GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB - TO
- SECRETARIA EXECUTIVA –

RESOLUÇÃO – CIB Nº. 178/2011, de 13 de dezembro de 2011.

Dispõe sobre a Proposta de Implantação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no município de Araguaína – TO.

O PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO TOCANTINS/CIB-TO, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conferidas por meio da Portaria N° 931/1997, que constitui a CIB-TO, em especial o Art. 2°, expedida em 26 de junho de 2007 pela Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins, c/c os Arts. 5º e 14°, do Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/TO, e,

Considerando a Portaria GM/MS Nº. 2.527, de 27 de outubro de 2011, que Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS;

Considerando a apresentação da Secretaria Municipal de Saúde de Araguaína - TO, anexa;

Considerando a análise, discussão e pactuação da Plenária da Comissão Intergestores Bipartite, em Reunião Ordinária realizada aos 13 dias do mês dezembro de 2011.

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar a Proposta de Implantação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no município de Araguaína – TO.

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor nesta data.

Arnaldo Alves Nunes
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR – SAD NO MUNICÍPIO DE ARAGUAÍNA-TO

Verônica Darlene Carneiro Lourenção
Divisão de planejamento - SEMUS

Assistência Domiciliar (AD)

- 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, função 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".*

- A Portaria GM nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS e considera a seguinte definição:
- **Serviço de Atenção Domiciliar (SAD):** serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

Problematização e Justificativas para implantação do SAD

- Nos últimos anos a população está envelhecendo e com isso aumentando a prevalência de doenças crônicas, o que ocasiona elevação dos custos assistenciais em saúde.
- Dessa forma, urge a necessidade de alternativas assistenciais para atender a essa crescente demanda.
- A Secretária de Saúde de Araguaína propõe a criação do **Serviço de Atenção Domiciliar – SAD**, que visa à diminuição do fluxo de atendimento nos prontos socorros do município com procedimentos que ora poderiam ser atendidos e acompanhados no domicílio.

Objetivos do SAD

- **Objetivo Geral:**
- Proporcionar assistência e vigilância a saúde no domicilio, dentro dos princípios do SUS, aos usuários residentes no Município de Araguaína/TO, através do atendimento, do acompanhamento domiciliar, e da visitação domiciliar, com a finalidade de minimizar os congestionamentos nos serviços de urgência e emergência hospitalares.

Objetivos do SAD

- **Objetivos Específicos:**
- Capacitar os profissionais do Serviço de Saúde Comunitária para desempenhar atividades de assistência e vigilância a saúde no domicilio;
- Criar fluxo de recepção e avaliação das solicitações de visitas domiciliares;
- Otimizar leitos hospitalares e reduzir custos;
- Sistematizar o registro de dados, para avaliar e organizar a assistência prestada;
- Incentivar a participação de toda equipe de saúde no SAD, delegando atividades conforme qualificação e níveis de competência, buscando um trabalho de equipe efetivo, continuado e de qualidade;

Objetivos Específicos:

- Desenvolver no domicílio atividades preventivas e de promoção da saúde ao usuário e sua família;
- 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 socioeconômica 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.

Características técnicas do modelo de assistência proposto

- **Quantidade de Serviços de Atenção domiciliar a serem criados:**
  - ✓ 01 SAD
- **Quantidade de Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar – EMAD:**
  - ✓ 01 EMAD : 02 Médicos, 03 Enfermeiros, 02 Fisioterapeutas e 06 Técnicos de Enfermagem
- **Equipe Multiprofissional de Apoio– EMAP:**
  - ✓ 01 EMAP: 01 Psicólogo e 02 Nutricionistas
- **Estabelecimento de Saúde que o SAD será vinculado:**
  - ✓ O SAD de Araguaína será vinculado ao Hospital Municipal de Araguaína – HMA

Características técnicas do modelo de assistência proposto

- **Descrição do funcionamento do SAD:**

✓ O SAD estará organizado o trabalho da EMAD no formato de cuidado horizontal (diarista) de segunda a sexta-feira, 12 horas/dia, garantindo o cuidado nos finais de semana e feriados, sendo utilizado, nesses casos, o regime de plantão, de forma sendo assegurada a continuidade da atenção.

✓ A atenção domiciliar deve ter uma clientela adscrita, dentro dos critérios de inclusão, seguindo os princípios estabelecidos pela equipe de saúde domiciliar, que sistematiza os serviços prestados.

Características técnicas do modelo de assistência proposto

- **Mobiliários, equipamento e veículo para o funcionamento do SAD:**
- Os mobiliário e equipamento necessários para implantação/implementação do serviço de assistência domiciliar serão adquiridos através de proposta pelo fundo nacional da saúde e o veículo será adquirido pelo município.
- **Retaguarda para o atendimento às situações de urgência e emergência:** SAMU e UPA

Características técnicas do modelo de assistência proposto

- **Proposta local de avaliação e acompanhamento:**
- Para realização da avaliação e acompanhamento será utilizado os indicadores mínimos estabelecidos pela RDC nº11 da ANVISA, de 26 de janeiro de 2006.
- Através das Taxas de: mortalidade para a modalidade internação domiciliar, internação após atenção domiciliar, infecção para a modalidade internação domiciliar e alta da modalidade internação domiciliar.

OBRIGADA PELA ATENÇÃO!

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAGUAÍNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR – SAD NO MUNICÍPIO DE ARAGUAÍNA-TO

ARAGUAÍNA-TO

Novembro/ 2011

Félix Valuar Sousa Barros
Prefeito Municipal

Eduardo Novaes Medrado
Secretário Municipal de Saúde

Carlos Alberto Zandoná
Diretoria Administrativa e Financeira

Márcia Costa M. de Almeida
Diretoria de Atenção e Assistência à Saúde

Rosângela Magalhães Nunes
Diretoria de Vigilância em Saúde

Magda Marise de Barros A. Carvalho
Diretoria de Recursos Humanos

EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO

Alessandra Silva

Verônica Darlene Carneiro Lourenção

SUMÁRIO

1		INTRODUÇÃO	06
2		DIAGNÓSTICO SITUACIONAL SIMPLIFICADO DO MUNICÍPIO	07
	2.1	Dados demográficos	08
	2.1.1	População Residente	08
	2.1.2	Sistema de Saneamento	08
	2.1.3	Sistema de Habitação	08
	2.2	Rede física de saúde pública e privada prestadora de serviço ao SUS	09
	2.3	Perfil epidemiológico	10
	2.3.1	Informações sobre mortalidade	10
	2.3.2	Informações sobre morbidade	11
	2.4	Problematização e justificativa para implantação do SAD	13
3		OBJETIVOS DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	14
	3.1	Objetivo geral	14
	3.2	Objetivos específicos	14
4		CARACTERÍSTICA TÉCNICAS DO MODELO DE ASSISTÊNCIA PROPOSTO	15
	4.1	Quantidade de Serviços de Atenção domiciliar a serem criados	15
	4.1.2	Quantidade de Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar – EMAD	15
	4.1.3	Quantidade de Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar_ EMAP	
	4.2	Estabelecimento de Saúde que o SAD será vinculado	18
	4.3	Quadro de pessoal do SAD	19
	4.4	Descrição do funcionamento do SAD	20
	4.5	Mobiliários, equipamentos e veiculo para o funcionamento do SAD	22
	4.6	Unidades de atenção básica, especialidades e de diagnóstico complementares de referência formal do SAD.	24
	4.6.1	Unidades de atenção básica	24
	4.6.2	Ambulatório municipal de Especialidades Médicas	27
	4.6.3	Unidades de diagnóstico complementar	28
	4.6.3.1.	Distribuição de exames da atenção básica por laboratório	28
	4.7	Unidade de urgência e emergência de referência formal do SAD	29
	4.8	Modelo de prontuário	30
	4.9	Programa de Qualificação do Cuidador	30

	4.10	Programa de Educação Permanente para a EMAD	31
5		Proposta Local de Avaliação e Acompanhamento	33
	5.1	Indicadores de Resultados	33
	5.2	Metas Qualitativas	34
	5.3	Metas Quantitativas	34
		REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
		ANEXOS	43

1. INTRODUÇÃO

A assistência domiciliar (AD) 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 intervêm de forma diferenciada todos os componentes da equipe de saúde, estando à resolubilidade relacionada com a composição da mesma e as condições proporcionadas à equipe pelo doente, família e domicílio.

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, função 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"*.

O processo de AD é complexo, não é especifico de patologia e ou grupo etário, um fator determinante é o grau de incapacidade; requerem articulações entre paciente, família e serviços de saúde, muitas vezes não bastam à assistência ou cuidado, necessita de outros serviços como o apoio social; dependo do grau de complexidade, dos cuidados a serem prestados é necessária à colaboração e adequada articulação entre os níveis de atenção da rede de saúde. O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) deve se pautar nos princípios da ***integralidade, universalidade e equidade*** de suas ações, para tanto, deve-se organizar o processo de trabalho das equipes.

No panorama da assistência domiciliar, existem legislações importantes pertinentes ao tema. A Lei 1.042/02 complementou a Lei 8080/90, que é a Lei Orgânica de 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 SUS, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar"*.

Em 2006, a Resolução – RDC N° 11, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar, com objetivo de estabelecer os requisitos de funcionamento para os Serviços de Atenção Domiciliar.

A Portaria n° 2.527, 27 de outubro de 2011, redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS e considera as seguintes definições:

Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

Atenção Domiciliar: nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

Assistência domiciliar: conjunto de atividades de caráter ambulatório, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.

Cuidador:pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o usuário em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

Vários são os estudos científicos, que demostravam as vantagens da atenção domiciliar, a adoção da opção pela assistência nos domicílios favorece o aumento de vagas nos hospitais, a redução dos riscos de infecção hospitalar, a humanização do atendimento e a redução dos custos. Destaca-se ainda que a implantação de serviços hospitalares e extra-hospitalares e uma assistência contínua e integral.

São vários os fatores que justificam a implantação e implementação de programas de cuidado domiciliar, relacionados ao sistema de saúde vigente, ao paciente e 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 melhora clinica 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.

2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL SIMPLIFICADO DO MUNICÍPIO

2.1 Dados demográficos

2.1.1. População residente

Faixa-etária	Homem	Mulher	Total
Mais de 100 anos	6	12	18
95 a 99 anos	25	33	58
90 a 94 anos	89	104	193
85 a 89 anos	204	220	424
80 a 84 anos	389	432	821
75 a 79 anos	682	701	1383
70 a 74 anos	1.006	1.117	2.123
65 a 69 anos	1.291	1.307	2.598
60 a 64 anos	1.674	1.796	3.470
55 a 59 anos	2.204	2.299	4.503
50 a 54 anos	2.786	3.052	5.838
45 a 49 anos	3.560	3.843	7.403
40 a 44 anos	4.446	4.981	9.427
35 a 39 anos	5.350	5.567	10.917
30 a 34 anos	6.375	6.875	13.250
25 a 29 anos	7.437	7.562	14.999
20 a 24 anos	8.181	8.873	17.054
15 a 19 anos	7.482	8.184	15.666
10 a 14 anos	7.233	7.173	14.406
5 a 9 anos	6.601	6.350	12.951
0 a 4 anos	6.566	6.416	12.982
TOTAL GERAL	**73.587**	**76.897**	**150.484**

Fonte: IBGE - 2010

2.1.2. Sistema de Saneamento

- Sistema de esgotamento sanitário e resíduo sólido:

DESTINO FEZES/URINA	Nº.	%
Sistema de Esgoto	1.313	3,17
Fossa	37.395	90,21
Céu aberto	2.746	6,62

FONTE: SIABMUN – 2011

- Sistema de abastecimento de água:

ABASTECIMENTO DE ÁGUA	Nº.	%
Rede pública	36.464	87,96
Poço ou nascente	3.827	9,23
Outros	1.163	2,81

FONTE: SIABMUN – 2011

TRAT. ÁGUA NO DOMICÍLIO.	Nº.	%
Filtração	22.366	53,95
Fervura	371	0,89
Cloração	2.699	6,51
Sem tratamento	16.018	38,64

FONTE: SIABMUN – 2011

- Coleta de lixo:

DESTINO DO LIXO	Nº.	%
Coleta pública	36.766	88,69
Queimado/Enterrado	3.525	8,50
Céu aberto	1.163	2,81

FONTE: SIABMUN – 2011

2.1.3. Sistema de Habitação

TIPO DE CASA	Nº.	%
Tijolo / Adobe	38.582	93,07
Taipa revestida	350	0,84
Taipa não revestida	163	0,39
Madeira	1.592	3,84
Material aproveitado	358	0,86
Outros	409	0,99

FONTE: SIABMUN – 2011

2.2. Rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS

Tipo de Estabelecimento	Total	Tipo de Gestão		
		Municipal	Estadual	Dupla
Hemocentro	01	0	01	0
CAPS	01	0	01	0
Centro de Saúde/ UBS	19	19	0	0
Clínica espec./ Ambulatório de especialidades	15	03	11	01
Consultório isolado	59	59	0	0
Central de Regulação de Serviços de Saúde	01	01		
Farmácia médica Excepcional e programa Farmácia Popular	03	02	01	0
Hospital especializado	02	01	01	0
Hospital geral	04	01	01	02
Secretaria de saúde	01	01	0	0
Unidade de SADT	15	12	02	01
Unidade de Vig. em Saúde	03	03	0	0
Unidade móvel préhosp. – urgência/ emergência	01	01	0	0
Unidade móvel terrestre	01	01	0	0
Total	**126**	**104**	**18**	**04**

2.3. Perfil epidemiológico

2.3.1. Informações sobre mortalidade

Causa (Cap CID10) - Faixa Etaria	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	5
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4	4	1	0	0	3	1	2	
II. Neoplasias (tumores)	1	0	0	1	2	5	2	5	
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0	1	0	0	0	0	1	6	
V.Transtornos mentais e comportamentais	0	0	0	0	0	0	1	2	
VI. Doenças do sistema nervoso	3	0	0	0	1	0	0	2	
IX. Doenças do aparelho circulatório	1	0	0	1	0	1	4	6	
X. Doenças do aparelho respiratório	2	1	0	1	0	1	1	1	
XI. Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	1	5	1	
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0	0	0	0	0	0	1	0	
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	1	0	1	0	1	
XV. Gravidez parto e puerpério	0	0	0	0	0	0	0	1	
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	19	0	0	0	0	0	0	0	
XVII.Malfcongdeformid e anomalias cromossômicas	5	0	0	1	0	1	0	0	
XVIII.Sint sinais e achadanormexclín e laborat	0	0	0	0	1	2	4	1	
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	1	1	14	26	37	13	
Total	**35**	**6**	**2**	**6**	**18**	**41**	**57**	**41**	

Fonte: SIH 2011

2.3.2. Informações sobre morbidade

Capítulo CID-10	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	4
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	95	166	64	41	23	52	94	
II. Neoplasias (tumores)	5	12	24	11	27	38	57	
III. Doenças sangue órgãos hemat e transtimunitár	3	6	8	6	1	11	3	
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	5	6	2	5	3	10	11	
V. Transtornos mentais e comportamentais	-	-	-	2	5	41	77	
VI. Doenças do sistema nervoso	5	9	16	10	7	17	12	
VII. Doenças do olho e anexos	-	1	1	1	3	5	2	
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastoide	-	2	-	1	-	1	3	
IX. Doenças do aparelho circulatório	4	3	5	3	6	29	65	
X. Doenças do aparelho respiratório	216	230	47	21	14	25	17	
XI. Doenças do aparelho digestivo	14	28	21	25	35	72	114	
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	12	29	20	12	8	24	19	
XIII.Doençassist osteomuscular e tec conjuntivo	-	5	4	7	4	16	15	
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	56	39	37	29	22	56	75	
XV. Gravidez parto e puerpério	-	-	-	23	636	1.381	436	
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	328	-	-	-	-	-	-	
XVII.Malfcongdeformid e anomalias cromossômicas	15	13	6	5	1	3	3	
XVIII.Sint sinais e achadanormexclín e laborat	-	-	1	3	5	10	10	
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	9	32	47	56	89	250	190	
XXI. Contatos com serviços de saúde	2	-	-	2	2	24	21	
TOTAL	**769**	**581**	**303**	**263**	**891**	**2.065**	**1.224**	

Fonte: SIH 2011

2.4. Problematização e justificativas para implantação do SAD

Nos últimos anos, a assistência domiciliar tem ressurgido como uma tendência mundial em resposta às demandas decorrentes da transição demográfica e epidemiológica, ou seja: a população está envelhecendo e com isso aumentando a prevalência de doenças crônicas, o que ocasiona elevação dos custos assistenciais em saúde. Dessa forma, urge a necessidade de alternativas assistenciais para atender a essa crescente demanda.

A Secretária de Saúde de Araguaína propõe a criação do**Serviço de Atenção Domiciliar – SAD**, que visa à diminuição do fluxo de atendimento nos prontos socorros municipal com procedimentos que ora poderiam ser atendidos e acompanhados no domicílio.

O território a ser coberto é toda área urbana de Araguaína com população residente estimada em 100.000habitantes, sendo dividida por áreas de atendimento através de uma estratégia de agendamento conforme a necessidade do usuário e pelas ESF que podem estar identificando novas necessidades de cuidados de maior complexidade.

3. OBJETIVOS DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

3.1. Objetivo Geral

Proporcionar assistência e vigilância a saúde no domicilio, dentro dos princípios do SUS, aos usuários residentes no Município de Araguaína/ TO, através do atendimento, do acompanhamento domiciliar, e da visitação domiciliar, com a finalidade de minimizar os congestionamentos nos serviços de urgência e emergência hospitalares.

3.2. Objetivos Específicos

- Capacitar os profissionais do Serviço de Saúde Comunitária para desempenhar atividades de assistência e vigilância a saúde no domicilio;
- Criar fluxo de recepção e avaliação das solicitações de visitas domiciliares;
- Otimizar leitos hospitalares e reduzir custos;
- Definir conceitos e critérios para inclusão e alta dos pacientes em atendimentoe acompanhamento domiciliar;

- Sistematizar o registro de dados, para avaliar e organizar a assistência prestada;
- Incentivar a participação de toda equipe de saúde no SAD, 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 família;
- 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 socioeconômica 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.

4. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DO MODELO DE ASSISTÊNCIA PROPOSTO

4.1. Quantidade de Serviços de Atenção domiciliar a serem criados

De acordo com a Portaria N°2.527/11, no Art. 7° Os Municípios poderão ter SAD desde que possuam:

I - população igual ou superior a 100 (cem) mil habitantes, com base na população estimada pelo Instituo Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Dessa forma o município de Araguaína que possui uma população de 150.484 habitantes segundo o IBGE (2010), pleiteará a criação de um Serviço de Atenção Domiciliar - SAD.

4.1.2. Quantidade de Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar – EMAD

De acordo com a Portaria N°2.527/11, no Art. 9º Cada EMAD deve atender a uma população adstrita de 100 (cem) mil habitantes. O SAD de Araguaína contará com uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar- SAD para atender a população adscrita conforme a tabela abaixo.

Ocupação	Número de profissional	Carga horária	Carga horária semanal
Enfermeiro	03	12h/dia	40 horas
Fisioterapeuta	01	06h/dia	30 horas
Médico	01	08h/dia	40 horas
Motorista	03	12h/dia	40 horas
Técnico de enfermagem	06	12h/dia	40 horas

4.1.3. Quantidade de Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAP

De acordo com a Portaria N°2.527/11, no Art. 14º Todos os municípios com uma EMAD implantada poderão implantar uma EMAP para suporte e complementação das ações de saúde da Atenção Domiciliar- SAD, conforme a tabela abaixo.

Ocupação	Número de profissional	Carga horária	Carga horária semanal
Psicólogo	01	06h/dia	30 horas
Nutricionista	02	06h/dia	30 horas

4.2. Estabelecimento de Saúde que o SAD será vinculado

O SAD de Araguaína será vinculado ao Hospital Municipal de Araguaína – HMA inscrito no SCNES n°3663051.

O Hospital Municipal de Araguaína funciona em regime de 24 (vinte e quatro) horas diárias, inclusive aos sábados, domingos e feriados com plantão permanente e pronto atendimento de baixa complexidade: clínica médica e ortopedia; baixa e média complexidade: clínica cirúrgica e clínica pediátrica e alta complexidade: oftalmologia e otorrinolaringologia.

É referencia da região centro - norte, recebendo um fluxo de pacientes proveniente do município de Araguaína e 57 cidades circunvizinhas gerando alta

demanda. Diariamente busca a qualidade do atendimento e acesso, a resolubilidade nos procedimentos e humanização.

4.3. Quadro de Pessoal do SAD

CATEGORIA PROFISSIONAL	NOME	REGISTRO
ENFERMEIRO	EM PROCESSO DE SELEÇÃO	
FISIOTERAPEUTA	EM PROCESSO DE SELEÇÃO	
MÉDICO	EM PROCESSO DE SELEÇÃO	
MOTORISTA	EM PROCESSO DE SELEÇÃO	
TECNICO DE ENFERMAGEM	EM PROCESSO DE SELEÇÃO	
NUTRICIONISTA	EM PROCESSO DE SELEÇÃO	
PSICOLOGO	EM PROCESSO DE SELEÇÃO	

4.4.Descrição do funcionamento do SAD

De acordo com a Portaria N°2.527/11,Art. 12. O SAD estará organizado o trabalho da EMAD no formato de cuidado horizontal(diarista) de segunda a sexta-feira, 12 horas/dia, garantindo o cuidado nos finais de semana e feriados, sendo utilizado, nesses casos, o regime de plantão, de forma sendo assegurada a continuidade da atenção.

O programa tem como finalidade a assistência integral a toda unidade familiar, iniciando-se através da atenção específica a um paciente (caso índice), e tomando por base a promoção e o auto-cuidado. A assistência no domicílio é efetuada por toda a equipe de saúde domiciliar sendo que as decisões, atuações e encaminhamentos necessários serão discutidos pela equipe de saúde domiciliar.

A atenção domiciliar deve ter uma clientela adscrita, dentro dos critérios de inclusão, seguindo os princípios estabelecidos pela equipe de saúde domiciliar, que sistematiza os serviços prestados na lógica de hierarquização, resolutividade e continuidade da assistência primado pela multiprofissionalidade e

interdisciplinaridade. Ressaltamos ainda que o trabalho em conjunto com a família também será um fator importante para que melhores sejam os resultados alcançados.

4.5.Mobiliários, equipamento e veículo para o funcionamento do SAD.

Os mobiliário e equipamento necessários para implantação/implementação do serviço de assistência domiciliar serão adquiridos através de proposta pelo fundo nacional da saúde conforme abaixo descriminados:

EQUIPAMENTOS:

Qtd	Equipamentos
02	Aparelho de pressão (sendo 01 adulto e 01 obeso)
01	Aparelho de pressão digital
01	Aspirador portátil
02	Estetoscópio
02	Glicosímetro
02	Nebulizador
01	Otoscópio com 5 espéculos permanentes
03	Termômetro Digital

MOBILIARIOS E EQUIPAMENTOS DE INFORMATICA:

Qtd	Itens
01	Aparelho telefônico
01	Armário em aço
01	Arquivo em aço 4 gavetas
06	Cadeiras estofadas
01	Impressora multifuncional
01	Mesa de reunião redonda
01	Mesa em MDF
01	Micro computador completo
01	Nobreak

OUTROS ITENS NECESSÁRIOS:

Qtd	Itens
01	Veículo de passeio tipo sedan

4.6. Unidades de Atenção Básica, Especialidades e de Diagnóstico Complementares de Referência formal do SAD.

4.6.1. Unidades de Atenção Básica

O Município atualmente possui 39 ESF, equivalendo a 87,77% de cobertura populacional. Em relação à ESB a cobertura de acordo com a relação vigente, de uma ESF para uma ESB, encontramo-nos com 89,98% de cobertura, ou seja, 36 equipes cadastradas. Dentre as 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 100% possui ESF (Equipe de Saúde da Família) e 100% ESB (Equipe de Saúde Bucal).

Caracterização do atendimento realizado na Atenção Básica

UNIDADES BÁSICAS DE SAUDE	Hipertensão	Diabetes	Pré-natal	Planejamento Familiar	PCCU e de	Hanseníase	Tuberculose	Puericultura AIDPI	DST/AIDS	Aconselhame	Climatério 1	Teste do Pezinho 2	Tabagismo	Saúde Bucal	ESF	Nº de ACS
C.S. ALBENY SOARES	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	02	03	29
C.S. ARAGUAÍNA SUL	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	04	04	34
C.S. AVANY GALDINO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	03	04	33
C.S. BAIRRO DE FÁTIMA.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	01	01	11
C.S. BARROS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	01	01	07
C.S. CANTINHO VOVÔ	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	02	02	13
C.S. DR. FRANCISCO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	02	03	35
C.S. JOSÉ DE SOUSA REZENDE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	04	04	41
C.S. JOSÉ RONALDO FERREIRA DA COSTA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	02	02	19
C.S. J.K	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	01	01	08
C.S. MANOEL DOS REIS LIMA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	03	03	15
C.S. NOVO HORIZONTE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	01	01	08
C.S. NOVA ARAGUAÍNA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	01	02	10
C.S. PALMEIRAS DO NORTE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	03	03	30
C.S. PONTE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	01	01	13
C.S.SENADOR BENEDITO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	01	01	07

VICENTE FERREIRA																
C.S. COUTO MAGALHÃES	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	03	03	24
TOTAL	**17**	**17**	**17**	**17**	**17**	**17**	**17**	**17**	**17**	**17**	**17**	**17**	**03**	**35**	**39**	**337**

4.6.2 Ambulatório Municipal de Especialidades Médicas

O Ambulatório Municipal de Especialidades Médicasfunciona de Segunda a Sexta-feira, 08 horas diárias.

É referencia da região centro - norte, recebendo um fluxo de pacientes proveniente do município de Araguaína e 57 cidades circunvizinhas gerando alta demanda. Diariamente busca a qualidade do atendimento e acesso, a resolubilidade nos procedimentos e humanização.

Especialidades ofertadas:

- Consultas Oftalmológicas
- Consultas Pediátricas
- Consultas Cardiologista
- Pequenas Cirurgias
- Consultas Dermatologistas
- Consultas Ortopedista
- Consultas Proctologista
- Consulta Neurologista
- Consulta Gastroenterologista
- Consulta Hematologista
- Consulta Endocrinologista
- Consulta Geriatria
- Consultas Otorrinolaringologista
- Consulta Psiquiatria
- Consulta com Urologista

4.6.3. Unidades de diagnóstico complementar

Os exames laboratoriais ofertados pela atenção básica do município são realizados por três laboratórios terceirizados, distribuídos por cotas mensais. Sendo implantado o SAD, serão disponibilizadas cotas de exames para atender os pacientes assistidos pelo serviço.

4.6.3.1. Distribuição de exames da atenção básica por laboratório

LOTE – I

UBS	COLETA DIA	PACIENTE COLETA	EXAME COLETA	LABORATÓRIO	PACIENTE MÊS	EXAME MÊS
JOSÉ S. REZENDE	2ª4ª6ª	55	166	PRISMA	666	2.000
SETOR BARROS	4ª	41	125	PRISMA	166	500
SETOR JK	3ª	34	102	PRISMA	136	410
NOVO HORIZONTE	2ª	30	90	PRISMA	120	360
SETOR COUTO	3ª 5ª	61	185	PRISMA	493	1.480
FCO. BARBOSA	5ª	91	275	PRISMA	366	1.100
TOTAL						5.850

Responsável: Dra. Ana Tahan

LOTE – II

UBS	COLETA DIA	PACIENTE COLETA	EXAME COLETA	LABORATÓRIO	PACIENTE MÊS	EXAME MÊS
SETOR PONTE	5ª	33	100	EXAME	133	400
JOSÉ RONALDO	3ª 6ª	38	115	EXAME	308	926
ARAGUAINA SUL	2ª4ª 6ª	44	133	EXAME	533	1.600
SENAD. BENEDITO	3ª	33	100	EXAME	133	400
NOVA ARAGUAÍNA	5ª	59	178	EXAME	238	715
PALMEIRAS	3ª5ª 6ª	42	126	EXAME	505	1.515
TOTAL						5.556

Responsável: Dra. Osilúcia Souza Lima Costa

LOTE - III

UBS	COLETA DIA	PACIENTE COLETA	EXAME COLETA	LABORATÓRIO	PACIENTE MÊS	EXAME MÊS
MAN. DOS REIS	2ª4ª 6ª	29	87	ANALISYS	350	1.050
CANT. DO VOVÔ	3ª5ª	31	93	ANALISYS	250	750
ALBENY SOARES	2ª4ª 5ª	35	107	ANALISYS	430	1.290
AVANY GALDINO	2 ª 3ª 4ª 5 ª 6ª	29	87	ANALISYS	585	1.755
B. DE FATIMA	3ª 6ª	41	125	ANALISYS	335	1.005
TOTAL						5.850

Responsável: Dr. Elvécio dos Prazeres

TOTAL DE EXAMES DISTRIBUÍDOS	17.256

1. Teto Financeiro Total.....R$ 69.000,00
2. Teto Financeiro por Laboratório.....R$ 23.000,00
3. Processo de Coleta nas UBS: das 07:30 às 09:30 horas
4. Nº Máximo de paciente para cada Flebotomista: 30 pacientes

4.7.Unidade de Urgência e Emergência de referência formaldo SAD

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU constitui-se em um importante componente da assistência a saúde, tendo em vista que qualquer pessoa incluída no serviço de atenção domiciliar deve poder contar com retaguarda, para o atendimento às situações de urgência e emergência.

4.8. Modelo de prontuário

O modelo de prontuário a ser utilizado pela equipe de saúde domiciliar encontra-se em anexo.

4.9. Programa de Qualificação do Cuidador

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 pelosprofissionais 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 gerandomuita tensão, angustia, frustração em relação àsi 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 oesclarecimento 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 dosindivíduos 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..

4.10. Programa de Educação Permanente para a EMAD

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), voltada para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores do SUS, é compreendida como uma

proposta de ação capaz de contribuir para a necessária transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas e de saúde, abarcando também a organização dos serviços. Constitui-se num trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas esferas de gestão, e as instituições formadoras, com vistas à identificação de problemas cotidianos e à construção de soluções.

Será trabalhado continuadamente:

- Humanização no Atendimento;

- Protocolos e diretrizes clinicas;

- Estudos de casos;

5. PROPOSTA LOCAL DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

Para realização da avaliação e acompanhamento será utilizado os indicadores mínimos estabelecidos pela RDC nº11 da ANVISA, de 26 de janeiro de 2006.

5.1. Indicadores de Resultados

N°	Indicador	Fórmula e Unidade	Frequência de Produção
	Taxa de mortalidade para a modalidade internação domiciliar	(Número de óbitos de pacientes em internação domiciliar no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês) * 100 [%]	Mensal
	Taxa de internação após atenção domiciliar	(Número de pacientes em atenção domiciliar que necessitaram de internação hospitalar no mês / Todos os pacientes que receberam atenção domiciliar no mês) *100 [%]	Mensal
	Taxa de infecção para a modalidade internaçãodomiciliar	(Número de pacientes em internação domiciliar com episódios de infecção no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês) *100 [%]	Mensal

	Taxa de alta da modalidade internação domiciliar	(Número de pacientes em internação domiciliar que receberam alta no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês) * 100 [%]	Mensal
	Taxa de alta da modalidade internação domiciliar	(Número de pacientes em internação domiciliar que receberam alta no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês) * 100 [%]	Mensal
1 – Pacientes que receberam atenção domiciliar no mês: considerar o número de pacientes do dia 15 de cada mês.			

5.2. Metas Qualitativas

- Melhoria da capacidade diagnóstica;
- Diminuição do número de encaminhamentos de pacientes por problemas viáveis de solução;
- Promover humanização no atendimento;
- Assistir o indivíduo integralmente em seu contexto biopsicossocial.

5.3. Metas Quantitativas

- Reduzir o número de internações e período de permanência no hospital;
- Reduzir o risco de infecção hospitalar;
- Redução do número de encaminhamentos de pacientes por problemas viáveis desolução;
- Redução da taxa de mortalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA. RDC Nº11 de 2006. **Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar.** Brasília – DF, 2006.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. **Diretrizes para assistência domiciliar na atenção básica.** Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, 2003. Não paginado.

BRASIL. Ministério da Saúde.LEI Nº 10.424 - DE 15 DE ABRIL DE 2002 – **Estabelece no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento e a internação domiciliar.** Brasília – DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.416 - DE 23 DE MARÇO DE 1998 –**Dispõe sobre os requisitos para o credenciamentos dos hospitais e critérios para realização de internação domiciliar o âmbito do SUS.** Brasília – DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 73 **Dispõe das normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil.** Brasília, DF. 2001. p.174-184.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.526 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006.**Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS.**Brasília, DF. 2006. Não paginado. Disponível em: < www.saude.sp.gov.br >

BRASIL. Presidência da República; Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. LEI Nº 10.741 DE 01 DE OUTUBRO DE 2003. Estatuto do Idoso. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.** Brasília, DF, 2003. 70 p. Disponível em: < www.saude.gov.br
>

FERNANDES, M. G. M.; FRAGOSO, K. M. Atendimento domiciliar ao idoso na atenção primária à saúde. Revista APS. Paraíba, Jul-Dez. 2005. v. 8, n. 2, p.173-180.

GORDILHO, A., et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000. Disponível em: <www.scielo.com.br>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da saúde. 2005; 60 p. <www.saude.gov.br>

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

SILVA, K. L., et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. Revista Saúde Pública. 2005. v. 39, p. 391-397.

SMELTZER S.C.; BARE, B.G. Brunner&Suddarth: Tratado de enfermagem medico-cirúrgico. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. v. 1, p. 199-227.

ANEXOS

ANEXO 01

REGISTRO DO ATENDIMENTO ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Programa de atenção Domiciliar - Unidade_____

Endereço: _____ Nº da ficha: _____

A-Preencher esta parte (ítens de 1 - 8) 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 (10 a 12):

10- Avaliação para Acompanhamento/ Internação Domiciliar:

( ) NÃO INCLUIR ( ) INCLUIR

11- Data da Inclusão: _____/_____/_____.

12 - Nº Internações nos últimos meses:_____

ANEXO 02

REGISTRO DE ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR
PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Programa deAtenção Domiciliar - Unidade_____

NOME DO PACIENTE:

N° PRONTUÁRIO:

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

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA ENFERMAGEM

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Programa de Atenção Domiciliar – 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.						
Diarreia?						
Constipação?						
Urina, frequência						

Urina, volume						
Urina, cor						
HIGIENE						
Cama						
Paciente, corporal						
Paciente, oral						
MOBILIZAÇÃO						
Leito						
Fora do leito						
Ativa						
Passiva						
SONDAS						
Funcionamento						
Troca						
SONO Adequado						
AMBIENTE						
Impressão Gerale						
Observações						

ANEXO 04

CONSENTIMENTO INFORMADO

Programa de Atenção Domiciliar – Unidade _____

O Sr(a)_____

residente à _____nº_____

complemento nº _____ , Documento de Identidade nº _____

expedido em _____/_____/_____, está sendo incluído no PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR DO MUNICIPIO DE ARAGUAÍNA-TO na UNIDADE DE SAÚDE _____.

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 pelaequipe. 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.

08:00 às 12:00 - de 2ª a 6ª feira --- 14:00 às 18:00 - de 2ª a 6ª feira

- **Lembre-se**: após as 18:00 e aos sábados não são realizados atendimentos domiciliares. Nestas ocasiões ou devido situações urgentes à pessoa que recebe assistência domiciliar deve ser removida à Emergência.

_____

Nome - Assinatura do responsável – Data:

ANEXO 05

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR

PROGRAMA DE ATENCÃO DOMICILIAR

Programa de Atenção Domiciliar – 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 respostada 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: _____

-No Code – Sem Codificação

-Micro Amostra de Sangue – Apenas 0.9 microlítro

-Resultado Rápido - 5 Segundos

-500 memórias

-Aviso de Hipoglicemia

-Duração da bateria estendida para uma média de 2.000 testes;

- Preenchimento rápido, fácil e visível;

- Tira de teste de fácil manuseio;

-Garantia de 2 anos;

-Selo do INMETRO;

- Registro na ANVISA.

Termômetro Digital:

-Aferido pelo INMETRO

-Escala de verificação: 32ºC~42,9ºC

-Resolução: 0,1ºC

-Precisão + ou - 0,1ºC para a escala de verificação 35,5ºC~42ºC

-Tempo de resposta (na água): 23+ 0,2ºC => 37+ 0,2ºC, dentro de 40 seg.

-Tempo de verificação: Oral: 60+ 10seg.; Axilar: 100+ 20seg.

-Alimentação: Uma bateria de 1,5V tipo LR41, SR41, 392 ou equivalente

-Tom de sinal: Para sinalizar que o termômetro esta pronto para usar e que a leitura esta completada

-Memória: Ao ligar o termômetro automaticamente apresenta no visor a última leitura por 2 segundos depois do teste de equalização

-Desligamento automático: Cerca de 8 min. e 40 seg. + ou - 1min

-Indicação de bateria fraca

-Prova d'água: Toda a unidade é a prova d'água

-Temperatura de operação: 10~40ºC, 15~95%

-Temperatura para guardar: -20ºC até +60ºC
Cilindro de O2: -Cilindro de aço 2Mts cúbicos 16 Lts; -Sem carga; -10 anos de garantia.
Válvula reguladora para cilindro de O2 com fluxômetro: -Válvula para cilindro; -Construída em metal cromado; -Rosca de entrada universal; -Manômetro de alta pressão com escala de 0 a 315 Kgf/cm2; -Pressão fixa de 3.5 Kgf/ cm2; -Rosca de saída padra ABNT com válvula de segurança.
Frasco umidificador para O2com extensão e máscara: -Frasco de polietileno; -Acompanha mangueira e mascara.
Nebulizador: -Bivolt; -Fácil Manuseio; Motor 50/60 Hz, 1/40 HP; -Dimensões 125 X 155 X 170 mm; -Pressão: 28 PSI; -Taxa de Nebulização: 0,19 ml/min; -Tamanho da partícula: 1 a 5 micra; - Acompanhando 2 máscaras : 1 Adulto e 1 Infantil; -Garantia de 1 ano; -Selo do INMETRO; - Registro na ANVISA.
Otoscópio: - Todo em metal com iluminação direta halógena; -Janela com largo diâmetro de visão com vidro antiriscos e ampliação de 3x ;

-10 espéculos standard; -Selo do INMETRO; - Registro na ANVISA.
Veículo: -Veículo de passeio tipo sedan;
Mesa: -Mesa 120x60; - Com gaveteiro de 02 gavetas -Em MDF; -Cor azul;
Mesa de reunião: -Mesa dereunião redonda; - Em MDF 1,20; -Cor azul.
Cadeiras estofadas -Fixa sem braço; -Espuma injetada; -Revestida em polipropilenio; -Cor azul.
Micro computador completo: -Processador C/02 núcleos, 2.8 Ghz,; -Gabinete ATX 4 baias preto; -Placa mãe onboard; -4 GB de Memoria RAM DDR2; -HD 500GB/7200RPM Sata-II; -Gravadora de DVD (CD-R, CDR-W, DVD-R e DVD-RW) Sata Preto; -Caixa de Som multimídia; -Teclado ABNT2, PS2 preto; -Mouse óptico c/scroll, PS2 Preto, -Monitor 22 Polegadas Tela LCD, Widescreen preto.
Nobreak: -Nobreak – Potencia 1200 VA ou superior;

-Características: Microprocessador RISC, Interativo e regulação on-line; -Estabilizador interno com quatro estágios de regulagem; -Filtro de linha em modo comum e diferencial, Saída para comunicação inteligente – TRUE SERIAL (modelos BI), -Bivolt transformador; -Conexão de Bateria externa; -Recarga automática das baterias; -Permite ser ligado na ausência da rede elétrica; -Proteção contra surtos de tensão na entrada e saída (proteção entre fase e neutro, fase e terra, neutro e terra e na saída entre faze e neutro); -Chave liga-desliga temporizada para evitar acionamento e desacionamentos acidentais e involuntários; -Inversor sincronizado com rede; -Mínimo de 04 tomadas; -Garantia Mínima: 1 ano; -POTÊNCIA: 800 WATTS.
Impressora multifuncional -Impressora multifuncional laser3 em 1 funções: Impressora, copiadora e digitalizadora; – Ficha técnica – Comunicação: Portas USB de Alta Velocidade, Resoluções: Resolução de 1200dpi (600 x 600 dpi com tecnologia HPRet e FastRes 1200), Velocidade: velocidade de 15 ppm, Ciclo de Trabalho: ciclo mensal de 5.000 pg., Voltagem: bivolt; Dimensões aproximadas: 30,8x43,7x36,3cm (AxLxP); Garantia do fornecedor: 12 meses PADRÃO DE COR: MONOCROMÁTICO
Aparelho telefônico: -Telefone padão; -Compatível com central pública; -Decádico; -Multifrequencial;

-Pulse/tone; -15 teclas; -Led de campainha.
Armário: -Em aço; -02 portas c/ chave; -04 prateleira; -Dimensões 1,98x80; - Cor cinza.
Arquivo: - Em aço; -04 gavetas c/chave; -Montável; -Cor cinza.
Jalecos personalizados: -Tecido Microfibra; -Bolso bordado com a logo do programa; -Manga curta; -Cor Branco;