
RESOLUÇÃO Nº 263/2013

A Comissão Intergestores Bipartite, constituída por meio da Portaria nº. 185-P, de 24 de agosto de 1993, em reunião realizada dia 08 de novembro de 2013, no auditório da Imunização/SESA, Vitória- ES.

Considerando a Portaria GM/MS n. 3.162, de 28 de dezembro de 2012, que aprova o Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência da Região Metropolitana, onde estão incluídas as ações do Programa de Atenção Domiciliar, denominado "Melhor em Casa".

Considerando o Termo de Anuência, anexo I, desta Resolução CIB/SUS-ES, assinado pelos gestores dos municípios de Cariacica, Guarapari, Serra, Viana, Vitória e Vila Velha.

RESOLVE:

Art.1º - Aprovar o Projeto de Implantação do Programa de Atenção Domiciliar – Melhor em Casa, da Região da Grande Vitória do Estado do Espírito Santo.

Art.2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Vitória, 13 de novembro de 2013.



JOSÉ TADEU MARINO
Presidente da CIB/SUS-ES
Secretário de Estado da Saúde



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DA SAÚDE

Termo de Anuência

Pelo presente Termo de Anuência as Secretarias Municipais de Saúde, aqui representadas, autorizam a Secretaria de Estado da Saúde a executar as ações do Programa de Atenção Domiciliar da Rede de Atenção à Urgência e Emergência, denominado 'Melhor em Casa', previsto no Plano de Ação Regional da Região Metropolitana, aprovado pela Portaria GM/MS nº 3.162/2012, publicada no DOU em 30 de dezembro de 2012, ficando assim os recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde relativos as equipes de EMAD e EMAP dos referidos municípios, alocados ao Fundo Estadual de Saúde.

Fica estabelecido que a qualquer momento o município poderá assumir a gestão das equipes referentes ao seu território, mediante apresentação de projeto, aprovado pela CIR, CIB após análise da Coordenação Estadual de Urgência e Emergência e pelo Ministério da Saúde através de Portaria específica.

Vitória (ES), 05 de novembro de 2013.

Sony de Freitas Itho
Secretária Municipal de Saúde
Vitória

Luiz Carlos Reblin
Secretário Municipal de Saúde
Serra

Andréia Corteletti Passamani
Secretária Municipal de Saúde
Vila Velha

Stella Matutina do Socorro T. Dias
Secretária Municipal de Saúde
Viana

Nilson Mesquita Filho
Secretário Municipal de Saúde
Cariacica

Aurelice Vieira Souza
Secretária Municipal de Saúde
Guarapari

José Tadeu Marino
Secretário de Estado da Saúde do Espírito Santo

Renato Casagrande

Governador

Givaldo Vieira da Silva

Vice-governador

José Tadeu Marino

Secretário de Estado da Saúde

Rosane Ernestina Mageste

Subsecretária de Estado da Saúde
para Assuntos de Regulação e de Organização da Atenção à Saúde

Fábio Benezath Chaves

Subsecretário de Estado para Assuntos de Gestão Hospitalar

Victor Leite Wanick Mattos

Subsecretário de Estado da Saúde
para Assuntos de Administração e Financiamento da Atenção à Saúde

Carlos Roberto Guerra Freitas

Coordenador Estadual de Urgência e Emergência

Vívian Marli Barros de Souza Siqueira

Referência Técnica Estadual do Serviço de Atendimento Domiciliar

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E IMPORTÂNCIA.....	04
2. JUSTIFICATIVA.....	04
3. OBJETIVOS DO PROJETO.....	05
4. CARACTERÍSTICAS GERAIS.....	06
5. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS.....	08
5.1 Equipe Multiprofissional.....	08
5.2 Estabelecimentos de Saúde Inscritos no SCNES aos quais os serviços de Atenção Domiciliar estarão Vinculados.....	08
5.3 Descrição do Funcionamento do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD)	09
5.4 Modelo de Prontuário.....	11
5.5 Descrever o Programa de Qualificação do Cuidador.....	11
5.6 Descrever o Programa de Educação permanente para as Equipes de EMAD e EMAP.....	12
6. PROPOSTA LOCAL DE ACOMPANHAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	12
6.1 Indicadores Mínimos.....	12
6.2 Indicadores Opcionais.....	13
7. RESULTADOS ESPERADOS.....	15
8. ALTA.....	16
8.1 Critérios de Saída/Alta.....	16
9. REFERÊNCIAS.....	18
10 ANEXOS.....	19

1 Introdução e Importância

O modelo de atenção à saúde predominante no Brasil ainda é centrado no hospital e no saber médico, é fragmentado, é biologicista e mecanicista. A consequência é a ineficiência, constatada nos crescentes custos gerados pela incorporação de tecnologias com uma contrapartida decrescente de resultados.

Além disso, o aumento da expectativa de vida ao nascer (80 anos até o ano 2025) e melhoria nas condições de vida (saneamento, educação, moradia, saúde), além da queda nas taxas de natalidade (transição demográfica), muitas mudanças nas necessidades de saúde têm se dado, ampliando os problemas sociais e os desafios no desenvolvimento de políticas públicas de saúde (MENDES, 2001). No entanto, com a predominância do modelo de atenção à saúde discutida neste tópico, a tendência é a medicalização da vida e do sofrimento (NOGUEIRA, 2003) e, com isso, da institucionalização destas pessoas, gerando hospitalizações desnecessárias. Da mesma forma, situações agudas, como infecções urinárias (por ex. pielonefrite), ou mesmo programadas, como o preparo pré-cirúrgico, têm provocado a ocupação de leitos hospitalares de forma desnecessária. O envelhecimento da população é descrito como um dos principais fatores responsáveis pelo desenvolvimento das práticas de cuidado em saúde no domicílio. Junto a ele o aumento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações, acidentes automobilísticos e violências (causas externas) (MENDES, 2001). Um dos eixos centrais da AD é a "desospitalização" - tanto na fase *pré* como na *pós hospitalar* - aumentando a rotatividade de leitos. Desta forma, proporciona celeridade no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio; minimiza intercorrências clínicas; diminui os riscos de infecções hospitalares por longo tempo de permanência no ambiente hospitalar; oferece suporte emocional para pacientes em estado grave ou terminal e familiares; institui o papel do cuidador junto aos profissionais de saúde; e propõe autonomia para o paciente no cuidado fora do hospital.

Por fim, ressalta-se que o Melhor em Casa (atenção domiciliar) é um dos componentes das Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e deve estar estruturado nessa perspectiva, de acordo com a proposição da Portaria GM/MS nº 1.600, de julho de 2011, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde. (texto adaptado do Caderno de Atenção Domiciliar 1 do Melhor em Casa)

2 Justificativas

Considerando as transformações do processo demográfico e do padrão epidemiológico são o envelhecimento da população e a mudança do perfil de mortalidade, ocasionados pelo aumento das doenças crônico-degenerativas e de sequelas e mortes por causas externas, como violência e acidentes.

Considerando as doenças Crônicas e as Causas Externas passaram a determinar a maior causa de óbito e incapacidade prematura e representam uma grande parcela das despesas com assistência hospitalar no SUS.

Considerando Doenças do aparelho circulatório, Neoplasias (tumores), causas externas e Doenças do aparelho respiratório são responsáveis pelo maior custo econômico entre famílias, sistema de saúde e sociedade.

Considerando um custo muito alto com internações que ocorrem tanto de forma direta (custos relacionados à internação, medicamentos, tratamentos ambulatoriais) como indireta (perda de produção associados, aposentadoria precoce, entre outros).

Com a implantação do programa de atendimento domiciliar o indivíduo e a sua família em seu próprio ambiente têm qualidade de vida e redução de custos.

3 Objetivos do projeto

O objetivo geral é implantar na Região da Grande Vitória o Programa de Atenção Domiciliar Melhor em Casa garantindo o acesso humanizado e integral dos usuários que em situações de média e baixa complexidade através da integração de todos os componentes e serviços de saúde, de forma ágil e adequada. Reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à:

- **Humanização da atenção à saúde;**
- **Redução da demanda por atendimento hospitalar (otimização de recurso, celeridade na rotatividade de leitos...), incluindo usuários em fase pré hospitalar fixa.**
- **Desinstitucionalização de pacientes internados/redução do tempo de permanência de usuários internados, viabilizando a disponibilização de leitos hospitalares para retaguarda das urgências e internação;**
- **Preservação dos vínculos familiares e Ampliação da autonomia dos**

usuários e familiares, para o cuidado à saúde;

- Trabalho em Equipe de Cuidado Multidisciplinar. (EMAD,EMAP, ESF,NASF)

4 Características Gerais

A Região da Grande Vitória engloba 7 municípios, dos quais totalizam uma população de 1.687.704 habitantes (IBGE 2010), que representa 48,01% da população total do Estado do Espírito Santo, conforme distribuição abaixo por município da região:

Tabela 1: População da Região da Grande Vitória

	Município	Total
1.	Cariacica	348.738
2.	Fundão	17.025
3.	Guarapari	105.286
4.	Serra	409.267
5.	Viana	65.001
6.	Vila Velha	414.586
7.	Vitória	327.801
	Total	1.687.704

Fonte: IBGE/2010

Considerando a Portaria 2527 de outubro de 2011, seção I Do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD):

"Art.9º Cada EMAD deve atender a uma população adstrita de 100 (cem) mil habitantes.

Art. 10. O parâmetro de referência para o funcionamento da EMAD é o cuidado concomitante de, em média, 60 (sessenta) usuários.

Art. 14. Todos os Municípios com uma EMAD implantada poderão implantar uma EMAP para suporte e complementação das ações de saúde da Atenção Domiciliar e, a cada 3 (três) EMAD a mais, farão jus à possibilidade de implantar mais uma EMAP."

Considerando a Portaria 963 de 27 de maio de 2013, capítulo II Da Organização da Atenção Domiciliar, seção I Do Serviço de Atenção Domiciliar:

"Art. 10. Para composição de um SAD:

I- em Municípios com população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes, o SAD será composto por EMAD Tipo I e poderá, ainda, contar com EMAP; e

II- para Municípios com população inferior a 40.000 (quarenta mil) habitantes:

a) em Municípios com população entre 20.000 (vinte mil) e 40.000 (quarenta mil) habitantes, o SAD será composto por EMAD Tipo 2 e poderá contar com EMAP; e

b) em Municípios que, agrupados, somem população igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, o SAD será composto por EMAD Tipo 2 e poderá contar com EMAP e/ou apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Parágrafo único: Considera-se quantidade de usuários de referência para o funcionamento da EMAD o cuidado, concomitante, em média, de 60 (sessenta) usuários para EMAD Tipo 1 e 30 (trinta) usuários para EMAD Tipo 2."

Propomos a seguinte distribuição das equipes por município:

Tabela 2: Distribuição das Equipes por Município – Região da Grande Vitória

	Município	Nº de EMAD	Nº de EMAP
1	Cariacica	3	1
2	Fundão	-	-
3	Guarapari	1	1
4	Serra	4	2
5	Viana	1	1
6	Vila Velha	4	2
7	Vitória	3	1
	Total	16	8

O município de Fundão não será contemplado pelo programa por não ter população mínima exigida pela portaria.

5 Características Técnicas

5.1 Equipe multiprofissional

Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD)

Profissional	Carga Horária	Total da Carga Horária
02 - Médicos	20 horas	40 horas
01 - Enfermeiro	40 horas	40 horas
01 - Assistente Social	30 horas	30 horas
03 - Técnicos de Enfermagem	40 horas cada	120 horas

Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP): será constituída por, no mínimo, 3 (três) profissionais de saúde de nível superior, com carga horária semanal mínima de trabalho de 30 (trinta) horas, eleitos de acordo com a necessidade local entre as seguintes categorias profissionais:

I- fonoaudiólogo;

II- fisioterapeuta;

III- nutricionista;

IV- odontólogo;

V- farmacêutico;

VI- psicólogo; e

VII- terapeuta ocupacional.

5.2 Estabelecimentos de Saúde inscritos no SCNES aos quais os Serviços de Atenção Domiciliar estarão vinculados.

SAD	ESTABELECIMENTO	CNES	EQUIPES
Vila Velha	Hospital Antonio Bezerra de Farias	2546957	3 EMADs e 1 EMAP
	Hospital Infantil e Maternidade Dr Alzir Bernadino Alves	2678179	1 EMAD e 1 EMAP

Vitória	Hospital São Lucas	0011819	1 EMAD e 1 EMAP
	Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória	00118000	1 EMAD
	Hospital Central	6559131	1 EMAD
Serra	Hospital Dório Silva	2486199	2 EMADs e 1 EMAP
	Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves	7257406	2 EMADs e 1 EMAP
Guarapari	UPA Dr João Batista de Almeida Neto	2466422	1 EMAD e 1 EMAP
Cariacica	Hospital Estadual de Atenção Clínica	0004294	3 EMADs e 1 EMAP
Viana	PA Arlindo Vilasck	6615668	1 EMAD

5.3 Descrições do funcionamento do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

5.3.1 Operacionalização do Serviço de Atenção Domiciliar

Os hospitais públicos, serviços de Prontos Atendimentos e Unidades Básicas de Saúde solicitarão à EMAD da área de abrangência, a inclusão do paciente no Programa Melhor em Casa, demonstrando que o paciente está apto a cumprir todos os requisitos para inclusão no Programa.

Cada Equipe deverá manter uma média de atendimento de 08 (oito) visitas por dia, sendo necessário no mínimo uma visita por semana para cada paciente. Nos finais de semana e feriados ficará técnico de enfermagem de plantão.

O serviço funcionará durante toda a semana (de segunda a segunda), 12 horas por dia, das 7 às 19 horas, sempre tendo o técnico de enfermagem de plantão de 12 horas no serviço de saúde vinculado, e profissionais para a assistência em regime de diarista.

5.3.2 Critérios de Elegibilidade dos pacientes

Os pacientes seguirão os critérios de inclusão das modalidades AD2 e AD3 conforme o Manual Instrutivo do Melhor em Casa.

Critérios de inclusão na modalidade AD2:

I - demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros;

II - dependência de monitoramento frequente de sinais vitais;

- III- necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade;
- IV - adaptação do paciente e /ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia;
- V - adaptação do paciente ao uso de órteses/próteses;
- VI - adaptação de pacientes ao uso de sondas e ostomias;
- VII - acompanhamento domiciliar em pós-operatório;
- VIII - reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem serviços de reabilitação;
- IX - uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica;
- X - acompanhamento de ganho ponderal de recém nascidos de baixo peso;
- XI - Necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória;
- XII- necessidade de cuidados paliativos;
- XIII - necessidade de medicação endovenosa ou subcutânea;
- ou
- XIV- necessidade de fisioterapia semanal.

Critérios de inclusão na modalidade AD3:

- I - existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para a AD2; e
- II - necessidade do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos/procedimentos.
 - a) oxigenoterapia e suporte ventilatório não invasivo (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP), Pressão Aérea Positiva por dois Níveis (BIPAP), Concentrador de O2);
 - b) diálise peritoneal; e
 - c) paracentese.

5.3.3 Escala de Serviços

Profissão	Carga Horária	Dia da Semana
Médico (EMAD)	04 horas diárias	Segunda a Sexta feira
Enfermeiro (EMAD)	08 horas diárias	Segunda a Sexta feira
Assistente Social (EMAD)	06 horas diárias	Segunda a Sexta feira
Técnico de Enfermagem (EMAD)	Escala de 12 por 36h	Segunda a Segunda
Profissionais das EMAPs	06 horas diárias	Segunda a Sexta feira

5.4 Modelo de Prontuário

Preferencialmente deve ser único e referente à unidade de vinculação dos Serviços de Atenção Domiciliar.

Para a confecção do Prontuário Individual de Assistência Domiciliar na parte que se refere a cuidados de Enfermagem, tomamos por base a Home Health Care Classification (HHCC) of Saba, onde dividimos as necessidades de cuidados em subcategorias, baseado na tabela de classificação de cuidados.

Buscamos, no entanto, tornar o prontuário único a todos os membros da Equipe, ficando assim dividido:

- Dados pessoais;
- Breve histórico de doença pregressa;
- Exame físico e variáveis de risco;
- Avaliação de Enfermagem;
- Tabela de Intervenção de Enfermagem;
- Folha de Evolução;
- Tabela das condições do paciente na alta;
- Grau de complexidade do cuidado;
- Ficha clínica odontológica.

5.5 Descrever o programa de qualificação do cuidador

Será realizado pela Atenção Domiciliar, curso de capacitação aos cuidadores, de acordo com as características das diversas situações clínicas e tipos de cuidados necessários para os pacientes. Em cada domicílio, serão realizadas orientações específicas para o cuidador dependendo das situações gerais e clínicas, e por telefone

contato com as equipes para situações de intercorrências. Os projetos terapêuticos singulares vão ser elaborados pela equipe em conjunto com a família e o paciente com o objetivo de dividir responsabilidades e melhorar a qualidade no atendimento.

5.6 Descrever o programa de educação permanente para as equipes de EMAD e EMAP

O processo de qualificação permanente dos profissionais envolvidos dar-se-á de forma a atender as necessidades de melhoria da assistência, trazendo a partir da realidade de trabalho dos mesmos a elaboração dos conteúdos, como por exemplo, reuniões trimestrais com discussão de casos clínicos apoiados por tutores, podendo ser presenciais ou à distância.

6. Proposta local de acompanhamento, monitoramento e avaliação

Considerando o monitoramento e avaliação como parte do processo de planejamento, e que 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 através de indicadores.

6.1 Indicadores Mínimos

Estabelecidos pela RDC nº 11 da ANVISA, de 26 de janeiro de 2006

I. Indicadores da RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006			
nº.	Indicador	Fórmula e Unidade	Frequência e produção
1	Taxa de mortalidade p/ a modalidade internação domiciliar	$(n^\circ \text{ de óbitos de pacientes em internação domiciliar no mês} / \text{ todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês}) * 100\%$	Mensal

2	Taxa de internação após atenção domiciliar	(nº de pacientes em atenção domiciliar que necessitaram de internação hospitalar no mês / todos os pacientes que receberam atenção domiciliar no mês) *100%	Mensal
3	Taxa de infecção para a modalidade internação domiciliar	(nº de pacientes em internação domiciliar com episódios de infecção no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês) *100%	Mensal
4	Taxa de alta da modalidade assistência domiciliar	(nº de pacientes em assistência domiciliar que receberam alta no mês / todos os pacientes que receberam atenção na modalidade assistência domiciliar no mês) *100	Mensal
5	Taxa de alta da modalidade internação domiciliar	(número de pacientes em internação domiciliar que receberam alta no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês) *100 [%]	Mensal

6.2 Indicadores Opcionais

Denominação	Tipo	Conceituação	Método de cálculo	Objetivo	Parâmetro	Fontes
1. Média de pacientes acompanhados pelas EMADs	Processo	Número médio de pacientes acompanhados pelas EMADs	Nº de pacientes acompanhados pelas EMAD sobre o número de EMADs	Avaliar se o número de pacientes acompanhados	60 X nº de equipes	Numeração: Cadastro local de paciente

			existentes, em determinado local e período	está adequado à média preconizada na Portaria 2.527 de 2011 (60 pacientes)		es acompanhados Denominador: CNES
2. Média de Permanência geral no SAD	Processo	Tempo médio de permanência de pacientes acompanhados pelos SADs	Tempo de permanência de pacientes em dias sobre o total de pacientes acompanhados pelos SADs, em determinado local e período.	<p>Avaiar a resolutividade do SAD, que envolve processos de EP, capacidade de envolver e promover autonomia no paciente e do cuidador, funcionamento em rede, envolvimento das EMAD;</p>	Parâmetro será construído através o acompanhamento da média de permanência alcançado nas localidades	avaliar a fonte siah/suas