunitária....7
1.3 - O atendimento domiciliar....8
2 - INTRODUÇÃO....9
3 - CONCEITOS FUNDAMENTAIS....11
3.1- Assistência domiciliar....11
3.1.1 - Atendimento domiciliar....11
3.1.2 - Internação domiciliar....11
3.1.3 - Acompanhamento domiciliar....11
3.1.4 - Vigilância domiciliar....11
3.2 - Cuidador....12
3.3 - Visita Domiciliar (VD)....12
4 - QUAIS PRINCÍPIOS DEVEM ORIENTAR A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR?....13
4.1 - Abordagem integral à família....13
4.2 - Consentimento da família, participação do usuário e existência do cuidador....13
4.3 - Trabalho em equipe e interdisciplinaridade....13
4.4 - Adscrição da clientela....14
4.5 - Inserção na política social local....14
4.6 - Estímulo a redes de solidariedade....14
5 - OPERACIONALIZANDO A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR....15
5.1 - Definindo quando realizar....15
5.2 - Fluxo da assistência domiciliar....16
5.2.1 - Acolhimento da solicitação....16
5.2.2 - Avaliação da solicitação de assistência domiciliar....17
5.2.3 - Realização da visita domiciliar....17
5.2.4 - Inclusão no programa de assistência domiciliar....18
5.2.5 - Implementação do plano de assistência domiciliar....19
5.3 - Registro da assistência domiciliar....19
5.4 - Orientando a família e o paciente....19
5.5 - Avaliação e controle da assistência domiciliar....20
5.5.1 - Satisfação do usuário....20
5.5.2 - Indicadores de avaliação....20
5.5.3 - Indicadores de resultados....21
6 - OS RECURSOS HUMANOS E ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR....23
6.1 - Atribuições da equipe como um todo....23
6.2 - Da recepção....23
6.3 - Do médico....23
6.4 - Do enfermeiro....24
6.5 - Do auxiliar e técnico de enfermagem:....24
6.6 - Do agente comunitário de saúde....24
6.7 - Do cirurgião dentista....24
6.8 - Do auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental....25
6.9 - Do psicólogo....25
6.10 - Do assistente social....25
6.11 - Do terapeuta ocupacional....26
6.12 - Do cuidador....26
6.12.1 - Cuidador sem formação profissional....26
6.12.2 - Cuidador com formação profissional....26
6.13 - Do coordenador do programa de assistência domiciliar....26
7 - RECURSOS MATERIAIS NECESSÁRIOS....27
7.1 - Material da maleta de visitas domiciliares SSC-HC....27
8 - REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA....29
9 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E ALTA NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR....31
9.1 - Critérios de inclusão na assistência domiciliar....31
9.2 - Critérios de desligamento ou alta da assistência domiciliar....31

10 - CONCLUSÃO 33
11 - ANEXOS 35
Anexo 01 - Registro do atendimento assistência domiciliar 35
Anexo 02 - Registro de acompanhamento domiciliar 36
Anexo 03 - Avaliação da qualidade do acompanhamento domiciliar.....37
Anexo 04 - Ficha de acompanhamento da enfermagem.....38
Anexo 05 - Consentimento informado 39
Anexo 06 - Prontuário domiciliar.....40
Anexo 07 - Vigilância à saúde domiciliar de populações específicas.....41
Anexo 08 - Formulário para consultoria.....43
Anexo 09 - Treinamento de cuidadores.....44
12 - BIBLIOGRAFIA.....45
13 - ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA 47

APRESENTAÇÃO

Ao completar seus primeiros 20 anos de existência, o Serviço de Saúde Comunitária do GHC (MS) traz aos trabalhadores de saúde, gestores e à Universidade uma sistematização de sua experiência em atenção domiciliar. Uma experiência 100% pública, pautada pelos princípios que ficaram consolidados no Sistema Único de Saúde: integralidade e continuidade do cuidado, universalidade e eqüidade do acesso. Desde seu início, a preocupação do SSC foi direcionar as formas de atender as pessoas para as suas reais necessidades.

O cuidado com quem não tem autonomia ou suporte para ir até as Unidades de Saúde tornou-se, cedo, uma característica de todas as nossas equipes. Inicialmente conhecida pelo apelido “VD”, logo todos perceberam que é uma forma de atenção muito mais complexa do que apenas a visita domiciliar.

Com a implantação da estratégia de Saúde da Família pelo MS, desde 1993, progressivamente temos podido alterar antigas noções. Idéias de quem enxergava a complexidade como um predicado das máquinas mais caras dos hospitais. Trabalhar com famílias em situação de vulnerabilidade, atender pessoas em privação de mobilidade, construir redes de apoio a cuidadores estenuados, executar em domicílio planos terapêuticos baseados em evidência científica de ponta: de simples este cuidado não tem nada.

É, portanto, com muita alegria que as comemorações do SSC - Serviço de Saúde Comunitária neste ano se expressam neste manual e na cartilha construída com os cuidadores. Alegria de quem vê muitos elementos de sua história sendo hoje aplicadas e reinventadas em todo o país. Esperamos que esta publicação apóie os esforços que nosso gestor municipal tem empreendido para qualificar todas as formas de atenção à saúde em Porto Alegre. E que ele possa ser enriquecido por contribuições de todo o lugar em que se constrói a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Ao passar os leitores às páginas iniciais, não posso deixar de lado um convite: nunca deixemos de lembrar o quanto tem sido importante a colaboração de centenas de estagiários e Residentes que conviveram conosco nesse caminho de aprendizado. O ensinar e o aprender jamais ocorrem sozinhos.

Eno Dias de Castro Filho
Médico de Família e Comunidade
Gerente da Saúde Comunitária

Porto Alegre, primavera de 2003.

1 - UM POUCO DE HISTÓRIA

1.1 - GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é um dos maiores complexos hospitalares da América Latina, vinculado ao Ministério da Saúde, responsável por 32% das internações de Porto Alegre e 7% das internações do estado do Rio Grande do Sul. É composto por quatro hospitais:

· Hospital Nossa Senhora da Conceição (geral),
· Hospital Cristo Redentor (trauma, oftalmologia e pronto-socorro),
· Hospital da Criança Conceição (pediatria) e
· Hospital Fêmina (materno-infantil).

O Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) é uma sociedade anônima onde o maior acionista é o Ministério da Saúde. Atualmente conta com 828 leitos, e um quadro funcional com cerca de 4.000 funcionários.

Além dos cuidados hospitalares, o HNSC também desenvolve ações na área de Atenção Primária à Saúde (APS), através do Serviço de Saúde Comunitária, vinculado à Gerência de Saúde Comunitária.

1.2 - SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA

O Serviço de Saúde Comunitária (SSC) constitui uma rede de doze unidades de saúde, localizado na Zona Norte de Porto Alegre abrangendo mais de 100.000 pessoas.

Tem sua origem em 1980 com a implantação do Programa de Residência Médica em Medicina Geral. O Serviço foi criado em 1982, através da instalação da sua primeira unidade - Unidade de Medicina de Família do Hospital Nossa Senhora da Conceição -, com o objetivo de aperfeiçoar a formação de recursos humanos na área de Medicina de Família e prestar cuidados a população vizinha ao Hospital.

A abertura das demais unidades caracterizou-se pela solicitação das comunidades próximas em disponibilizarem no seu bairro serviços conforme o modelo original baseado na Saúde Comunitária. Buscou-se adequar a estrutura física e de pessoal às necessidades das comunidades, desenvolvendo atividades conjuntas na organização e implantação das unidades.

As Unidades foram abertas na seguinte ordem cronológica:

- 1982 - Unidade de Medicina de Família do HNSC (Unidade Conceição)
- 1985 - Unidade da Vila Floresta
- 1986 - Unidade Divina Providência (Valão)
- 1990 - Unidade da Vila SESC
- 1991 - Unidade Barão de Bagé
- 1992 - Unidade Santíssima Trindade (Vila Dique)
  - Unidade Jardim Leopoldina
  - Unidade Parque dos Maias
  - Unidade Jardim Itú
- 1993 - Unidade N.S. Aparecida
- 1994 - Unidade COINMA
- 1995 - Unidade Costa e Silva

O SSC presta mais de 50.000 atendimentos por mês, com uma resolutividade ambulatorial em torno de 92% das consultas. Aproximadamente 5% das consultas são atendimentos domiciliares e o índice de internações hospitalares é de cerca de 0,8% das consultas (média de 200 internações por mês).

O planejamento e avaliação das ações contam com as assessorias do Núcleo de Epidemiologia e do Grupo de Educação em Saúde (GE&S). E a execução e o desenvolvimento das ações e atividades de apoio e manutenção de todos os setores do SSC, é responsabilidade de área específica denominada Setor Administrativo/GSC.

Desde sua implantação em 1980, o programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, é parte fundamental como estímulo constante ao aperfeiçoamento dos profissionais, contando atualmente com um total de 75 residentes de 1º ano e 2º ano.

O SSC também atua como local de estágios curriculares em convênio com Universidades, estágios não-curriculares, e presta treinamento e assessoria à municípios nas áreas de planejamento, organização de serviços e capacitação de recursos humanos (PSF).

O Serviço possui ainda uma área de internação dentro do HNSC, para referência dos pacientes atendidos nas suas Unidades. Essa enfermaria de 32 leitos possui equipe própria de médicos que é responsável pela preceptoria dos médicos residentes no estágio de Medicina Interna.

O atendimento de saúde prestado pelo SSC tem como principais características:

- Universalidade, ou seja, atende a todas as pessoas independente de vínculo previdenciário e da situação sócio-econômica;

- Área geográfica delimitada para atuação, sendo seus limites raramente maiores do que 5 a 6 quadras de distância da Unidade de Saúde;

- Acesso facilitado devido à proximidade das Unidades e ao sistema de marcação de consultas: agendadas com antecedência, agendadas no dia e pronto atendimento;

- Atendimento integral, oferecendo cuidados às pessoas em todas as suas necessidades e em todos os níveis de atenção à saúde;

- Eqüidade, proporcionando atenção à saúde de acordo com a complexidade de cada caso, ou seja, oferecendo mais cuidados a quem deles mais necessita;

- Equipe multiprofissional para o atendimento;

- Participação comunitária nos serviços de saúde, através das associações de moradores, comissões e conselhos gestores locais de saúde e Intercomunitária;

- Avaliação permanente e sistemática das suas ações.

Além da formação de recursos humanos em Saúde Comunitária e da assistência à saúde pode-se identificar dois outros eixos de produção no SSC: a produção de novas tecnologias em APS e a reprodução do modelo assistencial através da assessoria a municípios e instituições prestadoras de serviços de saúde.

1.3 - O ATENDIMENTO DOMICILIAR

O atendimento domiciliar confunde-se com a história do desenvolvimento dos cuidados à saúde. O médico inicialmente atendia seus pacientes a domicilio, freqüentava a casa das pessoas, privando de sua intimidade, convivendo com todos os momentos significativos da vida familiar (doenças, casamentos, nascimentos, conflitos), compartilhando seus segredos.

Isto teve especial importância no final do século XIX e início do século XX, quando os recursos terapêuticos eram limitados, e colocar a pessoa doente na cama era o tratamento mais utilizado. Este foi o período em que possivelmente os antigos médicos de família desenvolveram sua fama, pois diante desta realidade de escassos recursos terapêuticos, sentavam à beira da cama dos doentes, ouvindo, apoiando e ajudando-os à enfrentar as dificuldades.

O cenário de atuação do médico modificou-se com a urbanização e acentuou-se a partir dos anos 1930-40, com o desenvolvimento tecnológico, a fragmentação do cuidado em especialidades, a taylorização do processo de trabalho na área da saúde, e a concentração do cuidado às pessoas no ambiente hospitalar.

Desde o início de suas atividades em dezembro de 1982, com a implantação da Unidade deMedicina de Família do Hospital N.Sra. Conceição, o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) tem como uma de suas principais atividades o atendimento de pacientes em casa. Este atendimento sedimentou-se ao longo do tempo, com o surgimento das demais Unidades que compõe o SSC, sendo estruturado de maneira característica e particularizada, em cada uma das suas 12 Unidades.

Nos últimos anos houve a necessidade de reorganizar estas atividades, dentro de uma mesma lógica de atuação, possibilitando melhora da qualidade dos serviços prestados, bem como a análise dos dados de modo comparativo. Com esta finalidade foi criado em 2001, grupo de trabalho para a elaboração do Programa de Assistência Domiciliar do SSC baseado no trabalho das Unidades Floresta e Conceição, e revisão de literatura.

2 - INTRODUÇÃO

A assistência domiciliar constitui uma atividade básica a ser realizada em Atenção Primária à Saúde para responder às necessidades de assistência de pessoas que, de forma temporária ou permanente, estão incapacitadas para deslocarem-se aos serviços de saúde. Em seu desenvolvimento intervém de forma diferenciada todos os componentes da equipe de saúde, estando a resolutividade relacionada com a composição da mesma e as condições proporcionadas à equipe pelo doente, família e domicílio.

É preciso resgatar e potencializar as ações desta modalidade de assistência injustamente desacreditada principalmente entre os médicos. E analisar em profundidade suas indicações concretas em razão das características da comunidade atendida e dos recursos disponíveis para assistir as pessoas com diferentes graus de incapacidade que as impossibilitam não somente de ir à unidade de saúde como também em muitos casos, a realizar atividades cotidianas básicas.

A Organização Mundial da Saúde define **Assistência Domiciliar** como *"a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, funcão e saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna. Serviços de assistência domiciliar podem ser classificados nas categorias de preventivos, terapêuticos, reabilitadores, acompanhamento por longo tempo e cuidados paliativos"*.

As mudanças e potencialização da Atenção Primária à Saúde no Brasil, a partir da implantação da Estratégia de Saúde da Família tem repercutido na assistência domiciliar, que passou de uma assistência pontual com conotações exclusivamente sanitárias, a ser parte de um processo de atenção continuado, integral e multidisciplinar no qual se realizam funções e tarefas sanitárias, assistenciais e sociais, dentro da lógica da vigilância à saúde.

As mudanças sociodemograficas, junto com outros fatores: novas técnicas assistenciais, o crescimento dos gastos por hospitalização e a busca por um cuidado mais humanizado mantendo a pessoa enferma sempre que possível em seu contexto familiar habitual tem reforçado a assistência domiciliar.

Apesar das mudanças e necessidades existem ainda dificuldades tanto na organização e operacionalização, quanto na destinação de recursos humanos e materiais para um adequado desenvolvimento da assistência domiciliar.

Ainda que no âmbito da assistência domiciliar se preste atenção para qualquer tipo de enfermo, sejam crianças, adultos ou idosos, ao implanta-la devemos priorizar os grupos mais vulneráveis, com uma serie de características em comum: idade avançada, doenças crônicas e evolutivas, dependência física ou psíquica, situações terminais e AIDS.

O processo de assistência domiciliar é complexo, dentre outras razões pelas seguintes:

1- Não é específico de uma patologia concreta, nem de nenhum grupo de idade, sendo que sua indicação vem determinada pelo grau de necessidade e/ou incapacidade do enfermo.

2- A demanda de assistência nem sempre é gerada pelo enfermo e sua família, e sim pelo sistema de saúde.

3- Requer em muitos casos, a prestação de serviços ou cuidados tanto assistenciais como sociais, sendo necessário que exista uma boa conexão entre estes dois.

4- Em razão do grau de complexidade dos cuidados a serem prestados pode ser necessária a colaboração e adequada articulação entre recursos da Atenção Secundária e Terciárea com da Atenção Primária à Saúde.

5- É imprescindível que exista uma integração adequada com outros elementos e recursos que complementam a assistência, tais como hospitais dia, reabilitação e outros, formando uma linha de cuidado.

6- Para que possa desenvolver-se corretamente a assistência domiciliar necessita a participação e apoio dos elementos familiares, da vizinhança e do uso de uma rede de apoio disponível ou a ser construída na comunidade e sociedade.

A participação ativa das pessoas, famílias e profissionais envolvidos na assistência domiciliar constitui um aspecto fundamental para a implementação de uma assistência domiciliar que se caracterize pela ***integralidade, universalidade e eqüidade*** de suas ações. Portanto, a implantação da a assistência domiciliar inclui:

- A reorganização do processo de trabalho pela equipe de saúde, discussões sobre as diferentes concepções e abordagens à família,
- A articulação com os outros níveis da atenção para a construção de uma proposta integrada, e para aumentar a resolutividade e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

A organização da assistência domiciliar deve estruturar-se dentro dos princípios organizativos da Atenção Primária à Saúde (APS) considerando que as ações a serem desenvolvidas são inerentes a ela.

As diferenças locais devem ser observadas e respsitadas uma vez que o número de profissionais que compõe a equipe e o número de famílias sob sua, podem ser determinantes do tipo e qualidade da atenção prestada.

Ao desenvolver um Programa de Assistência Domiciliar, é importante ter clareza dos ***objetivos*** que nortearão as ações e motivaram a implantação, assim compete ao gestor organiza-la dentro de objetivos definidos e claros. Como exemplo, no **Quadro 1**, descrevemos os objetivos estabelecidos pelo Programa de Assistência Domiciliar do Serviço de Saúde Comunitária do GHC.

A realização do atendimento domiciliar continuado e longitudinal pelas equipes de APS em pacientes com problemas crônicos de saúde é muito importante. Esta atividade pode evitar a hospitalização e, por consequência, o stress e as dificuldades decorrentes da internação hospitalar, tendo o ambiente familiar papel fundamental neste processo, diminuindo internações, reduzindo os riscos decorrentes das hospitalizações e humanizando o atendimento.

QUADRO 1 - OBJETIVOS DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NO S.S.C.

Objetivo Geral

Proporcionar assistência e vigilância a saúde no domicilio, dentro dos princípios do SUS, aos usuários do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, através do atendimento, da internação, do acompanhamento domiciliar, e da visitação domiciliar.

Objetivos Específicos

- Capacitar os profissionais do Serviço de Saúde Comunitária para desempenhar atividades de assistência e vigilância a saúde no domicilio.
- Englobar todas atividades do SSC realizadas à domicílio no Programa de Assistência Domiciliar.
- Criar fluxo de recepção e avaliação das solicitações de VDs.
- Definir conceitos e critérios para inclusão e alta dos pacientes em atendimento, internação e acompanhamento domiciliar.
- Sistematizar a coleta de dados do programa para avaliar e organizar a assistência prestada.

Incentivar a participação de toda equipe de saúde no Programa de Assistência Domiciliar, delegando atividades conforme qualificação e níveis de competência, buscando um trabalho de equipe efetivo, continuado e de qualidade.

- Desenvolver no domicílio atividades preventivas e de promoção da saúde ao usuário e sua familia;
- Assistir e apoiar a família, ajudando-a a assumir atribuições com o familiar doente, em conjunto e sob supervisão da Equipe de Saúde;
- Utilizar e estimular redes de apoio na comunidade, dentro de uma abordagem sistêmica de cuidados à saúde.
- Capacitar cuidadores domiciliares leigos para atenção a saúde no domicilio;
- Obter uma avaliação mais precisa da situação socio-econômica e estrutura familiar das pessoas atendidas com a finalidade de adequar a qualidade da assistência prestada;
- Estruturar um grupo permanente de estudos sobre a Assistência Domiciliar.

3 - CONCEITOS FUNDAMENTAIS

Para facilitar a sistematização e operacionalização da assistência domiciliar, possibilitando a comunicação efetiva e integração do trabalho nas equipes, é necessário estabelecer, uniformizar e socializar conceitos, tendo em vista serem instrumentos imprescindíveis para que esta prática ocorra.

3.1 - ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

É caracterizada pela efetivação de todo e qualquer atendimento a domicílio realizado por profissionais que integram a equipe de saúde. Pode ser dividida em algumas modalidades:

3.1.1 - Atendimento Domiciliar

É o cuidado prestado no domicílio, para pessoas com problemas agudos, e que em função disto estejam ***temporariamente*** impossibilitadas de comparecer à Unidade Básica de Saúde (UBS).

3.1.2 - Internação Domiciliar

É o cuidado no domicilio de pacientes, com problemas agudos ou egressos de hospitalização, que ***exijam uma atenção mais intensa***, mas que possam ser mantidos em casa, desde que disponham de equipamentos, medicamentos e acompanhamento diário pela equipe da UBS e a família assuma parcela dos cuidados. Este atendimento não substitui a internação hospitalar.

3.1.3 - Acompanhamento Domiciliar

É o cuidado no domicílio para pessoas que necessitem ***contatos freqüentes e programáveis*** com os profissionais da Equipe. São exemplos de condições apropriadas para inclusão no Acompanhamento Domiciliar:

- Paciente portador de doença crônica que apresente dependência física;
- Pacientes em fase terminal;
- Pacientes idosos, com dificuldade de locomoção ou morando sozinhos.
- Pacientes egressos do hospital, que necessitem acompanhamento por alguma condição que o incapacite à comparecer na Unidade;
- Pacientes com outros problemas de saúde, incluindo doença mental, o qual determine dificuldades de locomoção ou adequação ao ambiente da Unidade de Saúde.

3.1.4 - Vigilância Domiciliar

É decorrente do comparecimento de um integrante da equipe até o domicilio para realizar ações de promoção, prevenção, educação e busca ativa da população de sua área de responsabilidade, geralmente vinculadas à vigilância da saúde que a Unidade desenvolve, dentre estas podemos salientar:

- **Ações preventivas**
  - Visitas à Puérperas.
  - Busca de Recém-nascidos.
  - Busca ativa dos Programas de Prioridades.
  - Abordagem familiar para diagnóstico e tratamento.

- **Acompanhamento de Egressos Hospitalares**

A assistência domiciliar pode ser importante instrumento para prevenção de reinternações, bem como para abordagem de problemas recorrentes de saúde. Um exemplo de sucesso é o programa desenvolvido pelo Serviço de Saúde Comunitária do GHC, denominado ***"De volta prá Casa"***, que esta no Anexo 07, para acompanhamento de crianças (0 a 18 anos) que internam nos hospitais do Grupo Hospitalar Conceição, abrangendo internações diversas e tendo um específico para asma, cujos resultados demonstram sua significância.

3.2 - CUIDADOR

O cuidador pode ser um membro da família ou comunidade que, idealmente deve atuar como um colaborador para a equipe de saúde e a família, pois em geral não tem vínculo legal com a instituição que presta assistência domiciliar. Cria-se um vínculo de trabalho solidário, para alcançar um mesmo objetivo: manter nas melhores condições de saúde e conforto o paciente

Na maior parte das situações, o cuidador não possui uma formação técnica específica na área da saúde, é um dos membros da família, amigo ou pessoa próxima que, embora sem formação profissional especifica se dispõe a assumir da melhor forma possível esta função; ou é pessoa da comunidade que foi adquirindo experiência cuidando de pessoas doentes, sendo que alguns fazem desta prestação de serviço uma profissão informal; ainda temos uma parcela de profissionais com formação técnica de enfermagem que exerce sua profissão nesta modalidade de atividade.

A pessoa identificada para ser o cuidador sem formação profissional (Cuidador Comunitário), pode ser habilitada a realizar tarefas básicas ao nível do domicílio, auxiliando na recuperação da pessoa assistida. Deve ser treinado pela equipe de saúde nos cuidados a serem realizados diariamente no próprio domicílio. O importante é que as atribuições sejam definidas claramente entre equipe, família e cuidador, dentro de um processo continuado de trocas de saberes, poderes e responsabilidades.

3.3 - VISITA DOMICILIAR (VD)

A visita domiciliar, também chamada de “VD”, é o instrumento de realização da assistência domiciliar. Sendo constituído pelo conjunto de ações sistematizadas para viabilizar o cuidado a pessoas com algum nível de alteração no estado de saúde (dependência física ou emocional) ou para realizar atividades vinculadas aos programas de saúde

A Visita Domiciliar deve ser planejada, portanto antes de realiza-la, o visitador deve:

- Ter claro o(s) objetivo(s) da visita (assistencial, educativa, de avaliação, entre outros);
- Conferir se o paciente a ser visitado está cadastrado na Unidade de Saúde, tendo prontuário;
- Reunir todos os dados sobre o paciente ou a família que irá visitar, da seguinte maneira:
- Pesquisando com o solicitante através de anamnese: idade, sexo, motivo da solicitação, sinais e sintomas que o paciente apresenta e condições atuais;
- Revisando o prontuário do paciente para inteirar-se de dados que podem ser úteis;
- Avaliar se há condições de manejar o problema em casa;
- A partir da anamnese inicial com o solicitante, estabelecer o espaço de tempo em que deverá ser realizada a visita (é urgente? Pode ser agendada?);
- Avaliar qual o profissional da equipe é indicado para avaliar a situação trazida, e se há necessidade de mobilizar outros recursos - da equipe ou externos;
- Anotar e confirmar o endereço antes da visita;
- Levar material e medicações apropriadas para o atendimento do caso, providenciando aqueles que não existem na maleta de atendimento domiciliar;
- Levar e preencher o formulário para registro do atendimento;
- Ao retornar do atendimento, o profissional deve:
- Registrar o atendimento no prontuário;
- Dar a equipe e aos colegas que atendem o paciente retorno sobre o atendimento.

4 - QUAIS PRINCÍPIOS DEVEM ORIENTAR A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

A assistência domiciliar potencializa a ação das equipes de saúde atuando em Atenção Primária à Saúde: integralidade, universalidade, eqüidade, acesso e continuidade. Para nortear esta modalidade de assistência, propõem-se os princípios descritos a seguir.

4.1 - ABORDAGEM INTEGRAL À FAMÍLIA

A assistência no domicílio deve conceber a família em seu espaço social, abordando de modo integral e individualizado o paciente em seu contexto sócio-econômico e cultural.

O profissional de saúde deve ter uma avaliação da dinâmica da vida familiar, com uma atitude de respeito e valorização das características peculiares à cada família e do convívio humano, devendo ser utilizado para este fim o genograma e análise do ciclo vital. Os conflitos, as interações e desagregações fazem parte do universo da família, intervindo diretamente na saúde de seus membros, bem como a doença tem efeito direto sobre os diversos estagios do ciclo de vida familiar, em geral num primeiro momento fazendo com que a família se volte para dentro e se organize para cuidar do familiar doente, enquanto que doença prolongada num dos componentes pode fazer com que os demais busquem recursos fora para suportar a situação.

A abordagem integral faz parte da assistência domiciliar por envolver diversos fatores no processo saúde-doença da família**.** A saúde não é um produto nem um estado, e sim um processo multidimensional no qual permanentemente interagem sistemas biológicos, psicológicos, sociais, culturais, familiares e ambientais. A partir daqui portanto, modifica-se a função do profissional da saúde, que já não serve só para curar enfermidades, e sim cuidar a saúde, tendo em conta a pessoa doente em seu contexto vital. Também devemos levar em conta que os cuidados à saúde nunca foram exclusividade dos médicos, e hoje estima-se que cerca de 80% dos cuidados são prestados por não médicos (cuidadores, pessoal técnico auxiliar, familiares). Se passa de uma medicina centrada na doença para uma medicina centrada na pessoa, e a díade *paciente-médico*, avança para a tríade *paciente-família-equipe de saúde*.

A construção de ambientes mais saudáveis para a pessoa em tratamento envolve, além da tecnologia médica, o reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes nas relações familiares. Assistir no domicílio é cuidar da saúde da família com integralidade e dinamicidade.

4.2 - CONSENTIMENTO DA FAMÍLIA, PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO E EXISTÊNCIA DO CUIDADOR

A condição primeira para que ocorra a assistência domiciliar (AD) é o consentimento da família, e a definição do(s) cuidador(es). A assistência prestada no domicílio não pode ser imposta sob risco de não atingir seus objetivos terapêuticos. Recomenda-se que toda família esteja ciente do processo de cuidar da pessoa assistida.

Para tanto necessitamos que haja consentimento informado para que se realize a assistência domiciliar (Anexo 05).

4.3 - TRABALHO EM EQUIPE E INTERDISCIPLINARIDADE

Para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem no processo saúde-doença é importante que a assistência domiciliar esteja fundamentada no trabalho em equipe de saúde.

Um dos pressupostos importantes da Atenção Primária à Saúde (APS) é a percepção de que todas as formações são importantes e intercomplementares. A troca de informações e conhecimentos sobre o paciente, o conhecimento das competências de todas disciplinas envolvidas, o estabelecimento de respeito profissional entre os integrantes no trabalho em equipe são imprescindíveis para uma resolutividade efetiva.

4.4 - ADSCRIÇÃO DA CLIENTELA

A assistência domiciliar, deve ter uma clientela adscrita a um território de atuação determinado, devendo a unidade básica de saúde (UBS) utilizar parâmetros de cadastramento para desenvolver este princípio do atendimento.

4.5 - INSERÇÃO NA POLÍTICA SOCIAL LOCAL

A assistência domiciliar deve estar inserida na política de saúde e de assistência social do município, utilizando-se da organização de responsabilidade do Gestor Municipal no que se refere a referências especializadas que se façam necessárias e no estimulo ao desenvolvimento e utilização de redes de apoio.

4.6 - ESTÍMULO A REDES DE SOLIDARIEDADE

A assistência domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde integrada aos projetos sociais e políticos da sociedade da qual faz parte, devendo estar conectada aos movimentos que buscam melhorias na área da saúde.

Em nível de atuação local, a equipe de atenção básica deve identificar parcerias na comunidade (seja com igrejas, associações de bairro, clubes, ONGS, dentre outros) que viabilize e otimize a assistência prestada no domicílio.

5 - OPERACIONALIZANDO A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

A organização da assistência domiciliar em Atenção Primária à Saúde (APS), dentro dos princípios aqui estabelecidos e tendo o trabalho conjunto da equipe e da família como estrutura fundamental, deve prever instrumentos que sistematizem os serviços prestados na lógica da hierarquização, resolutividade e continuidade da atenção.

Não devemos esquecer que a assistência domiciliar em nível da Atenção Primária à Saúde faz parte do processo de trabalho das equipes do cotidiano devendo primar pela multiprofissionalidade e interdisciplinaridade.

5. 1- DEFININDO QUANDO REALIZAR

A **solicitação** que desencadeia o processo de assistência domiciliar (AD) pode se dar por iniciativa ou necessidade da pessoa enferma, familiares, vizinhos, profissionais da equipe, hospitais, outros profissionais ou serviços do sistema do sistema de saúde.

Na organização da assistência domiciliar de cada Unidade Básica de Saúde (UBS) devemos levar em consideração que conceitualmente existem diversas situações e objetivos que justificam sua realização. Mas a capacidade da equipe em responder adequadamente a estas situações, descritas no **Quadro 2**, deve ser considerada na elaboração do programa de assistência domiciliar, devendo ser adaptada aos seus recursos humanos e tecnológicos, com critérios bem definidos e claros para os integrantes da equipe e da comunidade atendida. Como exemplos: a equipe pode não dispor de recursos humanos, de transporte ou tecnológicos que permitam atender situações como uma parada cardíaca a domicilio; o procedimento da família sobre quem contatar em caso de do óbito do paciente deve estar bem claro.

QUADRO 2: SITUAÇÕES QUE JUSTIFICAM AASSISTÊNCIA DOMICILIAR

- Situação de emergência em que o paciente não pode ser transportado rapidamente para o hospital;

- Atendimento de situações ou doenças agudas que incapacitam o paciente a vir até a Unidade;

- Intercorrências dos pacientes crônicos, terminais ou em internação domiciliar;

- Visita periódica para pacientes com incapacidades funcionais, idosos acamados ou que moram sozinhos;

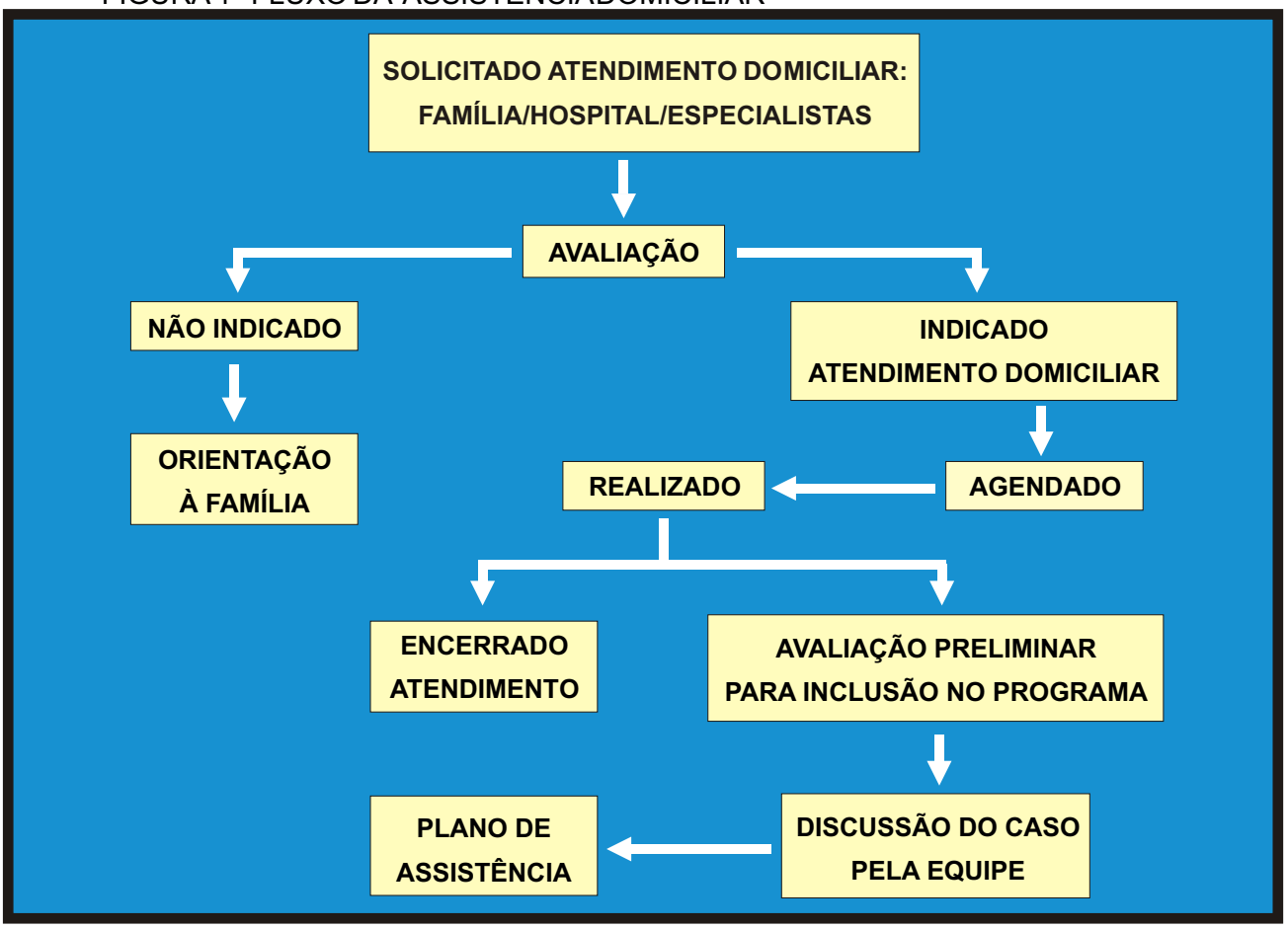
- Visitas aos pacientes egressos hospitalares;

- Confirmação de óbito.

5.2 - FLUXO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Para melhor avaliar e definir a realização ou não da visita domiciliar, elaboramos fluxograma que esta representado na **figura 1**.

FIGURA 1 - FLUXO DA ASSISTÊNCIADOMICILIAR



A seguir faremos descrição passo a passo deste fluxo.

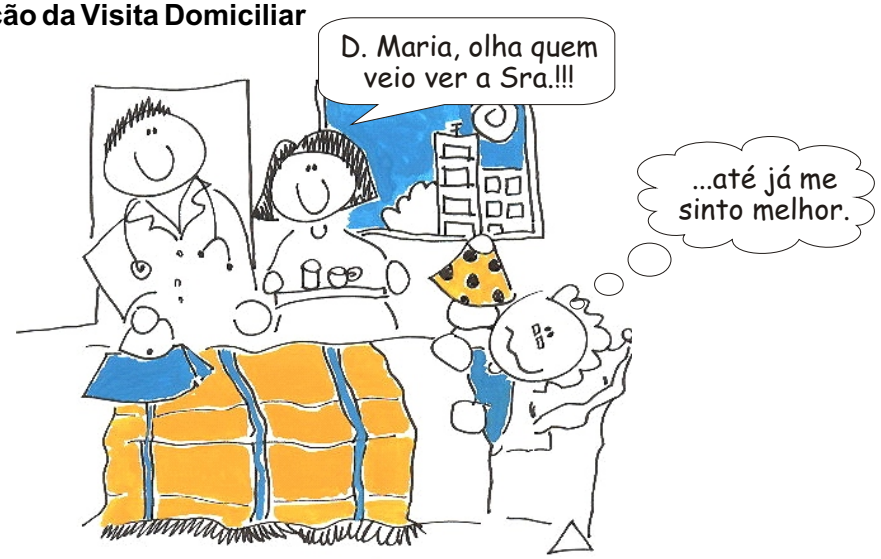
5.2.1 - Acolhimento da Solicitação

Os pedidos de Assistência Domiciliar são encaminhados à Recepção da Unidade, devendo a recepcionista verificar se o paciente é cadastrado na UBS ou pertence à área de abrangência. Uma vez que pertença deve providenciar o prontuário e formulários para registro, encaminhando ao profissional responsável pela avaliação das solicitações, de acordo com rotina estabelecida pela Equipe.

5.2.2 - Avaliação da solicitação de assistência domiciliar

O profissional responsável deve proceder à avaliação verficando através de anamnese detalhada: idade, sexo, motivo da solicitação, sinais e sintomas que o paciente apresenta, condições atuais, revisar o prontuário, avaliar se há condições de manejar o problema em casa, e estabelecer o espaço de tempo em que deverá ser realizada a visita (é urgente? Pode ser agendada?). Não estando indicado o atendimento a domicílio, deve orientar o solicitante sobre as providências que deve tomar para resolver a situação. No caso de estar indicada a assistência domiciliar (AD), deverá encaminhar para o profissional que irá realizá-la.

5.2.3 - Realização da Visita Domiciliar



A Equipe deve dispor de escala diária com profissional médico destacado para atendimento domiciliar aos casos agudos. Além disso, todos os profissionais da Unidade devem ter dia e horário prédeterminado para realização de visitas domiciliares que possam ser agendadas. Sempre que possível o agendamento da visita é para o médico ou profissional que usualmente atende ou conheçe o paciente.

O profissional deve realizar o atendimento, tendo como base as sugestões do item 3.3, e ao final do atendimento domiciliar, a pessoa enferma poderá:

a) ter seu atendimento neste episódio encerrado;
b) ser encaminhado para consulta de reavaliação na Unidade;
c) ser colocado em internação ou acompanhamento domiciliar;
d) ser hospitalizado.

É importante que o profissional, ao terminar o atendimento, entregue os formulários de registro devidamente preenchidos à recepção da UBS.

5.2.4 Inclusão no Programa de Assistência Domiciliar

Caso haja decisão de incluir a pessoa na AD em modalidade de Internação ou Acompanhamento Domiciliar, deverá ser elaborarado um plano inicial de atendimento até que o caso seja apresentado e discutido em equipe. A apresentação do caso à equipe, tem uma sugestão de organização abaixo, mas pode ser de responsabilidade de qualquer dos integrantes da equipe, de acordo com a complexidade da situação problema.

O médico e o enfermeiro devem realizar avaliação prévia conjuntamente ou não, respectiva a suas áreas de atuação, de acordo com o abaixo sugerido, para obter as informações e dar o formato necessário à discussão:

a)O profissional médico organiza a apresentação do caso com os seguintes dados:

- Grau de incapacidade da pessoa de acordo com escore do **Quadro 03**;
- Diagnóstico(s) e lista de problemas;
- Descrição da situação familiar com: genograma, percepções sobre a familia e domicilio;
- Lista de problemas;
- Necessidades de cuidado e terapêutico;

b) O profissional enfermeiro, apresenta avaliação baseada em suas observações, no contato com a pessoa e sua família e nos dados coletados e observados utilizando-se do formulário "Ficha de Acompanhamento de Enfermagem" (Anexo 4).

c) Em reunião de equipe se discute o caso coletivamente com participação de todos profissionais que a integram. Tem por finalidade elaborar plano adequado às especificidades técnicas, sócio-culturais e ações necessárias entre equipe, família e comunidade, para prestar o melhor cuidado possível à pessoa enferma. Ao final da discussão, deverão estar contemplados os seguintes aspectos:

- se a situação preenche os critérios quanto a inclusão ou não no Programa de AD;
- quais as necessidades de orientação, terapêuticas e manejo que os profissionais da equipe devem ter presente ao realizar o acompanhamento;
- qual(is) o(s) profissional(is) da equipe que irá(ão) acompanhar a pessoa e a família, com a definição da freqüência das visitas e objetivos de cada um;
- o plano deverá ser revisado em reunião de equipe periodicamente, sempre que houver intercorrências ou ocorrer mudança na situação de saúde da pessoa.

QUADRO 3: ESCORE DE INCAPACIDADE

0 - Totalmente capaz.

1 - Realiza as atividades da vida diária. Caminha com alguma dificuldade.

2 - Alguma dificuldade para realizar as atividades da vida diária. Caminha com ajuda de bengala ou similar.

3- Grave dificuldade para as atividades diárias. Caminha com ajuda de uma pessoa. Incontinência ocasional.

4- Necessita ajuda para quase todas as atividades.Caminha ajudado por duas pessoas. Incontinência habitual.

5- Imobilizado na cama. Dependente total. Necessita cuidado de enfermagem continuado.

5.2.5 Implementação do Plano de Assistência Domiciliar:

Na internação e acompanhamento domiciliar, a pessoa e seus cuidados são de responsabilidade da UBS em co-responsabilidade com a família, sendo os profissionais alocados de acordo com as necessidades e disponibilidade, podendo ser utilizados todos profissionais que façam parte ou estejam disponíveis à equipe. Em sistemas de saúde estruturados, pode ocorrer que a pessoa fique em internação domiciliar sob responsabilidade de equipe de instituição hospitalar com atendimento em casa, e por ocasião da alta da internação domiciliar passe aos cuidados da equipe da UBS.

Os incluidos no programa de acompanhamento devem ter uma equipe de referência composta por: um médico, um enfermeiro, e um auxiliar ou técnico de enfermagem, sendo de responsabilidade do Coordenador do Programa controlar a programação das visitas estabelecidas dentro do plano para cada pessoa.

A equipe de enfermagem deve dispor de uma escala com os dias de visita pré-agendados, conforme plano de cada paciente.

O plano proposto deve ser apresentado e discutido com a família, conforme descrito no ítem 5.4.

5.3 - REGISTRO DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

A cada visita que realizar o profissional deve registrar o atendimento conforme estabelcido pelo Programa:

No *atendimento domiciliar*: o registro deve ser feito no prontuário do paciente na UBS, imediatamente após a visita.

Na *internação domiciliar* e no *acompanhamento domiciliar* o registro deve ser no prontuário individual que o paciente terá em casa, sendo a primeira visita registrada em formulário conforme o Anexo 02, e devem ser preenchidos todos os campos. Em *"anotações da 1ª visita"* deve ser feito breve histórico do caso e descrição da situação atual do paciente. No *"plano"* deverão ser relacionados os objetivos estabelecidos para o paciente. Na *"avaliação"*, nas visitas subseqüentes, devem ser verificados os objetivos propostos no manejo e a situação do caso. No caso de alta do Programa os registros das visitas devem ser anexados ao prontuário na UBS.

5.4 - ORIENTANDO A FAMÍLIA E O PACIENTE

A assistência domiciliar pressupõe a participação ativa dos familiares no processo de cuidar da pessoa assistida. Para tanto, responsabilidades devem ser estabelecidas entre todos os envolvidos para que os objetivos propostos sejam alcançados.

Recomenda-se uma reunião prévia da equipe que vai atender a pessoa enferma com os membros da família envolvidos na assistência domiciliar para planejamento conjunto de ações a serem desenvolvidas no domicílio, e definição por parte da família de quem será o interlocutor com a equipe. Estas reuniões devem acontecer periodicamente, para avaliações e replanejamentos, enquanto durar a assistência domiciliar.

Deve haver a preocupação de informar ao paciente e seus familiares como melhor utilizar a assistência domiciliar. Esta orientação compreende os seguintes aspectos:

- Horário de Atendimento: informar os dias e horários em que as visitas domiciliares poderão ser solicitadas e realizadas. Para uma melhor organização e atuação da equipe, as visitas devem *preferencialmente* ser solicitadas no horário compreendido entre a abertura da Unidade e até uma ou duas horas antes do fechamento. A solicitação preferencialmente deve ser feita pessoalmente, porque a experiência mostra que muitas situações são resolvidas com o próprio familiar, sem que haja necessidade de deslocamento de um profissional até o domicílio.
- Participação da Família: é importante reforçar que a participação ativa da famlía nos cuidados com o paciente é fundamental. A equipe vai atuar habilitando a família a prestar cuidados e servindo de apoio com seus conhecimentos técnicos.
- Equipe de Referência: buscando manter a continuidade do atendimento e as vantagens dela decorrentes, os familiares devem sempre se dirigir aos técnicos que costumeiramente atendem ao paciente. Exceção será feita nos casos de urgência.
- O tipo de assistência a ser prestada: esclarecer aos familiares que a assistência prestada dependerá das necessidades do paciente e da família, e dos recursos de que a equipe dispuser ou que conseguir mobilizar.
- Remoção e transporte dos pacientes: será realizada de acordo com critérios e disponibilidade.
- Prontuário individual em casa: salientar para a família a importância de que todos os técnicos realizem anotações no Prontuário que vai ficar na casa. Quando vier à Unidade para solicitações ou procedimentos, o familiar ou cuidador deve trazer o prontuário para anotações.

Deve ser preenchido **consentimento informado** cuja sugestão de modelo esta no Anexo 05, para que haja garantias de que ambas as partes responsáveis pelo atendimento ficaram cientes das suas responsabilidades.

5.5 - AVALIAÇÃO E CONTROLE DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Considerando que a avaliação como parte do processo de planejamento é uma ferramenta imprescindível para a assistência domiciliar, faz-se necessário que ocorra um acompanhamento conjunto pela equipe e família das ações planejadas, fazendo ajustes necessários e avaliando resultados. Para possibilitar estudos e avaliação da assistência domiciliar deve ser utilizado instrumento para coleta de dados, sendo sugerido o *Formulário de Solicitação de Assistência Domiciliar*, cujo modelo está no Anexo 01.

Existem diversos indicadores que podem ser utilizados para avaliar a assistência domiciliar, devendo os resultados das avaliações estar disponibilizados para usuário, família, profissionais, comunidade e gestores. A seguir vamos relacionar alguns que podem ser de escolha da equipe:

5.5.1 - Satisfação do usuário

Desenvolvimento de pesquisas periódicas de satisfação do usuário utilizando formulário, sendo sugerido o do Anexo 03.

5.5.2 Indicadores de avaliação

- Número de atendimentos na AD por categoria profissional existente na equipe realizados/previstos.
- Número de reuniões com grupos de cuidadores realizados/previstas.
- Número de discussões de casos em equipe realizadas/previstas.
- Número de VD solicitadas /atendidas.
- Número de planejamentos integrados (equipe/família) de AD previstos / realizados.

5.5.3 - Indicadores de Resultados

Taxa de internações ou reinternações hospitalares (TIR)

$$\textbf{TIR} = \frac{\text{Número de internações ou reinternações}}{\text{Total de pacientes em AD}}$$

Taxa de alta por recuperação (TAR):

$$\textbf{TAR} = \frac{\text{Número usuários recuperados}}{\text{Número de usuários em AD}} \times 100$$

Taxa de usuários da AD (TAD):

$$\textbf{TAD} = \frac{\text{Número de usuários de AD}}{\text{População da área}} \times 100$$

6 - OS RECURSOS HUMANOS E ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Um dos princípios da APS é trabalhar dentro da realidade de cada local, adaptando-se aos recursos e as tecnologias existentes. Portanto para desenvolver um programa de AD deverão ser utilizados os recursos existentes dentro da Equipe da UBS, e eventualmente outros profissionais ou recursos que possam ser necessários e estejam disponíveis na Instituição ou Comunidade.

A seguir vamos realizar uma descrição das atribuições básicas em assistência domiciliar esperadas dos diversos profissionais, que em geral integram uma equipe em atenção primária à saúde. Esta composição certamente varia muito de local para local, possui características individuais e pessoais próprias, o que deve ser levado em consideração, com a devida flexibilidade ao definir as atribuições.

6.1 - ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE COMO UM TODO

- Respeitar os princípios da assistência domiciliar, buscando estratégias para aprimorá-los.
- Compreender o indivíduo como sujeito do processo de promoção, manutenção e recuperação de sua saúde e visualiza-lo como agente co-responsável pelo processo de equilíbrio entre a relação saúde-doença.
- Estar disponível para fornecer esclarecimentos e orientações à família, sempre que solicitado.
- Monitorizar o estado de saúde do paciente facilitando a comunicação entre família e equipe.
- Desenvolver grupos de suporte com os cuidadores.
- Realizar reuniões com usuário e família para planejamento e avaliação da AD.
- Otimizar a realização do plano de assistência estabelecido para cada pessoa.
- Fazer abordagem familiar, considerando o contexto socioeconômico e cultural em que a família se insere, e a repercussão da necessidade de cuidado na vida familiar.
- Garantir o registro no prontuário domiciliar e de família na Unidade de Saude.
- Orientar a família sobre sinais de gravidade e condutas a serem adotadas.
- Dar apoio a família tanto para o desligamento após alta da AD, quanto para o caso de óbito, através da sua disponibilidade profissional.
- Avaliar a condição ambiental do domicílio, e construir proposta de adequação dentro da realidade familiar e do domicilio.
- Acompanhar o usuário conforme plano de assistência traçado pela equipe e família.
- Pactuar concordância da família para AD, dentro de seus limites de prestação de cuidado.
- Buscar garantir uma assistência integral, resolutiva e livre de danos ao usuário da assistência domiciliar (AD).
- Trabalhar as relações familiares na busca pela harmonia, otimizando ações para um ambiente familiar terapêutico, que promova qualidade de vida para o paciente, cuidador e sua família de maneira a construir uma rede de apoio eficaz.
- Solicitar avaliação da equipe de referência ou encaminhar, sempre que indicado.

6.2 - DA RECEPCÃO

- Receber a solicitação da assistência domiciliar (AD), pessoalmente ou por telefone.
- Providenciar o prontuário e demais formulários necessários para a assistência domiciliar.
- Encaminhar a solicitação ao responsável pelo caso ou para o encarregado das avaliações de solicitação da assistência domiciliar.

6.3 - DO MÉDICO

- Avaliar de modo integral individual, familiar e contexto social a situação da pessoa enferma.
- Esclarecer a família sobre os problemas de saúde e construir plano de cuidados para a pessoa enferma.
- Estabelecer forma de comunicação participativa com a família.
- Levar o caso para discussão na Equipe.
- Emitir prescrição do tratamento medicamentoso.

- Registrar os atendimentos.
- Promover e participar avaliações periodicas do plano de acompanhamento.
- Indicar internação hospitalar.
- Dar alta médica.
- Verificar e atestar o óbito.

6.4 - DO ENFERMEIRO

- Avaliar de modo integral individual, familiar e contexto social a situação da pessoa enferma.
- Avaliar as condições e infra-estrutura física do domicílio para a modalidade de AD requerida.
- Elaborar, com base no diagnóstico de enfermagem, a prescrição dos cuidados.
- Identificar e treinar o cuidador domiciliar.
- Supervisionar o trabalho dos auxiliares de enfermagem e dos ACS.
- Solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos programas do Ministério da Saúde e as disposições legais da profissão.
- Realizar procedimentos de enfermagem que requeiram maior complexidade técnica.
- Orientar cuidados com o lixo originado no cuidado do usuário e do lixo domiciliar (separação, armazenamento e coleta).
- Estabelecer via de comunicação participativa com a família.
- Comunicar a equipe de saúde as alterações observadas a avaliar periodicamente o desempenho da equipe de enfermagem na prestação do cuidado.
- Dar alta dos cuidados de enfermagem.
- Registrar os atendimentos.

6.5 - DO AUXILIAR E TÉCNICO DE ENFERMAGEM:

- Auxiliar no treinamento do cuidador domiciliar.
- Acompanhar a evolução dos casos, seguindo *check-list* do paciente e comunicar a equipe às alterações observadas.
- Realizar procedimentos de enfermagem dentro de suas competências técnicas e legais.
- Orientar cuidados com o lixo originado no cuidado do usuário e do lixo domiciliar (separação, armazenamento e coleta).
- Estabelecer via de comunicação participativa com a família.
- Identificar sinais de gravidade.
- Comunicar à enfermeira e ao médico alterações no quadro clinico do paciente.
- Registrar os atendimentos.

6.6 - DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

- Comunicar a equipe de saúde a necessidade de avaliação da pessoa para AD.
- Estabelecer forma de comunicação participativa com a família.
- Orientar cuidados com o lixo originado no cuidado do usuário e do lixo domiciliar (separação, armazenamento e coleta).
- Servir de elo de comunicação entre a pessoa, a família e a equipe.
- Identificar e mobilizar, na comunidade, redes de apoio ao plano de AD pactuado com a família.
- Registrar os atendimentos.

6.7 - DO CIRURGIÃO DENTISTA

- Realizar diagnóstico de saúde bucal, incluindo lesões, alterações de mucosa, gengiva e

- Exodontias em dentes com mobilidade de grau III.
- Suturas na mucosa oral.
- Intervir em situações de urgências como: abcessos, dor, sangramentos, etc.
- Orientar higiene oral e cuidado com próteses ao doente e/ou cuidador.
- Estabelecer rede de comunicação participativa com a família.
- Registrar os atendimentos.

6.8 - DO AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO E TÉCNICO DE HIGIENE DENTAL

- As atribuições destes profissionais devem seguir o estabelecido na lei do exercício profissional e acordado no plano assisntecial.
- Estabelecer forma de comunicação participativa com a família.
- Orientar higiene oral, uso de fluor, e cuidado com próteses à pessoa e/ou cuidador.
- Auxiliar o CD na realização dos procedimentos.
- Registrar os atendimentos.

6.9 - DO PSICÓLOGO

- Discutir com o solicitante de visita domiciliar para atendimento psicológico a indicação do atendimento, bem como as condições clínicas, emocionais e psicossociais do paciente.
- Avaliar o grau de sofrimento psíquico do doente (patologia, diagnóstico) e das relações familiares, oferecendo suporte para enfrentamento da situação problema
- Discussão do caso com a equipe envolvida elaborando ações interdisciplinares, servindo de apoio à família e a equipe.
- Delinear com a pessoa doente e seus familiares o plano terapêutico, e os profissionais a serem envolvidos no momento.
- Oferecer subsídios à equipe envolvida para compreensão dos aspectos psicológicos que envolvem a situação do doente e sua família, e os objetivos terapêuticos (como manejo, combinações, etc.).
- Avaliar permanentemente o atendimento domiciliar.
- Registrar os atendimentos.

6.10 - DO ASSISTENTE SOCIAL

- Avaliar as condições sociais do doente, emitindo parecer social, elaborando diagnóstico do impacto socio-economico do cuidado.
- Elaborar síntese social familiar.
- Acompanhar as famílias e/ou usuários que apresentem riscos sociais ou decorrentes do cuidado.
- Orientar e encaminhar as famílias ou responsáveis para os recursos sociais, quando necessário.
- Orientar e encaminhar as famílias aos benefícios providenciários.
- Viabilizar redes de apoio para atendimento das demandas dos doentes que não dispõem de familiares.
- Desenvolver propostas de atendimento em grupo para familiares de doentes em acompanhamento.
- Estabelecer parcerias interinstitucionais que possibilitem atender adequadamente as demandas do doente.
- Participar de discussão de casos, elaborando ações interdisciplinares para o acompanhamento do doente.
- Fornecer orientações de educação em saúde a família e/ou responsáveis
- Registrar os atendimentos.

6.11 - DO TERAPEUTA OCUPACIONAL

- Avaliar as condições clínicas do doente, suas incapacidades, emitindo um diagnóstico Terapêutico Ocupacional.
- Elaborar com base no diagnóstico um planejamento e execução de adaptações quando necessário do espaço físico, mobiliario e utensílios.
- Desenvolver atividades de grupo para os familiares e cuidadores.
- Fornecer orientações de Educação e Saúde para a família e ou responsáveis.
- Participar de discussões de casos, elaborando ações interdisciplinares para o acompanhamento do doente.
- Registrar os atendimentos.

6.12 - DO CUIDADOR

6.12.1 Cuidador sem formação profissional

Ao qual compete a seguinte atribuição:

- Ajudar no cuidado corporal: cabelo, unhas, pele, barba, banho parcial ou completo, higiene oral e íntima.
- Estimular e ajudar na alimentação.
- Ajudar a sair da cama, mesa/cadeira e voltar.
- Ajudar na locomoção e atividades físicas apoiadas (andar, tomar sol, movimentar as articulações).
- Fazer mudança de decúbito e massagem de conforto.
- Servir de elo entre o doente/ família e a equipe de saúde.
- Administrar medicações conforme prescrição.
- Comunicar a equipe de saúde as intercorrências.

6.12.2 - Cuidador com formação profissional

A quem compete seguir as orientações e prescrições estabelecidas para o doente, limitadas as habilidaddes e competências atribuidas à sua categoria profissional.

6.13 DO COORDENADOR DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Ao Coordenador da Assistência Domiciliar, compete:

- Avaliar continuamente o funcionamento do Programa deAD.
- Providenciar para que as solicitações de inclusão ao programa de AD sejam discutidas em reunião pela equipe, antes de sua inclusão.
- Organizar a distribuição das pessoas atendidas entre os profissionais definir a equipe que vai atender cada pessoa.
- Verificar o cumprimento do cronograma de visitas nas datas aprazadas.
- Devolver à equipe os dados da assistência domiciliar e promover sua avaliação.
- Atualizar continuamente a relação dos pacientes em acompanhamento.
- Servir de apoio à equipe e a família, intermediando situações que interfiram no bom atendimento à pessoa doente.

7 - RECURSOS MATERIAIS NECESSÁRIOS

Cada solicitação de assistência domiciliar pode requerer recursos diferentes, por isso a significativa importância de uma anamnese bem feita por ocasião da solicitação da visita ou do planejamento do acompanhamento da pessoa doente no domicílio.

Recomenda-se organização de maleta de atendimento domiciliar, contendo alguns dos seguintes itens, que em geral são úteis para o manejo do doente em casa:

7.1 - MATERIAL DA MALETA DE VISITAS DOMICILIARES SSC-HC

EQUIPAMENTOS

Estetoscópio
Esfigmomanômetro
Glicosímetro
Termômetro

MATERIAL DE ENFERMAGEM

Agulhas 40 x 12 - 03 unidades
Agulhas 0,80 x 25 - 03 unidades
Agulhas 0,70 x 25 - 03 unidades
Agulhas 13,0 x 0,45 - 03 unidades
Escalpe nº 25 - 03 unidades
Escalpe nº 27 - 03 unidades
Escalpe nº 23 - 03 unidades
Gaze - 02 pacotes
Seringas de 10 ml - 01 unidade
Seringas de 05ml - 02 unidades
Seringas 03ml - 03 unidades
Seringas insulina - 02 unidades
Sonda vesical 01 unidade

MATERIAL PARA COLETA DE LABORATÓRIO

Algodão
Canhão para coleta com vacutainer
Garrote
Luvas
Micropore (01)
Tubetes de coleta

MEDICAÇÕES

Acido acetil salicilico 500mg - 04 comprimidos
Água destilada - 06 frascos
Dipirona - 02 ampolas
Diclofenaco - 02 ampolas
Furosemida - 06 ampola
Hioscina - 02 ampolas
Hidrocortisona 500mg - 01 frasco
Metoclopramida - 02 ampolas
Morfina - 02 ampolas
Paracetamol 500mg - 04 comprimidos

8 - REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Um aspecto que deve ser considerado com muita atenção ao assistir uma pessoa no domicilio é de que a assistência domiciliar não substitui a internação hospitalar. Portanto, ao avaliar as condições de saúde do doente temos que ter este fato em mente, e buscar sempre a solução ou manejo que traga maior conforto, menor risco, e que garanta a pessoa e sua família a melhor assistência disponível.

O encaminhamento da pessoa doente para consultoria deve conter um documento de referência devidamente preenchido, e sempre que possível e necessário, deve ser acompanhado por um profissional da equipe. É importante desenvolver um fluxo para marcação de consultas especializadas e encaminhamento para exames especiais. Compete aos gestores a hierarquização do sistema de saúde para que a prestação do cuidado seja continuada em todos os níveis de atenção.

Ao encaminhar o paciente para referência, podemos utilizar formulário específico, como exemplificado no Anexo 08.

9 - CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E ALTA NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Os critérios de inclusão e alta da AD dependerão da capacidade das equipes para responder às demandas das pessoas atendidas, estando intimamente relacionados com as prioridades de atuação decididas pela equipe, com a população da área de abrangência, o número de pessoas, o perfil epidemiológico, e recursos disponíveis.

Para a organização dos serviços de assistência domiciliar é importante a definição de critérios clínicos e sociais de inclusão e desligamento dos usuários que sejam claros e acordados entre o serviço de saúde e a comunidade atendida.

9.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

- Consentimento da família e/ou da pessoa enferma.
- Existência de cuidador.
- Condições de infra-estrutura física no domicílio para assistência domiciliar.
- Condição clínica da pessoa doente.
- Morar na área de abrangência da Unidade de Saúde.
- Se a pessoa doente necessitar de uso contínuo de infusões parenterais, tais como quimioterápicos, transfusões sangüíneas, entre outros deve ser avaliado pela equipe suas condições e recursos para prestar este tipo procedimento.

9.2 CRITÉRIOS DE DESLIGAMENTO OU ALTA DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

- Ausência de cuidador.
- Não aceitação do acompanhamento.
- Não cumprimento das combinações construídas no plano de AD.
- Alteração da condição clínica:
- Recuperação ou agravamento do quadro com necessidade de encaminhamento para outro nível.
- Possibilidade de deslocamento da pessoa doente até a unidade de saúde, requerendo um plano de acompanhamento.
- Mudança da área de abrangência.
- Ausência de condições domiciliares mínimas que comprometa a resolutividade da assistência domiciliar.
- Opção do doente ou família por prescrições ou orientações de profissionais externos, contrárias às da equipe.
- Óbito.

10 - CONCLUSÃO

A Assistência Domiciliar desenvolvida nesta forma mais sistematizada, com critérios de inclusão e alta, definição do fluxo da assistência, discussão dos casos e elaboração do plano de cuidado em equipe, ale da apropriação pelos profissionais dos conceitos e princípios que a caracterizam, é fundamental.

Em nossa prática percebemos uma melhora no vinculo dos profissionais com as famílias, maior controle e conhecimento dos casos pela equipe, maior comprometimento dos profissionais com o Programa, redução do número de pessoas atendidas em casa, aumento das visitas de profissionais não-médicos, e diminuição dos chamados de urgência.

11 - ANEXOS

Anexo 01 - REGISTRO DO ATENDIMENTO ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Serviço de Saúde Comunitária do G. H. C. - Unidade _____

Endereço: _____ Nº da ficha: _____

A-Preencher esta parte (ítens de 1 - 08) no agendamento da visita:

1 - Paciente: _____D.N: _____/_____/_____.

Nome Familiar: _____ Fone: _____.

2 - Profissional: _____ 3 - Reg. Conselho: _____

3 - Motivo da Solicitação:

_____

4 - Conclusão após a avaliação da solicitação:

( ) Agendada VD. ( ) Resolvido sem VD. ( ) Orientado vir para unidade/hospital.

5 - Tipo da Assistência Domiciliar:

( ) Atendimento Domiciliar. ( ) DN
( ) Internação Domiciliar ( ) Faltosos Programas .
( )Acompanhamento Domiciliar ( ) Outra.

6 - Data da Visita: _____/_____/_____. CID 10: _____

7 - Visitador - Registro conselho: _____

8 - Encaminhamento do caso após a Visita:

( ) Encerrado o atendimento
( ) Orientada Revisão Domicilliar
( ) Orientada Revisão Ambulatorial
( ) Avaliação para Internação Domiciliar
( ) Avaliação p/Acompanhamento Domiciliar Hospitalar
( ) Internação
( ) Mantido no programa, data da próxima VD: _____/_____/_____.
( ) Alta do Programa, em _____/_____/_____.
( ) Internação Hospitalar, em _____/_____/_____.
( ) Óbito, em _____/_____/_____.

_____

9 - Será preenchida pelos Coordenadores do Programa (18 a 20):

18- Avaliação para Acompanhamento/ Internação Domiciliar:

( ) NÃO INCLUIR ( ) INCLUIR

19- Data da Inclusão: _____/_____/_____. 20 - Nº Internações nos últimos 12 meses:_____

Anexo 02 - REGISTRO DE ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Serviço de Saúde Comunitária do G. H. C. - Unidade _____

NOME DO PACIENTE:	
N° REGISTRO GHC:	N° PRONTUÁRIO SSC:

ANOTAÇÕES DA VISITA DE INCLUSÃO
SUMÁRIO DO CASO E PLANO DE ACOMPANHAMENTO

Data: _____/_____/_____. Profissional com Conselho: _____

Nas demais visitas, anexar e utilizar folhas de Evolução e método SOAP.

LISTA DE PROBLEMAS				
	Data de Início	**Data 1ª Anotação**	**Problemas Crônicos e Fatores de Risco**	**Comentários/Observações**
			Problemas Agudos	**Recorrências**

Anexo 03 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Serviço de Saúde Comunitária do G. H. C. - Unidade _____

Paciente: _____ Nº Pront: _____ - _____

Entrevistado: _____

1 - Em geral, o atendimento domiciliar prestado a sua família pela Equipe da Medicina de Família é considerado por vocês:

☺ Satisfatório (atende às expectativas da família)

😐 Regular (atende parcialmente), porque: _____

☹ Insatisfatório (não atende às expectativas), porque: _____
_____
_____

2 - O tempo que normalmente decorre entre as solicitações da família ou do paciente e a resposta da Equipe tem sido:

☺ Adequado às necessidades

☹ Inadequado às necessidades, porque: _____
_____
_____

3 - Os profissionais da Equipe têm demonstrado interesse em resolver os problemas, situações ou dificuldades apresentadas pela família:

( ) Sim ( ) Não, porque: _____
_____

4 - As soluções apresentadas pela Equipe buscando resolver os problemas do paciente e dificuldades da família são em geral:

( ) Efetivas ( ) Pouco efetivas ( ) Não são efetivas

5 - Com relação aos compromissos assumidos junto à família e a o paciente, a Equipe:

( ) Cumpre conforme agendado ( ) Cumpre irregularmente ( ) Não cumpre

6 - A família e o paciente consideram a Equipe:

( ) Disponível ( ) Pouco disponível

7 - O paciente acha que seu(s) problemas estão sendo resolvidos?

( ) Sim ( ) não, porque: _____

8 - Que nota dariam para o desempenho da Equipe, de 1 a 10: _____ .

9 - Que sugestões teriam para dar à Equipe, buscando melhorar o atendimento:
_____
_____
_____

Anexo 04 - FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA ENFERMAGEM

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Serviço de Saúde Comunitária do G. H. C. - Unidade _____

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA ENFERMAGEM

Paciente:_____ Prontuário:_____

Endereço:_____ Registro:_____

Profissional:_____ Telefone do paciente:_____

DATA DAS VISITAS							
PELE							
Coloração							
Edema(s)							
Área atrito/pressão							
Hidratação							
Higiene							
SINAIS VITAIS							
Pressão Arterial							
Temperatura Axilar							
Pulso							
Respiração							
ALIMENTAÇÃO							
Aceitando V.O							
Ingesta Líquidos							
Conforme dieta							
ELIMINAÇÕES							
Evacuações p/sem.							
Diarréia?							
Constipação?							
Urina, freqüência							
Urina, volume							
Urina, cor							
HIGIENE							
Cama							
Paciente, corporal							
Paciente, oral							
MOBILIZAÇÃO							
Leito							
Fora do leito							
Ativa							
Passiva							
SONDAS							
Funcionamento							
Troca							
SONO Adequado							
AMBIENTE							
Impressão Geral e Observações							

Anexo 05 - CONSENTIMENTO INFORMADO

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Serviço de Saúde Comunitária do G. H. C. - Unidade _____

O Sr(a).____

residente à _____nº_____

complemento nº _____ , Documento de Identidade nº _____ expedido

em _____/_____/_____, está sendo incluído no PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DO

_____

n**a UNIDADE _____.**

Este serviço destina-se a ser prestado àqueles pacientes que preencham os critérios de inclusão estabelecidos pela Equipe de saúde, dentre os quais:

- Morar na área de cobertura e estar cadastrado na Unidade de Saúde.
- Co-responsabilidade da família e do paciente nos cuidados e cumprimento do plano de cuidados estabelecido, e seguir as orientações da equipe da unidade.
- Compromisso de comunicar alterações no estado de saúde do paciente imediatamente.
- Existência de cuidador e de infra-estrutura domiciliar que permita a prestação de assistência domiciliar.
- Que as condições clínicas da pessoa enferma permitam seu cuidado em casa.
- Para que sua família possa utilizar a melhor maneira este serviço, solicitamos que tomem conhecimento e caso concordem, sigam as orientações a seguir:
- Sua família, incluindo o paciente, deve estar cadastrada na Unidade de Medicina de Família.
- Ao ser incluído no Programa de Atendimento Domiciliar, seu familiar passará a ter um Prontuário em casa, que será fornecido pela Unidade.
- Este Prontuário servirá para que sejam anotadas as visitas realizadas, facilitando o nosso trabalho e dando um seguimento das consultas.
- Este Prontuário deve ficar em casa, mas quando forem até a Unidade para solicitar visita, pegar receitas, ou por qualquer outro motivo, solicitamos que levem o Prontuário.
- Seu familiar receberá visitas periódicas, que spoderão ser realizadas por médico, enfermeira ou auxiliar de enfermagem de acordo com a necessidade e plano estabelecido pela equipe. O objetivo é que ele tenha um atendimento continuado.
- Caso haja necessidade de atendimento fora da data agendada, solicitamos que seja feito contato pessoalmente com a Equipe, para avaliação da situação e ser providenciado atendimento. Evite solicitação por telefone. Não esqueça de levar o Prontuário.

08:30 às 11:30 - de 2ª a 6ª feira --- 13:00 às 16:30 - de 2ª a 6ª feira

- **Lembre-se**: após as 17:00 e aos sábados não são realizados atendimentos domiciliares. Nestas ocasiões ou devido situações urgentes a pessoa que recebe assistência domiciliar deve ser removida à Emergência.

_____

Nome - Assinatura do responsável - Data

Anexo 06 - PRONTUÁRIO DOMICILIAR

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Serviço de Saúde Comunitária do G. H. C. - Unidade _____

(Este “adesivo” deverá estar colado no envelope do prontuário domiciliar.)

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Serviço de Saúde Comunitária do G. H. C. - Unidade _____

Paciente: _____

Nº do Prontuário: _____ **Registro GHC:** _____

Endereço: _____

Equipe de Atendimento:

Enfermagem: _____

Enfermeira: _____

Médico: _____

Outros: _____

_____

ATENÇÃO:

Sempre que solicitar atendimento, receitas ou para qualquer contato com a Equipe de Saúde da Medicina de Família, leve o Prontuário.

Anexo 07 - VIGILÂNCIA À SAÚDE DOMICILIAR DE POPULAÇÕES ESPECÍFICAS

O *"DE VOLTA PRA CASA"* DO SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA

Maria Lucia Medeiros Lenz
Norma Vieira Pires
Rui Flores
(Núcleo de Epidemiologia do Serviço de Saúde Comunitária do HNSC)

No SSC, as avaliações sistemáticas da qualidade das ações de saúde evidenciaram a necessidade de conhecer mais profundamente os determinantes das hospitalizações em menores em 18 anos. Apontaram também para a importância da vigilância em grupos vulneráveis, bem como para a educação continuada dos profissionais e a abordagem da família (1,2).

Uma oferta universal de APS, inserida em um sistema de saúde fortemente integrado, é fator relevante para evitar internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (3).

Existem muitos estudos sobre fatores de risco e mortalidade, mas poucos estudos abordam a ocorrência de hospitalizações, um evento de custo elevado, prevalente e freqüentemente precedendo a morte (4,5).

Investigação sobre a utilização de serviços ambulatoriais, indica a necessidade de elaborar-se programa para pacientes egressos de hospitais, assim como articulação entre o nível hospitalar e ambulatorial (6).

A família, após alta hospitalar, encontra-se muito vulnerável ao adoecimento. Este impacto negativo de uma hospitalização é maior ou menor dependendo de fatores como: idade da criança, duração da hospitalização, severidade da doença, informação da família sobre o problema e situação familiar prévia (7).

Objetivo do projeto

Diminuir o número de hospitalizações e óbitos entre crianças e adolescentes (0 a 18 anos) e promover adequado acompanhamento aos egressos hospitalares;

Ações desenvolvidas

Identificação diária no terminal do GHC das crianças e adolescentes hospitalizados naquele dia e pertencentes as áreas de atuação;

Envio da informação às equipes de saúde (através de *ficha de acompanhamento aos egressos);*

Envio de aerograma às famílias (colocando o serviço a disposição, faciltando acesso e reforçando o vínculo)

Contato com as famílias no Hospital;

Contato imediatamente após alta entre equipes e famílias;

Retorno das informações ao Núcleo de Epidemiologia;

Avaliação deste contato e vigilância do acompanhamento;

Educação continuada e planejamento das ações integrados com outros pontos de atenção e participação da comunidade.

Resultados encontrados

Identificação de 100% das crianças e adolescentes moradoras das áreas de atuação do SSC que hospitalizaram em um dos quatro hospitais do GHC. Aproximadamente 1.000 internações/ano

Contato precoce entre equipes de saúde e famílias das crianças/adolescentes: envio de *aerograma* no momento da internação, *visita domiciliar* (56%) logo após alta (facilitando recuperação, readaptação da criança e identificando outras situações de risco familiar), *contato direto* na Unidade de Saúde (30%) e contato por telefone (14%);

Acompanhamento de 85% das famílias pelas equipes de saúde do SSC (94% com prontuário família na Unidade, previamente a internação);

Identificação e intervenção nos problemas de acesso aos serviços de saúde e qualidade clínica prestada (elaboração de protocolos baseados em evidências);

Facilitação de acesso aos ambulatórios especializados quando necessário (~5%) elaboração de um "carimbo" com o logotipo do Projeto, para facilitar a marcação de consultas no ambulatório de especialidades em pediatria;

Educação continuada para aperfeiçoamento de todos os profissionais do SSC em promoção, prevenção e tratamento sobre temas identificados a partir das hospitalizações (asma, doenças neurológicas, doenças perinatais, lesões não intencionais, sífilis congênita);

Criação de protocolos para atendimento das causas mais comuns de hospitalização, realizada em conjunto entre equipes da atenção primária, núcleo de epidemiologia e hospital (asma, pré-natal, atenção integral a criança até 5 anos, sífilis na gestação e congênita, guias para visita domiciliar de famílias que convivem com asma, epilepsia e convulsão febril);

Implantação de Programa de Vigilância a Saúde de Crianças e Adolescentes com Asma no SSC (atualmente 700 pacientes em acompanhamento);

Valorização dos profissionais de saúde do SSC;

Integração dos profissionais dos diversos pontos de atenção no GHC (atenção primária, ambulatório especializado e internação), salientando, obstetrícia, neonatologia, Gerência de Ensino e Pesquisa e Programa de Voluntários pela Vida do GHC;

Envolvimento dos médicos residentes no Projeto;

Envolvimento com o Programa de Voluntários pela Vida do GHC;

Integração com os profissionias da SMS de Porto Alegre convênio de cooperação técnica no Programa de Vigilância em Asma, elaboração do Protocolo Criança 0-5 anos;

Divulgação contínua às equipes das diferentes etapas de implementação e avaliações realizadas (www.ghc.com.br Boletim Informativo de Saúde - BIS);

Redução de hospitalizações em geral e pelo motivo mais frequente, asma. Reduziu de 22% para 13% (p=0,04) nas 4 Unidades de Saúde onde houve implantação plena do projeto.

Referências Bibliográficas

1. Takeda SM, Giacomazi MC et al. Estudo de Demanda Ambulatorial do SSC & o território e seus personagens. Porto Alegre. Mímeo. 1999.

2. Serviço de Saúde Comunitária do GHC. Relatório de Avaliação das Ações materno-Infantis AMI 2000. Porto Alegre, mímeo, 2000.

3. Mendes, EV. Os grandes Dilemas do SUS: tomol Salvador, Bahia. Casa da Qualidade Editora, 2001.

4. Rocha JSY, Simões BJ e Guedes GLM. Assistência Hospitalar como Indicador de Desigualdade Social. Revista Saúde Pública, 31 (5). 479-87, 1997.

5. Fonseca Neto MD. Desafios para a Saúde Pública no Ceará. Um olhar sobre as internações hospitalares no ano de 1997. Fortaleza, 1999.

6. Dias da Costa J e Facchini LA. Utilização de serviços Ambulatoriais em pelotas: onde a população consulta e com que frequência. Revista de saúde pública, 31 (4): 360-9, 1997

7. França MTB. Capítul o 12 do Livro pediatria em Consultório. Preparo para a Hospitalização. 141- 150, 2000.

Anexo 08 - FORMULÁRIO PARA CONSULTORIA

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Serviço de Saúde Comunitária do G. H. C. - Unidade _____

Unidade de Medicina de Família - _____	**SOLICITAÇÃO DE CONSULTORIA**

Consultor: _____ Especialidade: _____

Solicitante: _____ Especialidade: _____

Identificação do Paciente:

Nome: _____ Idade: _____

Registro: _____ Ocupação: _____ Sexo: _____

Solicitação da Consultoria
Motivo - História Clínica Exames - Dados Importantes

Data: _____/_____/_____ _____ Assinatura e Carimbo do Profissional

Parecer do Consultor - Laudo
Diagnóstico Sugestões de Manejo Exames - Dados Importantes

Data: _____/_____/_____ _____ Assinatura e Carimbo do Profissional

Anexo 09 - TREINAMENTO DE CUIDADORES

GRUPO DE CUIDADORES

Para cuidar é preciso estar bem e ter apoio. Portanto a preocupação com os cuidadores é fundamental para que a assistência domiciliar seja efetiva e alcance seus objetivos, com a atuação do profissional de saúde servindo de alavanca e apoio contínuo. Deve ser exercitada através de intervenções que criem condições satisfatórias para que os cuidadores e o doente sintam-se confortados e atendidos e capacitados.

A promoção desta rede de apoio e solidariedade deve ser coordenada e facilitada pelos profissionais da equipe de saúde. Devem atuar na promoção de saúde, orientação e fundamentalmente, ouvindo as necessidades dos cuidadores, estando aos temas indicados.

Sabe-se que este cuidador muitas vezes fica solitário para manter o cuidado em dia gerando muita tensão, angustia, frustração em relação a sí próprio, pois alterou sua rotina, doou-se demais aos cuidados com o outro e o retorno tornou-se lento ou o doente não vislumbrou melhora (no entendimento do cuidador).

O encontro dos cuidadores com os profissionais da saúde proporciona aos mesmos o esclarecimento de dúvidas quanto a manejo e cuidado com o familiar acamado, além de proporcionar o alívio das ansiedades geradas no dia a dia.

É fundamental dar aos familiares, conhecimento sobre comportamentos normais dos indivíduos diante da doença, para que os mesmos possam cuidar com suas emoções, conflitos, ansiedades, etc.

Isto pode ser alcançado através de:

Cartilhas educativas.

Grupos Terapêuticos para familiares e cuidadores.

Capacitação de Cuidadores, abordando temas como:

- Papel, função do cuidador;
- Impacto da doença nas Relações Familiares;
- Maus Tratos - Negligência;
- Preparação para Perdas;
- Direitos e Recursos Assistenciais;
- Orientação Nutricional;
- Ambiente Saudável;
- Higiene, vestuário e Cuidados com a pele;
- Atividades Físicas;
- Transtorno do Sono: Insônia e sonolência excessiva;
- Alterações do Comportamento: irritação, agitação e Agressividade;
- Perda involuntária de urina e fezes. Constipação Intestinal;
- Emergências no domicílio;
- Medicamentos;
- Saúde Bucal;
- Estimulação Cognitiva, Lazer, Atividades Sociais.

Os temas aqui apresentados poderão sofrer alteração de acordo com as necessidades do publico alvo, bem como a necessidade da cada unidade.

12 - BIBLIOGRAFIA

1- HOSPICE: ASAFE PLACE TO SUFFER? - Palliative Medicine 1987: 1:73-74

2- Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? - The NWJ May 30, 1996.

3- Care of the terminally ill patient - Triangle 31.01.1992.

4- Feeling at Home - Journal of the Royal College of General Practitioners, 1978, 28- 6 - 17.

5- Visiting Patients in their homes - JAMA, July 22/29, 1998 - vol 260, n 4.

6- List sizes and use of time in general practice. - Britsh Medical Journal, Vol 295, 28 November 1987.

7- Home visiting by general practitioners in England and Wales - Britsh Medical Journal, vol. 313, 27 July 1996.

8- House Calls: a practical guide to seeing the patient at home. - Geriatrics, vol. 50, n3, March 1995.

9- Making a success of house visits - The Practitioner, January 1994, vol 238.

10- A house call program as an essential component of primary care training - Primary Care, vol. 23, n1, March 1996.

11-Assistência Domiciliar: Uma proposta de Organização" - José Mauro Ceratti Lopes

12- BORDAS, R.M.; SANTAMARIA, A; GONDELL,A. Intervención domiciliaria. Rol de Enfermeria, Barcelona, v. 15, n. 163, p.25-38, 1992.

13- BRUCE, C. Financial concepets in Home Healthcare. JONA. Vol.22, n. 5, p.29-34, may, 1992.

14- CECCIM, R. ; MACHADO, N. Contato domiciliar em saúde coletiva. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1995 (digit.).

15- CREUTZBERG, Marion. Vivências de famílias de classe popular cuidadoras de pessoa idosa fragilizada: subsídios para o cuidado de enfermagem domiciliar. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000 (Dissertação de Mestrado).

16- DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira, " Atendimento Domiciliar : Um enfoque gerontológico", são paulo, atheneu, 1º ed, 2000 ;

17- HAPPELL, Brenda. Student nurses` attitudes toward a career in community health. Journal of Community Health,, v.23, n.4, p.269-279,August, 1998.

18- LACERDA, Maria Ribeiro. O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar. Curitiba: Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade Federal do Paraná, 1996. (Dissertação de Mestrado).

19- LACERDA, Ma. Ribeiro, " Tornanado-se Profissional no Contexto Domiciliar Vivência de Cuidado da Enfermeira", Tese de Doutoramento de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000

20- MENDES JUNIOR, Walter Vieira " Assistências Domiciliar : Uma modalidade de Assistência para o Brasil", dissertação de mestrado Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social

21- OLIVEIRA, F.; BERGER, C. Visitas domiciliares em Atenção Primária à Saúde: equidade e qualificação dos serviços. Momentos e perspectivas em saúde, Porto Alegre, V.9, n.2, p,69-74, jul/dez, 1996.

22- PADILHA, M. et al. Visita domiciliar: uma alternativa assistencial. R. Enf. UERJ, v.2,n.1, p.83-90, maio, 1994.

23- PEREIRA, R. et all. O significado do cuidado para o adulto em condição crônica de saúde em consulta de enfermagem. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1997. Relatório de Pesquisa.

24- SANTOS, B. et al. O Domicílio como espaço do cuidado de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM 50°. Anais. Salvador.No prelo. 1998.

25- SILVA, Fernando Só et al. Manual do Home Care para méicos e enfermeiras. São Paulo: Sistema Rimed Home Care, 1999.

26- SUNDEEN, S et all. Nurse-client interaction: implementing the nursing process. 6 ed. St. Louis: Mosby, 1997.

27- THORNE, S. Helpful and unhelpful communication in cancer care: the patient perscpective. Oncology Nursing Forum. Pittsburg, v.15, n.2, p. 167-172, 1988.

13 - ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

José Mauro Ceratti Lopes - jmauro.lopes@terra.com.br

Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição

Unidade do Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A. - Fone (51) 3362.5232

Rua Francisco Trein, 596 - Bairro Cristo Redentor

Porto Alegre- RS - CEP 91.350-000

GHC MINISTÉRIO DA SAÚDE Grupo Hospitalar Conceição GOVERNO FEDERAL
GHC Grupo Hospitalar Conceição
DST/AIDS MINISTÉRIO DA SAÚDE
BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL