



PREFEITURA DE
NOVO HORIZONTE
Secretaria de Saúde



SAÚDE É ASSIM QUE SE FAZ!

PROTOCOLO DE SAÚDE SAD/EMAD

Serviço de Assistência Domiciliar/
Equipe Multiprofissional de Atendimento Domiciliar

Novo Horizonte/SP



SÚMARIO

1. Introdução.....	04
2. Serviço de Atenção Domiciliar/Programa Melhor em Casa.....	05
3. Serviço de Atenção Domiciliar no município de Novo Horizonte	07
3.1. Composição da Equipe- SAD /EMAD D2.....	09
3.2. Funcionamento do EMAD periodicidade das visitas Domiciliares.....	09
3.2.1. Periodicidade das visitas Domiciliares.....	09
4. Objetivos	10
4.1 Objetivo geral.....	10
4.2. Objetivo específicos.....	10
5. População Alvo.....	11
6. Critérios de Elegibilidade.....	12
7. Critérios de não inclusão/ ou Desligamento da Atenção Domiciliar.....	14
8. Organização do Serviço Atenção Domiciliar.....	15
8.1. Processo de trabalho do serviço de atenção domiciliar	15
8.2 Procedimentos mais comuns na AD.....	19
8.3. Recursos materiais (insumos) e equipamentos.....	22
8.4. Recursos de exames laboratoriais e de imagem.....	23
8.5. Recursos medicamentosos e nutricionais.....	23
8.6 Transportes dos funcionários do EMAD	24
8.7. Transporte dos usuários: eletivo, urgência/ emergência	24
8.8. Pesquisa de satisfação.....	25
9. Elementos fundamentais para a gestão do cuidado na AD2.....	25
10. Indicadores e metas.....	26
11. Fluxograma do Serviço de Atenção Domiciliar (Anexo 1).....	28
12. Referências.....	30
13. Anexos	31

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) é uma forma de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde. Por sua vez, tem sido apontada como um dispositivo de reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde que atuam na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou do período de internação, fortalecimento da humanização da atenção, intensificação da desinstitucionalização e ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2013).

A AD proporciona ao paciente um cuidado ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência. Dessa forma, evitam-se hospitalizações desnecessárias e diminui o risco de infecções. Além disso, melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos, bem como diminui a superlotação de serviços de urgência e emergência.

É uma atividade que envolve não só os profissionais da área da saúde, como também o paciente e sua família, visando ao estabelecimento da saúde, podendo facilitar a resolução de problemas relativos ao cuidado, primando pela prevenção de agravos (BRASIL, 2006; BRASIL, 2013).

A AD fortalece o SUS enquanto política pública e instrumento de transformação social, e tem sido reconhecida como espaço favorável para um cuidado inovador e singular em saúde, com potencialidade para propiciar assistência centrada nas demandas e necessidades do usuário, familiar e cuidador (ANDRADE et al, 2016). Nessa perspectiva, a assistência domiciliar tem permitido à abordagem integral da família e usuário atuando, também, sobre a perspectiva da clínica ampliada e compartilhada (NERY et al, 2018).

Os cuidados no domicílio têm sido de grande complexidade e diversidade, são vistos como estressantes e exaustivos, e são priorizados às pessoas

acamadas ou em situação de risco. Esses cuidados específicos demandam tempo, investimentos financeiros e habilidade e capacitação para os familiares e profissionais. É necessário parcerias com as instituições hospitalares, outras secretarias e outros setores da sociedade para que haja a continuidade da atenção com qualidade.

Em relação ao sistema de saúde, a realização do cuidado no domicílio diminui os custos gerados pela longa permanência hospitalar e a demanda para os serviços de emergências. Para o paciente observa-se a melhora clínica e de qualidade de vida, evitando infecções hospitalares. Aos profissionais propicia uma visão ampla, experiência, conhecimento e interação multiprofissional.

2 .SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)/ PROGRAMA MELHOR EM CASA

Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é um serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, deve ser organizado a partir do território, sendo referência em AD para uma população definida e se relacionando com os demais serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS), em especial com a atenção básica, atuando como matriciadores dessas equipes, quando necessário. (BRASIL, 2012) Responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). (BRASIL, 2016).

A Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 prevê a organização da Atenção Domiciliar em três modalidades: a modalidade AD1 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). A prestação da assistência à saúde nessa modalidade é de responsabilidade das equipes de atenção básica (UBS/ESF), por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês. Essas equipes são apoiadas pelos Núcleos de Apoio

à Saúde da Família e ambulatorios de especialidades e de reabilitação (BRASIL, 2016).

A modalidade AD2 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da RAS. A inclusão para cuidados na modalidade AD2 será baseada na análise da necessidade de saúde do usuário, tomando-se como base as situações tais como usuários com demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros; dependência de monitoramento frequente de sinais vitais; necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade; adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia; adaptação do usuário ao uso de órteses/próteses; adaptação de usuários ao uso de sondas e estomias; acompanhamento domiciliar em pós-operatório; reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem outros serviços de reabilitação; uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica; acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso; necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória; necessidade de cuidados paliativos e necessidade de medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo preestabelecido. (BRASIL, 2016).

A modalidade AD3 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da RAS. Para que o usuário seja incluído para cuidados na modalidade AD3, é necessário que se verifique a existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para cuidados na modalidade AD2; quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e

transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar (BRASIL, 2016).

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

Os benefícios da atenção domiciliar são voltados ao usuário do SUS, às famílias e ao sistema de saúde. O SAD favorece o sistema de saúde no processo de reestruturação da Atenção Básica, conforme os princípios do SUS. Nesta modalidade a família e o cuidador são considerados unidade de cuidado, como sujeitos envolvidos no cuidado, a equipe presta a assistência, reabilita, capacita e monitora o autocuidado.

Destacamos o SAD como fundamental estratégia de assistência no âmbito domiciliar, com foco na redução da fragmentação da assistência, resolução das necessidades de saúde culminando em diminuição do número de hospitalizações e um cuidado mais humanizado. As equipes multiprofissionais com enfoque interdisciplinar proporcionando resultados positivos na vida destas pessoas, possibilitando o cuidado compartilhado, humanizado e integral, tornando-se muito mais resolutivo e eficaz.

3. SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE NOVO HORIZONTE

O Serviço de Atenção Domiciliar Novo Horizonte- SP está integrado ao SUS representa mais um ponto de atenção na Rede de Atenção à Saúde (RAS) que é ofertada à população. Possibilita o cuidado integral realizado por uma equipe multidisciplinar, facilita acessos, resolução de problemas de saúde, estimula o autocuidado, a cidadania, autonomia das pessoas, redução das taxas de reinternações, redução no tempo de internação, redução pela procura dos serviços de pronto atendimento e aumento na rotatividade dos leitos hospitalares.

O perfil dos pacientes do SAD/ EMAD na grande maioria são pacientes com sequelas graves, que sofreram traumas cranioencefálico; pacientes que sofreram o acidente vascular encefálico (AVE), pacientes com doenças neurodegenerativas, demências, pacientes com neoplasias, doenças genéticas; compreendendo pacientes com deficiências de várias origens, com perdas de suas funções motoras, fisiológicas e/ou sua capacidade cognitiva.

O município de Novo Horizonte possui 36.593 habitantes, de acordo com o último censo, realizado pelo IBGE no ano de 2010. O município conta com 5 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 1 Centro de Especialidades Médicas, 1 Centro de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 1 Equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF- AB), 1 Hospital (Santa Casa) e 1 Pronto Socorro Municipal, o município está de acordo com a política nacional de AD, com 1 EMAD.

A Atenção Básica (UBS) tem como premissa à realização Atendimento Domiciliar (AD) para os pacientes classificados na modalidade AD1.

Em relação à operacionalização da AD2 em toda RAS, o EMAD atende todo município e para viabilizar essa assistência, utiliza-se o atendimento domiciliar como instrumento. Para tal, são disponibilizadas 01 viatura da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura Municipal de Novo Horizonte e previsto a aquisição de mais 1 viatura e motorista para melhor logística nos atendimentos.

Com a evolução do serviço, percebeu-se a necessidade de mudança no processo de trabalho das equipes de saúde, com aumento e exclusividade de recursos.

3.1 COMPOSIÇÃO DA EQUIPE EMAD- AD2

A equipe do SAD é composta por enfermeiro, médico, fisioterapeuta, psicóloga, auxiliares/técnicos de enfermagem e agente administrativo. A carga horária e a categoria profissional estão distribuídas como abaixo:

- EMAD 2: 03 técnicos de enfermagem (36 horas/semanais) 01 enfermeira (40 horas/semanais); 01 médicos (20 horas/semanais cada), 01 fisioterapeuta (30 horas/semanais) e 1 Psicólogo (20 horas/semanais).

3.2 FUNCIONAMENTOS DO EMAD E PERIODICIDADE DAS VISITAS DOMICILIARES

Horário de funcionamento do SAD exclusivo para o atendimento ao público é de segunda-feira a domingo, das 7:00 às 19:00 horas. Sendo que para contato telefônico (17- 35424428) de segunda a sexta feira das 7: 00 as 17: 00.

As visitas domiciliares são realizadas no período das 7:00 às 19:00 horas. Uma vez na semana é realizada reunião com toda a equipe para discussão de novos casos, casos já existentes e elaboração Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Obs: Uma vez ao mês será passada para as UBS a lista dos pacientes que fazem parte do EMAD ou que tiveram alta.

3.2.1 PERIODICIDADES DAS VISITAS DOMICILIARES

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

Comumente o paciente cadastrado no Programa Melhor em Casa recebe visitas semanais, entretanto, nas situações em que o cuidador está apto e seguro para os cuidados a periodicidade é espaçada. É importante que a equipe

determine a periodicidade das visitas, programá-las e deixar retornos agendados com a família.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVOS GERAIS

Prestar cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, reorganizar o processo de trabalho das equipes junto aos serviços de urgência e emergência e hospitalar, diminuindo a demanda por atendimento hospitalar e/ou redução da permanência na internação, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (PORTARIA Nº 963, DE 27 DE MAIO DE 2013).

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Implementar as ações de Atenção domiciliar no Município de Novo Horizonte;
- Capacitar os profissionais que desempenham a atenção domiciliar;
- Elaborar fluxo de recepção e avaliação de atendimentos domiciliares;
- Definir critérios de inclusão e alta dos pacientes;
- Diminuir complicações e o período de internação hospitalar e evitar reinternações;
- Otimizar leitos hospitalares, reduzir custos;
- Sistematizar o registro de dados, para avaliar e organizar o SAD;
- Assistir e apoiar a família/cuidador, ajudando com as atribuições junto ao familiar acometido, em conjunto e sob a supervisão da equipe de saúde;
- Orientar família/ cuidador quanto aos cuidados diários;
- Diminuir o nível de estresse do cuidador;

- Realizar a atenção no domicílio através dos profissionais das ESF/UBS e EMAD;
- Incentivar o desenvolvimento da responsabilidade da família, com relação à saúde e ao autocuidado em saúde;
- Estabelecer e estimular mecanismos de integração entre a RAS e a família, dentro de uma abordagem sistêmica de cuidados à saúde.

5. POPULAÇÃO ALVO

Pessoas atendidas na Rede de Atenção à Saúde do município, que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção:

- Pessoas com dependência total ou parcial, permanente ou transitória, (agravos que impeçam a plena autonomia para locomoção e o autocuidado) e que necessitem de atendimento contínuo;
- Pessoas necessitando de cuidados especiais que possam ser desenvolvidos no domicílio;
- Pessoas com doenças transmissíveis, necessitando de cuidados específicos e educação em saúde;
- Pessoas consideradas em iminência de risco ou agravo à saúde, pelos profissionais das unidades de saúde, bem como instituições da comunidade e população.
- Pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (Diabetes e hipertensão arterial), os que sofreram acidente vascular encefálico – AVE, com doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC moderada e grave, doenças neurodegenerativas, anóxia neonatal, neoplasias, feridas crônicas, insuficiência venosa e arterial, sequelas pós-traumas, síndromes genéticas;

- Pessoas em condições agudas e estáveis clinicamente, ou em condições crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação;
- Pessoas em cuidados paliativos, com acompanhamento clínico, a fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário;
- Pessoas em vulnerabilidade social;
- Crianças em prematuridade e baixo peso com necessidade de ganho ponderal.

6. CRITERIOS DE ELEGIBILIDADE

Crériterios clínicos: O usuário que, tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente:

- Afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação;
- Afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal;
- Necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário;
- Demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros;
- Dependência de monitoramento frequente de sinais vitais;
- Necessidade frequente de exames laboratoriais de menor complexidade;
- Adaptação do paciente e /ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia;
- Adaptação do paciente ao uso de órteses/próteses;
- Pacientes ao uso de sondas e ostomias, que necessitem de cuidados intensificados;

- Acompanhamento domiciliar em pós-operatório de média e alta complexibilidade;
- Reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem serviços de reabilitação;
- Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica;
- Acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso;
- Necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória em pacientes que necessitem de cuidados intensificados;
- Cuidados paliativos;
- Medicação endovenosa ou subcutânea;

Critérios Administrativos: se referem aos quesitos administrativos/ operacionais/legais necessários para que o cuidado em AD seja realizado:

- Consentimento formal do paciente ou de familiar/cuidador por meio da assinatura do termo de consentimento informado;
- Responsável que exerça a função de cuidador, quando o usuário encontra-se com dependência funcional;
- Concordância e encaminhamento do médico assistente, seja na atenção básica, serviço de urgência e emergência ou hospital, por meio de protocolo ou instrumento de contrarreferência, com relatório minucioso, contendo dados relevantes para avaliação do quadro clínico do usuário;
- Realização de visita pré-admissional deverá ocorrer sempre que possível, com as adequações necessárias em curso do atendimento e dentro da agilidade que o caso exige;
- Ambiência domiciliar minimamente adequada aos cuidados domiciliares, incluindo necessidade de rede elétrica e espaço físico adequado ao uso seguro dos equipamentos, quando necessários;
- Suprimento de água potável;
- Meio de comunicação de fácil acesso;
- Facilidade de acesso para veículos, ambiente com janela, específico para o paciente, com dimensões mínimas para um leito e equipamentos.

Situações especiais:

- Alto grau de dificuldade no acesso ao local de atendimento ou de insegurança para a equipe;
- Ausência de condições ambientais e de higiene necessárias para o cuidado/tratamento;

Ressalta-se que esses critérios devem ser avaliados caso a caso, reconhecendo-se as singularidades do paciente e suas necessidades, além da capacidade e condições do SAD em atendê-las.

7. CRITERIOS DE DESLIGAMENTO/ ALTA/ EXCLUSÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

- Mudança de Município;
- Não aceitação do acompanhamento;
- Piora clínica que justifique internação hospitalar;
- Cura ou melhora das condições clínicas e/ou estabilidade clínica, com encaminhamento para outro ponto de atenção à saúde como a atenção básica (AD1);
- Recuperação das condições de deslocamento até a unidade de saúde;
- Inexistência de um cuidador, pois é fundamental para manter o paciente em cuidados domiciliares;
- Impossibilidade da permanência do cuidador no domicílio;
- Autonomia e independência do cuidador com paciente;
- Agravamento do quadro que justifique internação hospitalar;
- Recuperação da condição clínica possibilitando o autocuidado;
- Piora de condições domiciliares mínimas que comprometa resolutividade e/ou segurança na atenção domiciliar, em casos específicos;
- Solicitação de desligamento a pedido do paciente e/ou familiar;
- Sobreposição de equipes em atendimento (homecare, convênios, atendimentos particulares);

- Paciente não apresenta incapacidade, nem dependência total ou parcial (estando fora da população alvo);
- Descrição do domicílio: não tem infraestrutura para acomodar o paciente; não tem mínimas condições de higiene e de moradia, para realização dos procedimentos e difícil acesso geográfico;
- Pela institucionalização do paciente;
- Não cumprimento das combinações construídas no plano de cuidados, após tentativas de negociação/ repactuação entre equipe/família/cuidador/usuário com o objetivo de reconstruir vínculo;
- Piora de condições domiciliares mínimas que comprometa resolutividade e/ou segurança na atenção domiciliar, em casos específicos;
- Óbito.

Para desligamento, é necessário haver ampla discussão do caso com toda a equipe multidisciplinar; seja qual for a razão do desligamento, da exclusão ou da alta da AD, esta deve ser adequada e minuciosamente registrada no prontuário (BRASIL, 2013).

8. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

No momento da primeira visita ao paciente, a equipe deve montar e preencher o prontuário individual, com os impressos próprios do SAD, contemplando-o com todas as informações pertinentes para fornecer assistência integral e multiprofissional. O prontuário é um importante dispositivo de comunicação entre as equipes, é essencial constar no prontuário o termo de consentimento de visitas domiciliares pela equipe e assinado pelo paciente ou pelo familiar/ cuidador, assim como os demais impressos. O registro deve ser adequado para todas as ações, incluindo indicações para a AD, avaliações realizadas, metas estabelecidas, intervenções propostas e realizadas, evolução e resultados obtidos, com o desenvolvimento do projeto terapêutico singular (PTS) da família.

Da documentação, os prontuários são peças fundamentais e obrigatórias para o registro de tudo que se refere ao paciente, devendo estar em consonância e respeitar as normas e legislação vigentes, inclusive no que se refere à guarda e manuseio. O prontuário deverá ser preenchido em duas vias, uma para o domicílio (prontuário domiciliar) e outra que fica com a equipe, prontuário institucional (BRASIL, 2013) e deverá conter os impressos do SAD (em anexo).

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

8.1 PROCESSOS DE TRABALHO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Cada vez mais o domicílio se transforma em cenário para provisão de cuidados, o atendimento deve ser de maneira integral e contínuo, favorecendo arranjos domiciliares construindo redes de apoio, facilitando acesso, estabelecendo parcerias, vínculos e distribuição equânime dos recursos.

No âmbito do SUS a AD deverá ser organizada em três modalidades, AD1, AD2, AD3, definidas a partir da caracterização do paciente cuidado e do tipo de atenção e procedimentos utilizados para realizar o cuidado, utilizando instrumentos para avaliação desses pacientes (Anexo 4,5 e 6).

A equipe responsável pela assistência domiciliar tem a competência em trabalhar com equipe multiprofissional e integrada à RAS, identificar e orientar os familiares e/ou cuidador envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando os seus limites e potencialidades, abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações (possíveis e viáveis), acolher a demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de AD, utilizar linguagem acessível para o relacionamento favorável, promover a

transição do cuidado, preparando e fortalecendo o vínculo entre equipe-paciente/cuidador nos processos de alta responsável.

Para ser acompanhado pelo serviço, o paciente precisa se enquadrar no perfil de elegibilidade, identificado pelo profissional da saúde, sendo necessário a solicitação para o SAD, através do preenchimento do Formulário de Solicitação do Serviço de Atenção Domiciliar. (Anexo 7)

As solicitações são originadas pelos hospitais SUS, ambulatórios de especialidades, Unidade Básica de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF), as duas últimas são a porta de entrada, considerando o paciente na comunidade.

O SAD atua no preparo conjunto e programação das altas pelos profissionais dos hospitais e trabalhadores da AB. Com o paciente ainda internado no hospital, o SAD deve viabilizar as condições necessárias do domicílio para o recebimento do mesmo. Portanto melhorar o sistema de referência e contra referência entre as unidades da rede básica e hospitalar é fundamental, a contra referência deverá ser multiprofissional, e não apenas médica, uma vez que este tipo de paciente requer cuidados específicos em diversas áreas.

Nessa fase é possível fazer a revisão dos dados hospitalares (identificação dos diagnósticos primários e secundários; história médica, exames, terapêuticas medicamentosas, as orientações recebidas, tecnologia assistida necessária, modalidades de tratamento propostas), discutir os aspectos sociais e ambientais do domicílio, verificar suporte social, dinâmica familiar e compreensão do paciente e da família sobre a doença, tratamento e prognóstico, e suas habilidades em aprender e desenvolver os cuidados necessários, para detecção de possíveis problemas que poderão surgir no domicílio.

Fazer o levantamento das necessidades para os cuidados no domicílio, os materiais, equipamentos, retornos médicos, articulações com outros serviços, dentre outros. Posteriormente a VD deve ser executada. Neste momento, se a AD não estiver indicada a equipe do SAD discutirá com a equipe hospitalar e a família, devendo esclarecer a equipe do hospital os motivos e juntos ver outras

possibilidades ou alternativas, se for o caso, fazer as articulações com outros serviços, podendo não ocorrer a desospitalização para o domicílio.

No momento do primeiro atendimento ao paciente, a equipe deve montar e preencher o prontuário individual, com os impressos próprios do SAD, contemplando-o com todas as informações pertinentes para fornecer assistência integral e multiprofissional. O prontuário é um importante dispositivo de comunicação entre as equipes, é essencial constar no prontuário o termo de consentimento de visitas domiciliares pela equipe e assinado pelo paciente ou pelo familiar/ cuidador, assim como os demais impressos. (Anexo 8,9,10,11,12 e 13)

O registro deve ser adequado para todas as ações, incluindo indicações para a AD, avaliações realizadas, metas estabelecidas, intervenções propostas e realizadas, evolução e resultados obtidos, com o desenvolvimento PTS.

Da documentação, os prontuários são peças fundamentais e obrigatórias para o registro de tudo que se refere ao paciente, devendo estar em consonância e respeitar as normas e legislação vigentes, inclusive no que se refere à guarda e manuseio. O prontuário deverá ser preenchido em duas vias, uma para o domicílio (prontuário domiciliar) e outra que fica com a equipe, prontuário institucional (BRASIL, 2013) e deverá conter os impressos do SAD (Anexos 14, 15, 16, 17, 18, 19,20 e 21).

Explicitar o que será desenvolvido pela equipe e as limitações, fluxos e duração do programa do EMAD, isto é, falar da finitude que é a alta do programa, quando há a estabilidade clínica do paciente, o cuidador estar apto a realizar os cuidados necessários para o paciente, que é a resposta esperada pelo EMAD.

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

Em caso de óbito no domicílio, se ocorreu no horário de atendimento do EMAD (Segunda à sexta, das 7:00 as 17:00), o cuidador/ familiar deverá entrar

em contato com o mesmo e o médico avaliará a possibilidade de fornecer o atestado a depender das circunstâncias da morte. Em casos que o médico não julgar possível fornecer o atestado será feita a solicitação do serviço de verificação de óbito conforme instituído no município. Após o horário de funcionamento do programa deverá entrar em contato com Pronto Socorro Municipal.

8.2. PROCEDIMENTOS MAIS COMUNS NA ATENÇÃO DOMICILIAR

Alguns procedimentos técnico-assistenciais comumente utilizados no cuidado a pacientes internados em hospitais ou em acompanhamento ambulatorial também o são na modalidade de AD. Apesar de existirem cuidados especiais para alguns procedimentos no domicílio, a maioria deles é passível de ser realizado nesse ambiente com segurança. Ressalta-se a necessidade de se manter a singularidade de cada usuário e família, com o olhar da clínica ampliada para a apropriação da técnica que qualifique o trabalho em saúde. No quadro a seguir, são apresentados alguns dos principais procedimentos e cuidados em AD.

PROCEDIMENTOS	MODALIDADES	CUIDADOS PRESTADO
ESTOMIAS		
Traqueostomia	AD2	Troca de cânula (com cilindro de oxigênio), higienização, aspiração e descanulação.
	AD3	
Gastrostomia	AD1	Curativo
	AD2	Curativo, troca de sonda, retirada de sonda
	AD3	
Jejunostomia	AD1	Curativo
	AD2	Troca de sonda, curativo e refixação.
	AD3	
Colostomia	AD1	Troca da bolsa, higienização e curativos.
Ileostomia	AD1	Troca de bolsa, higienização e curativos.
Citostomia	AD1	Curativo, higienização
	AD2	Troca de sonda e curativo
	AD3	
Nefrostomia	AD2	Troca de sonda e curativo
	AD3	
Ureterostomia	AD2	Troca de bolsa e higienização

	AD3	Troca de bolsa e higienização
SONDAGENS		
Vesical de alívio	AD1	Realização do procedimento completo, cuidados e orientações
	AD2	
	AD3	
Vesical de demora	AD1	Troca de sonda e higienização
	AD2	
	AD3	
Nasogástrica	AD1	Fixação, cuidados e orientações
	AD2	Troca de sonda, fixação, cuidados e orientações
	AD3	
Orogástrica	AD1	Fixação, cuidados e orientações
	AD2	Troca de sonda, fixação, cuidados, orientações
	AD3	
Nasoentérica	AD1	Cuidados, orientações
	AD2	Troca de sonda (após regular para realização de raio-x), fixação, cuidados, orientações
	AD3	
CURATIVOS		
FERIDAS AGUDAS		
Traumáticas e pós-operatórias	AD1	Manter o leito da ferida limpo, livre do risco de infecção – periodicidade de avaliação: Dentro da capacidade de atendimento das UBS.
	AD2	Manter o leito da ferida limpo, livre do risco de infecção - Curativos diários ou semanais até estabilização do quadro
	AD3	
FERIDAS CRÔNICAS		
Feridas com presença de tecido inviável ou necrose	AD1	Realizar desbridamento, promover tecido de granulação - periodicidade de avaliação: dentro da capacidade de atendimento das UBS
	AD2	Realizar desbridamento, promover tecido de granulação - Curativos diários ou semanais até estabilização do quadro
	AD3	
Feridas com presença de infecção ou inflamação	AD1	Remover ou reduzir a infecção e inflamação, controlar a dor, orientar o cuidador quanto aos cuidados com a contaminação e manuseio com o paciente. periodicidade de avaliação: dentro da capacidade de atendimento das UBS
	AD2	Remover ou reduzir a infecção e inflamação, controlar a dor, orientar o cuidador quanto aos cuidados com a
	AD3	

		contaminação e manuseio como paciente. Curativos diários ou semanais até estabilização do quadro
Feridas limpas com tecido de granulação	AD1	Manter o leito da ferida limpo e controlar umidade. Periodicidade de avaliação: dentro da capacidade de atendimento das UBS
	AD2	Manter o leito da ferida limpo e controlar umidade. Curativos diários ou semanais até estabilização do quadro
	AD3	
PUNÇÕES		
PUNÇÕES PERIFÉRICAS		
Com cateter flexível	AD1	Fixação e cuidados com infiltração
	AD2	
	AD3	
Com cateter rígido	AD1	Fixação, cuidados com infiltração e mobilização do paciente.
	AD2	
	AD3	
PUNÇÕES CENTRAIS		
Inserção periférica	AD3	Cuidados com a manutenção do cateter, evitando a obstrução, curativo e fixação.
Inserção central	AD2	Curativo e fixação, cuidado com movimentos bruscos que possam tracionar o cateter.
Port Cat	AD2	Heparinização ou salinização, curativo e fixação.
	AD3	
OUTROS		
Administração de medicações SC	AD1	Orientações sobre autoaplicação, e capacitar cuidador. Medicações realizadas dentro do horário de funcionamento da unidade. *Caso necessite de apoio aos finais de semana ou fora do horário de funcionamento da unidade entrar em contato com equipe do SAD
Administração de medicações IM	AD1	Período de aplicação dentro do horário de funcionamento da unidade
	AD2	Período de aplicação fora do horário de funcionamento da unidade e aos finais de semana
	AD3	
Administração de medicações EV	AD2	Administração de medicamentos EV sempre que necessário. *Caso tenha uma medicação isolada, é passível da unidade de saúde estar realizando
	AD3	
Enterocлизма	AD2	

	AD3	Higienização e manobras de alívio intestinal.
Coleta de material biológico	AD1	Observar a técnica asséptica, manuseio dos materiais e envio correto das amostras.
	AD2	
	AD3	
Aspirações de vias aéreas superiores	AD1	Observar a permeabilidade das vias aéreas, sangramento e dispnéia. Capacitar cuidador.
	AD2	
	AD3	
Hipodermóclise	AD2	Higienização e curativo.
	AD3	
Ajustes de órteses e próteses	AD1	Curativo e controle de dor. Periodicidade: 1x no mês
	AD2	Curativo e controle de dor.
	AD3	Periodicidade: 1x por semana ou mais
Nutrição enteral	AD1	Cuidados no preparo da dieta, higienização, administração e orientações aos familiares e cuidador. Periodicidade de avaliação: 1x no mês. Cuidados realizados pela equipe do NASF
	AD2	Cuidados no preparo da dieta, higienização, administração e orientações aos familiares e cuidador. Periodicidade de avaliação: 1x por semana ou mais. Necessário apoio do NASF.
	AD3	
Paracentese	AD3	Procedimento médico, cuidados com a técnica, orientações ao cuidador e aos familiares.

8.3 RECURSOS MATERIAIS (INSUMOS) E EQUIPAMENTOS

A modalidade de atenção domiciliar deve incluir procedimentos de profissionais de saúde e fornecimento de material médico-hospitalar (insumos) e equipamentos, necessários aos cuidados integrais do paciente em domicílio. (Anexo 20, 21). Para que haja o fornecimento dos mesmos haverá Termo de responsabilidade para os equipamentos (Anexo 9) e um Termo de dispensa de materiais para controle e planejamento da entrega do mesmo (Anexo 10).

Dentre os materiais fornecidos, será dispensado sacos de lixo brancos e descarpack, quando necessário, e a equipe do EMAD ficará responsável pela coleta dos mesmos. A coleta será realizada semanalmente, a fim de que seja descartado adequadamente.

8.4 RECURSOS DE EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM

Os exames complementares a serem solicitados pelo EMAD se contemplam todos que constam na Tabela SIGTAP- SUS. Alguns são realizados no município e outros encaminhados para Município de referência Catanduva – SP. (Anexo 22)

A solicitação dos exames é feita em impresso próprio, na UBS/ESF de referência do domicílio ou pelo médico do EMAD. Os encaminhamentos para especialidades e as internações eletivas seguem o fluxo da unidade de referência do domicílio, encaminhados ao Complexo Regulador, seguindo a regionalização do município.

A coleta do exame laboratorial será realizada pela equipe de Enfermagem do EMAD, conforme o agendamento do mesmo.

8.5 RECURSOS MEDICAMENTOSOS E NUTRICIONAIS

Os medicamentos quando prescritos pelos médicos do AD e/ou RAS são fornecidos nas farmácias das UBS, segundo a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) (Anexo 24). Já os medicamentos que não são contemplados na REMUME, faz-se necessário realizar o processo de acordo com o protocolo de cada medicação que são chamadas de Alto Custo. Via:

<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/assistencia-farmaceutica/medicamentos-dos-componentes-da-assistencia-farmaceutica/links-do-componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica/relacao-estadual-de-medicamentos-do-componente-especializado-da-assistencia-farmaceutica/consulta-por-medicamento>

O usuário que necessitar de medicamentos endovenoso, prescrito pelo médico do EMAD e fazendo parte da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), a equipe de Enfermagem do EMAD ficará responsável pela retirada da medicação na farmácia e administração do mesmo.

Os usuários que necessitam de suplementos alimentares ou dietas específicas precisam de avaliação nutricional e da receita médica para que possa receber o auxílio conforme o protocolo de nutrição do município. (Anexo 23)

8.6 TRANSPORTES DOS FUNCIONARIOS DO EMAD

A AD2 conta com 1 viatura para transporte dos profissionais, para realização da assistência no domicilio, visitas hospitalares, visitas com a Enfermeira da AP, elaborações de alta dos pacientes, realização de procedimentos de enfermagem e etc.

8.7 TRANSPORTE DOS USUÁRIOS: ELETIVO, URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA

Quando há a necessidade de transporte em casos de Urgências e Emergências e para uso eletivo no Município, o responsável pelo paciente deverá entrar em contato através do telefone 192.

Em caso eletivo, como consultas e exames no município de referência, o transporte deverá ser agendado antecipadamente junto com a guia de referência e contra referência e/ou pedidos de exames já agendados com data, local e horário no Setor de Transportes.

Ressaltando que em casos de urgência/ emergência entrar em contato com o telefone 192(Ambulância) ou 193 (Bombeiro).

8.8. PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Será realizado uma pesquisa de satisfação com os usuários do programa através de um instrumento chamado Net Promoter Score (NPS), via telefone. É uma métrica desenvolvida para medir o grau de satisfação dos usuários.

9. ELEMENTOS FUNDAMENTAIS PARA A GESTÃO DO CUIDADO NA AD 2

As equipes que atuam na atenção domiciliar, constantemente se deparam com situações complexas, seja pelas características clínicas dos pacientes, pelas condições socioeconômicas ou apoio familiar. Para o manejo dessas situações, existem ferramentas que nos auxiliam na gestão do cuidado da atenção domiciliar, que são o Acolhimento, Clínica Ampliada, Apoio Matricial e o PTS. (BRASIL,2013)

Pelas características da atenção domiciliar o PTS representa um importante dispositivo que as EMAD/EMAP devem utilizar ao se depararem com casos/situações mais complexas e de difícil resolução, caracterizadas pela necessidade de se acionar um conjunto de recursos disponíveis nas RAS. (Anexo 11)

O PTS é uma ferramenta para organizar o cuidado às pessoas, tanto para casos complexos, quanto para os mais simples, é uma estratégia de qualificação da equipe, identifica e amplia os recursos entre a família e os serviços, qualifica a Rede, sistematiza a atenção dos casos acompanhados, definem casos elegíveis, envolve família, outros serviços etc. Casos mais comuns, o PTS qualifica a equipe, propiciando um olhar mais amplo para Rede (BRASIL, 2007).

A elaboração do PTS é elegível para casos onde o paciente se encontra em processo de alta para AD1, ou seja, teve seu quadro estabilizado por meio do cuidado realizado pelo EMAD, devendo ser seguido agora pelas equipes da atenção básica. Outro caso que o PTS também é indicado, quando se trata de prognóstico fechado, ou seja, usuários para os quais existem poucas ações terapêuticas, como no caso de pacientes sem possibilidade de cura ou controle da doença.

As Fases do PTS consistem:

- I- Diagnóstico – o mais amplo possível - condições de saúde, educação, social etc.
- II- Meta: curto, médio e longo prazo – ser de fácil realização.

- III- Responsabilidades – após as metas, quais propostas? Quem irá realizar?
- IV- Avaliação – fez sentido para a vida do paciente? Atingiu o objetivo?

Importante ressaltar que a construção de um PTS, sempre que possível e necessário, deve ser realizada com a participação de membros das equipes de Atenção Básica quando o paciente em AD se encontrar em sua área de abrangência (BRASIL, 2013).

Dessa forma, o projeto terapêutico é enriquecido por informações e conhecimentos que só o acompanhamento integral prestado pela AB poderia fornecer, além de favorecer o cuidado partilhado entre as equipes de AD e as de AB, fortalecendo, assim, vínculos, e não os quebrando, favorecendo no processo de alta do paciente (BRASIL, 2013).

10. INDICADORES E METAS

Os indicadores devem ser utilizados como ferramenta importante para gestão e construção do processo de cuidar, pode resultar na fixação de critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores com objetivo de obter melhora no nível de saúde da população, responder com efetividade às necessidades da população, alcançar eficiência gestora no uso de recursos escassos, entre outros.

Estabelecer metas de curto, médio e longo prazo, as metas são importantes para a aderência terapêutica, a partir da avaliação periódica dos resultados alcançados. As metas e as intervenções devem ser compartilhadas entre a equipe e a família/paciente, para o alcance de melhores resultados. A todos os envolvidos no processo cabem as responsabilidades, que devem ser esclarecidas e estabelecidas para o alcance das metas.

Durante todo o processo o plano deve ser revisado e os resultados das intervenções avaliados, para os ajustes necessários, o mais precoce possível. O

registro, a sistematização e a análise das informações produzidas são processos centrais para a gestão do processo de trabalho do SAD, principalmente quando possibilitam a apropriação e a discussão coletiva de aspectos que refletem na prática das equipes, podendo demonstrar fragilidades e potencialidades da produção de cuidado em AD, fundamentais para o planejamento de ações em relação às necessidades do usuário.

As informações produzidas a partir das ações em AD devem ter valor de uso para todos os atores envolvidos no processo (BRASIL, 2016).

São eles: Taxa de mortalidade para a modalidade internação domiciliar, taxa de internação após atenção domiciliar, taxa de infecção para a modalidade internação domiciliar, taxa de alta da modalidade assistência domiciliar, taxa de alta da modalidade internação domiciliar.

Como o município não se habilitou para a modalidade de internação domiciliar, os indicadores foram adaptados para:

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

Utilizam-se metas e outros indicadores próprios:

- Taxa de desospitalização;
- Taxa de atenção domiciliar para pessoas com idade igual ou maior de 90 anos;
- Taxa de uso de equipamentos emprestados na AD. Melhorar as condições de atendimento aos acamados inscritos no SAD, através do empréstimo de materiais e equipamentos que constam na padronização do SAD – SMS NH;
- Taxa de satisfação do paciente/usuário da AD;
- Desenvolver pesquisas periódicas de satisfação do usuário;

- Avaliar o número de atendimentos na AD por categoria profissional, realizados;
- Avaliar número de reuniões realizadas/previstas;
- Avaliar número de VD solicitadas/atendidas;
- Avaliar número de internações e/ou reinternações.
- Média de permanência geral;
- Média de permanência por agravo;
- Percentual dos usuários classificados por modalidades da AD como AD1, AD2 e AD3 na admissão;
- Percentual de usuários por conduta/ motivo de saída (desfecho):
 - Alta para AD1, alta clínica, alta administrativa, alta por institucionalização, mudança de município, óbito.
- Percentual de usuários em AD por agravo/condição avaliada.

11. FLUXOGRAMA DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (ANEXO 1,2,3)

A solicitação para o SAD/ EMAD intra-hospitalar ou extra-hospitalar (quando o paciente se encontra no domicílio, podendo ser solicitada através da unidade de saúde (UBS/ESF). O profissional deve preencher o Formulário de Solicitação do Serviço de Atenção Domiciliar (Anexo 2) deverá encaminhá-lo para EMAD para avaliação de inclusão.

Para inclusão no EMAD, verificar se o paciente se enquadra na população alvo e os critérios de inclusão/exclusão. Em caso de o paciente ser atendido por outro serviço de atenção domiciliar, o próprio paciente e/ou a família deverão definir qual o serviço que fará o acompanhamento, para evitar divergências de condutas que levariam o prejuízo para a evolução do paciente. Na visita

domiciliar, o enfermeiro realiza o atendimento, se for um atendimento pontual e/ou não houver a indicação do cadastro no SAD, por não atender aos critérios, encerra-se o caso. Quando o seguimento no SAD não for possível, a família deverá ser encaminhada para a rede de apoio social, serviços e encaminhamentos afins.

12. REFERENCIAS

Censo IBGE 2010 Município de Novo Horizonte/SP. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/novo-horizonte.html>>. Acessado em: 9 de Outubro de 2020.

ORIENTAÇÕES TÉCNICAS para a Implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS, 2018, Brasília, DF.

MANUAL DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO, Novembro/2018 - Ribeirão Preto.

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

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

ANDRADE, A. M., et al. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017 jan-fev;70(1):210-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar, vol.1. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília – DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e

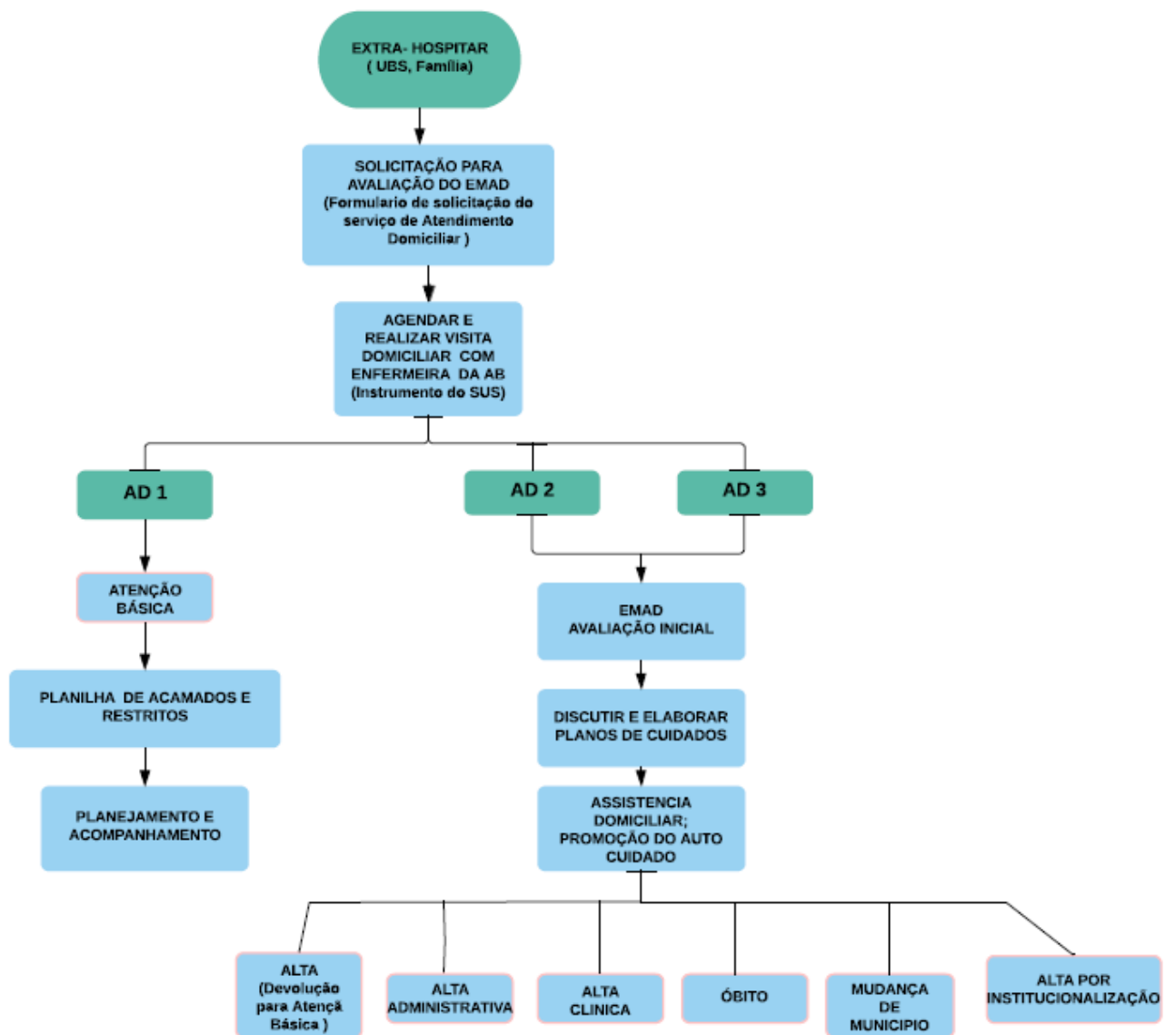
projeto terapêutico singular – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p. :
il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria GM/MS Nº 825, de 25 de abril de 2016.
Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e
atualiza as equipes habilitadas. Brasília - DF, 2016.

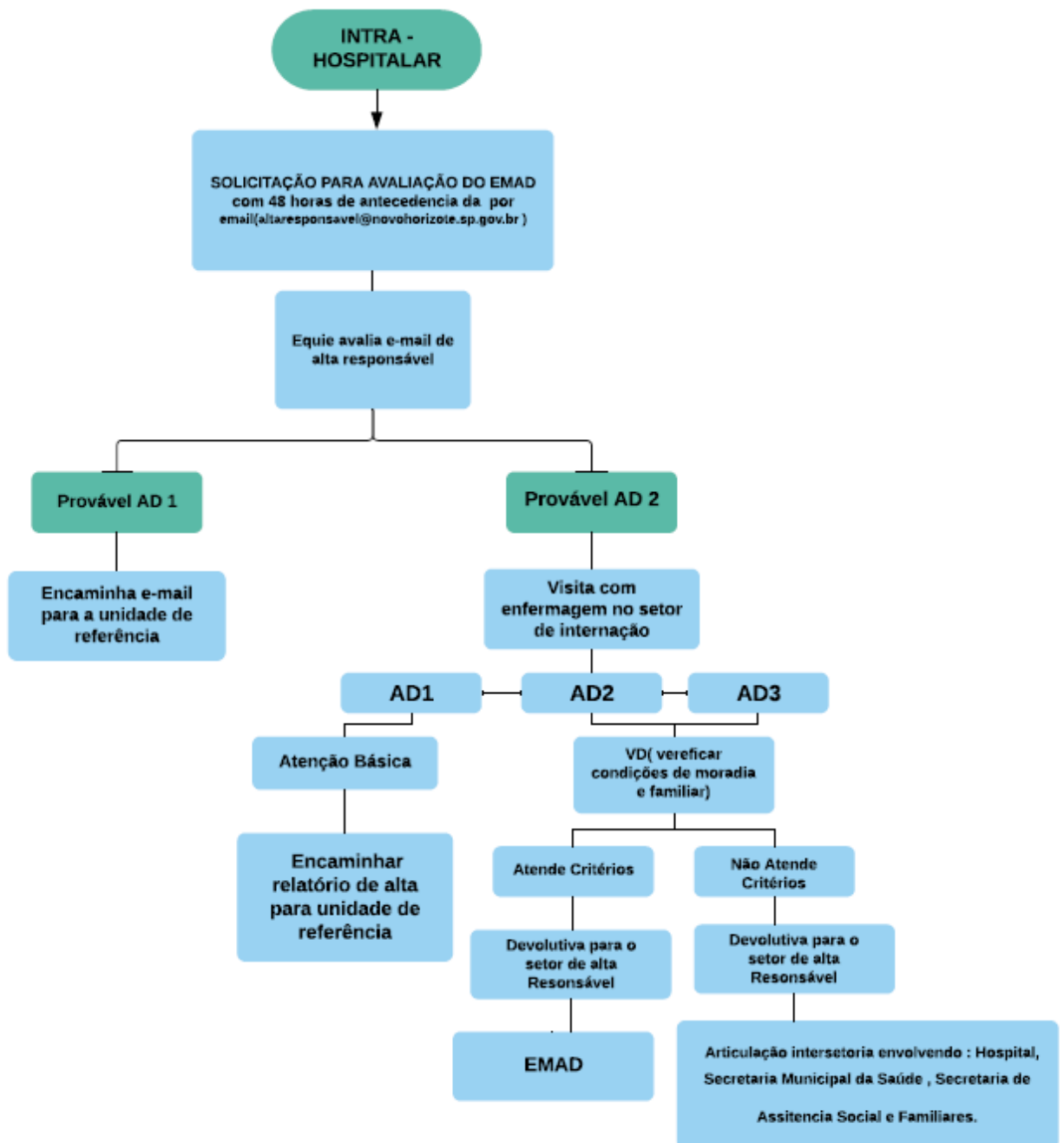
BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine
a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília – DF,
2013.

13. ANEXOS

Anexo 1. Fluxograma Extra Hospitalar



Anexo 2. Fluxograma Intra-Hospitalar



Anexo 4. Avaliação da complexidade do paciente em AD1

Critérios de Avaliação	0	1	2	3
AVDBs*	Independente para todas as AVDBs (escore 6)	Dependente para até 2 AVDBs (escore 4–5)	Dependente para até 4 AVDBs (escore 2–3)	Dependência para 5 ou 6 AVDBs (escore 0–1)
AVDIs**	Sai de casa sem ajuda para realizar atividades sociais e controlar as finanças	Necessita de ajuda para sair de casa e para realizar as atividades sociais e controlar as finanças	Não sai de casa, mas realiza as tarefas de casa sem ajuda/ou controla suas finanças	Não tem nenhuma autonomia
Função cognitiva (MEEM)/ audição, visão e fala	Sem alterações cognitivas e sensoriais	Alterações cognitivas ou sensoriais	Alterações cognitivas e sensoriais	Sem total funcionalidade cognitiva (vida vegetativa)
Escore de Framingham	Baixo risco < 10 %	Risco moderado 10% a 20%	Alto risco > 20%	–
Presença de úlcera de pele	Ausente e sem fatores de risco	Ausente e com fatores de risco	Presente	–
Estado Nutricional (IMC)	Eutrófico IMC entre 22 e 27	Baixo peso (IMC < 20) ou sobrepeso (IMC ≥ 30)	Perda de peso acentuada (> 5% em 1 mês ou > 10% em 6 meses)	Caquexia ou obesidade mórbida que impeça deambulação
Incontinência Urinária	Ausente	Incontinência transitória	Incontinência de estresse, urgência ou refluxo	Incontinência funcional
Avaliação do Humor	Sem alterações no humor	Presença de fatores de risco ou indícios de depressão	Depressão clínica ou escores sugestivos de gravidade	Depressão clínica associado a risco de suicídio
Funcionalidade Familiar	Família funcional	Boa funcionalidade familiar, mas pouco recurso	Família disfuncional	Mora sozinho e sem auxílio familiar

*AVDBs – Atividades de vida diária básicas.

**AVDIs– Atividades de vida diária instrumentais.

Nível de Cuidados	Suporte Oferecido pela Equipe
Pontuação de 0 a 3	Paciente com sua capacidade funcional preservada e baixo risco de agravos à saúde, sem indicação para assistência domiciliar. Acompanhamento habitual da ESF.
Pontuação de 4 a 6 (nível 1)	Visita mensal de ACS. Visita da enfermagem trimestral. Atendimento médico semestral (ou pelo tempo máximo pertinente à prescrição médica) e em casos de intercorrências.
Pontuação de 7 a 18 (nível 2)	Visita mensal de ACS. Visita da enfermagem bimestral e atendimento em casos de intercorrências. Atendimento médico quadrimestral e atendimento em casos de intercorrências. Atendimento do técnico de enfermagem ou enfermeiro quando indicado e prescrito pela equipe (exemplo: cobertura para úlceras de membros). Acionar a Emad-1 em casos extremos, quando a necessidade de atenção superar a capacidade de oferta da ESF.
Pontuação maior que 19 (nível 3)	Visita mensal de ACS. Visita da enfermagem mensal e atendimento em casos de intercorrências. Atendimento médico bimestral e atendimento em casos de intercorrências. Atendimento do técnico de enfermagem ou enfermeiro quando indicado e prescrito pela equipe. Atendimento do Serviço Social de suporte se necessário. Acionar a Emad-1 em caso da necessidade de atenção, superar a capacidade de oferta da ESF.

Fonte: SAVASSI, L. C. M. et al. Proposta de protocolo de classificação de risco para atendimento domiciliar individual na atenção primária. *J. Manag. Prim. Health Care.*, [S.l.], v. 3, n. 2, p.151-7, 2012. Disponível em <<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/56/50>>.

Anexo 5. Avaliação da complexidade do paciente em AD2 e AD3

Elaboração de instrumento de classificação de complexidade assistencial de pacientes em atenção domiciliar

Quadro 1 – Perfis dos pacientes moderados (AD2) e graves (AD3) do PID-DF, segundo parâmetros selecionados – Brasília, DF, Brasil, 2011.

Parâmetros/perfil	Moderado (estável) Ad2	Grave (potencialmente instável) ad3
Padrão cardiopulmonar	Oxigenoterapia domiciliar, podendo apresentar alteração do padrão cardiopulmonar.	Presença de dispnéia, taquicardia/bradicardia ou arritmia reversível durante os procedimentos domiciliares.
Estado nutricional	Desnutrição grau II. Obesidade e sobrepeso.	VO sem atingir pelo menos 50% das necessidades; Desnutrição grau III. Obesidade mórbida.
Risco para hemorragia	Pacientes com probabilidade de hemorragia digestiva e uso contínuo de anticoagulante.	Presença de ferida extensa com uso de anticoagulante; Lesões oncológicas potencialmente sangrantes e usuários de Sonda nasoentérica (SNE) ou gástrica (SNG), com histórico de úlceras.
Presença de infecção	Presença de infecção com quadro clínico estável.	Presença de infecções agudas e recorrentes, com risco de repercussão hemodinâmica.
Profissionais envolvidos	Necessidade de no mínimo três profissionais.	Potencialmente toda a equipe multidisciplinar.
Tipos de procedimentos realizados	Procedimentos de rotina como: a) Limpeza e aspiração de traqueostomia b) Curativos grau II c) Orientações para SNE d) Administração eventual de medicamentos via EV, IM ou hipodermoclise.	Necessidade domiciliar de realização de procedimentos habitualmente realizados em ambiente hospitalar e que requerem determinados cuidados e riscos como: a) Troca de traqueostomia b) Curativos grau III e IV c) Passagem de SNE para dietas enterais d) Administração frequente de medicamentos via endovenosa (EV), intramuscular (IM) ou hipodermoclise e) Controle de analgesia.
Número de visitas	Necessidade de média de duas visitas por mês.	Necessidade de no mínimo duas visitas por semana.
Grau de eficiência do cuidador/família	Presença de cuidador formal; família com bom nível cognitivo e /ou motivação em executar as orientações; bom vínculo afetivo paciente/família e cuidador/equipe.	Família com grande rotatividade de cuidadores; Baixo nível de entendimento e assimilação das orientações; Vínculo afetivo ruim paciente/família.

Anexo 6. Condições de moradia

AVALIAÇÃO DO DOMICÍLIO

Número de moradores no domicílio: _____

CONDIÇÕES DE MORADIA:

- Acesso à casa é adequado? · Sim · Não
- Iluminação natural suficiente? · Sim · Não
- Iluminação artificial suficiente? · Sim · Não
- Aquecimento / Refrigeração / Ventilação adequados? · Sim · Não
- Piso com irregularidades e/ou desníveis e/ou escorregadios? · Sim · Não
- Presença de carpetes/tapetes/forração solta no trajeto do paciente? · Sim · Não
- Quarto adequado para o descanso e acompanhamento do paciente? · Sim · Não
- Cozinha adequada para a utilização com segurança? · Sim · Não
- Banheiro tem condições adequadas e seguras para uso? · Sim · Não

Condições Avaliadas

<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Adaptação ao uso de órtese/prótese
<input type="checkbox"/> Domiciliado	<input type="checkbox"/> Reabilitação domiciliar
<input type="checkbox"/> Úlceras/feridas (grau III ou IV)	<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos oncológicos
<input type="checkbox"/> Acompanhamento nutricional	<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos não oncológicos
<input type="checkbox"/> Uso de sonda nasogástrica - SNG	<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia domiciliar
<input type="checkbox"/> Uso de sonda nasoenteral - SNE	<input type="checkbox"/> Uso de traqueostomia
<input type="checkbox"/> Uso de gastrostomia	<input type="checkbox"/> Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica
<input type="checkbox"/> Uso de colostomia	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo - CPAP
<input type="checkbox"/> Uso de cistostomia	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo - BiPAP
<input type="checkbox"/> Uso de sonda vesical de demora - SVD	<input type="checkbox"/> Diálise peritoneal
<input type="checkbox"/> Acompanhamento pré-operatório	<input type="checkbox"/> Paracentese
<input type="checkbox"/> Acompanhamento pós-operatório	<input type="checkbox"/> Medicação parenteral
	<input type="checkbox"/> Outros (especificar) _____

DEFINIÇÃO: Portaria nº825/GM/MS, 25 de abril de 2016.

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

INDICAÇÃO:

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

ORGANIZAÇÃO:

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

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

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

EQUIPE PRESTADORA DE CUIDADO:

A **EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR (EMAD)** presta atendimento ao usuário elegível APENAS na modalidade AD2. A assistência da modalidade ad é de responsabilidade das **EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA**.

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

NOME: _____

() **FISIOTERAPIA** **INICIO:** __/__/__ **ALTA:** __/__/__

() **PSICOLOGIA** **INICIO:** __/__/__ **ALTA:** __/__/__

() **OUTROS :**

Novo Horizonte, _____ de _____ de _____.

Responsável pelo preenchimento: _____

Anexo 9. Termo de Consentimento Livre e Informativo

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMATIVO

Eu, _____, CPF: _____,
_____, residente à _____,
_____, responsável pelo paciente _____,
_____, autorizo a visita domiciliar pela equipe do SAD em minha residência, assim como tirar fotografias do posicionamento do paciente no domicílio e na execução de procedimentos. Declaro ter sido previamente informado sobre os procedimentos da visita, fotos e respectivas informações, tais como sigilo da identificação do paciente e as informações pessoais. Podendo aos dados não identificados, serem utilizados apenas com propósito científico.

Comprometo-me a seguir as orientações recebidas pela equipe em relação à saúde do paciente informando imediatamente qualquer alteração, seja da condição de saúde do paciente, como alteração na prescrição médica, internação hospitalar, alta ou óbito, assim como mudança de endereço e outros.

Novo Horizonte, _____ de _____ de _____.

Assinatura do usuário ou responsável

Assinatura do cuidador

Assinatura do profissional representante da equipe

Anexo 10. Termo de responsabilidade com o(s) equipamento(s)

Termo de responsabilidade com o(s) equipamento(s)

Nesta data, eu, _____, responsável pelo (a) paciente _____, número de prontuário _____, recebo os equipamentos abaixo discriminados e me comprometo a utilizá-los, respeitando as orientações fornecidas pela equipe técnica, e a devolvê-los por ocasião da alta, óbito ou quando solicitado pelo Serviço de Atenção Domiciliar, conforme orientação/solicitação da equipe de Atenção Domiciliar.

Descrição do(s) equipamento(s):

Data	Quantidade	Patrimônio / número	Equipamento/descrição

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do usuário(a) ou responsável

Assinatura do(a) cuidador(a)

Assinatura do(a) representante da equipe

TERMO DE CIÊNCIA

Missão do EMAD:

1. Assistir e apoiar a família ajudando- a assumir atribuições com o familiar doente em conjunto e sob supervisão da equipe de saúde;
2. Capacitar os cuidadores formais ou informais (profissionais ou não), com a finalidade de obter a sua independência em relação a assistência do EMAD;
3. Desenvolver no domicílio atividades preventivas e de promoção da saúde estimulando o auto cuidado.

Critérios de INCLUSÃO:

1. Paciente acamado ou impossibilidade de locomoção;
2. Morador do município de Novo Horizonte;
3. Existência de um cuidador responsável;
4. Domicilio com infraestrutura que permita a prestação da assistência;
5. Condições do cliente permitam seu cuidado em casa.

DIRETOS

1. Ter um atendimento digno atencioso e respeitoso por profissional habilitado ou estagiário, desde que supervisionado;
2. Receber informações claras, objetivas, compreensíveis sobre a duração prevista do tratamento através da avaliação pela equipe do EMAD;
3. Consentir de forma livre voluntaria esclarecido com adequada informação, os procedimentos a serem realizados. Porém se houver recusa, a equipe se reserva o direito de decidir sobre a continuação do tratamento sem adesão integral;
4. Receber visitas periódicas que serão realizadas de acordo com a necessidade e plano estabelecido pela EMAD;
5. Ser atendido no dia agendado, salvo exceções;
6. Receber capacitação para autocuidado e/ou autonomia do cuidador pela EMAD, além das capacitações que são oferecidas pela Secretaria de Saúde do Município para cuidadores.

DEVERES

1. Realizar diariamente, ou conforme orientações, as atividades propostas, orientadas e implementadas pelo EMAD;
2. Serem ativos no tratamento como co-responsáveisna evolução do quadro clínico apresentado;
3. **Comunicar a EMAD a ausência do cliente no domicílio com antecedência mínima de 24 horas;**
4. Conservação e posterior devolução dos equipamentos provisoriamente cedidos para o auxílio no tratamento e reabilitação do cliente;
5. Acatar a decisão de alta do atendimento, e possíveis encaminhamentos, de acordo com critérios de desligamento;
6. Participar de capacitações para o autocuidado e /ou autonomia do cuidador oferecidos pela EMAD e/ou outros serviços públicos de saúde;

7. Nas situações de Urgências ou Emergências com paciente, deverá ser acionado o 192-Ambulância, ou 193- Bombeiro, o EMAD só realiza visitas agendadas não fazendo atendimento de urgências.
8. Telefone para contato / recados do EMAD – (17 3542 4428), de Segunda a Sexta-feira das 7: 00 as 17: 00 horas.

DESLIGAMENTO / ALTA DA ATENÇÃO DOMICILIAR

É o ato que determina o encerramento do atendimento da EMAD ao usuário, este desligamento pode ocorrer nas seguintes condições:

1. Autonomia e independência do cuidador ou do paciente;
2. Inexistência de um cuidador;
3. Não aceitação do acompanhamento por parte do paciente ou do cuidador;
4. Agravamento do quadro clínico que não permita a assistência nos moldes da EMAD;
5. Recuperação da condição clínica possibilitando o autocuidado;
6. Possibilidade de acompanhamento do usuário pela unidade de saúde a área de abrangência;
7. Ausência do cliente na residência no dia programado para visita, por duas vezes consecutivas, sem ter comunicado a equipe com antecedência de 24 horas;
8. Mudança para outro município;
9. Ausência de infraestrutura domiciliar que comprometa a qualidade e eficácia da atenção domiciliar;
10. Discordância em seguir as orientações e/ ou prescrições dos profissionais da equipe do EMAD;
11. Sobreposição de equipes em atendimento (exemplo: homecare, convênio, atendimento particular), familiar tem que optar por uma das equipes;
12. Óbito.

ATESTADOS

1. Atestados/ declaração somente serão emitidos pelo médico da EMAD para clientes em atendimento vigente pelo mesmo;
2. Atestados de óbitos: se ocorreu no horário de atendimento do EMAD, o cuidador/ familiar deverá entrar em contato com o mesmo e o médico avaliará a possibilidade de fornecer o atestado a depender das circunstâncias da morte. Em casos que o médico não julgar possível fornecer o atestado será feita a solicitação do serviço de verificação de óbito conforme instituído no município.

RECEITAS DE MEDICAMENTOS E DIETAS

1. Renovação de receitas de dietas medicamentos serão feitas em até uma semana depois de solicitadas;
2. As solicitações devem ser feitas diretamente com um dos membros da EMAD, entregando cópia da receita anterior.

OBSERVAÇÕES: Após alta a reinclusão neste serviço só será nos casos de alteração do quadro clínico do usuário ou mudança total no quadro de cuidadores. A reinclusão será com guia de encaminhamento conforme na admissão.

Eu _____, _____ (parentesco), responsável por _____, afirmo estar ciente e de acordo com as informações acima.

Novo Horizonte, _____ de _____ de _____.

Anexo 13. Plano Terapêutico e Acompanhamento

Plano Terapêutico e Acompanhamento

Plano de cuidados multidisciplinar

Data de admissão: ____/____/____

Prontuário: _____

Nome: _____ Idade: _____

Diagnóstico principal: _____

Diagnóstico secundário: _____

Plano terapêutico EMAD

Data	Categoria profissional	Problemas detectados	Proposta de intervenções	Início	Término

Anexo14. Ficha de avaliação do cuidador

Avaliação do Cuidador

Nome do usuário: _____ Idade: _____

Cuidador: _____ Parentesco: _____

Cuidados	__/__/__ Avaliação	__/__/__ Avaliação	__/__/__ Avaliação	__/__/__ Avaliação	__/__/__ Avaliação	__/__/__ Avaliação	__/__/__ Avaliação	__/__/__ Avaliação
Banho no leito/Higiene								
Aspiração de Via Aérea Superior								
Curativo								
Cuidado com Dieta Enteral								
Mudança de Decúbito								
Admin. De Medicação por SNE								
Cuidados com Sondagem								
Cuidados com Colostomia								

Observações:

LEGENDA:	1- Insatisfatório	2- Satisfatório	3- Muito Satisfatório
-----------------	-------------------	-----------------	-----------------------

Enfermeiro: _____

Anexo 15. Escala de Zarit Reduzida- Cuidador

Escala de Zarit Reduzida- Cuidador

Para facilitar a quantificação de forma objetiva, podem ser utilizados instrumentos que avaliem o grau de sobrecarga apresentada pelo cuidador.

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?

- 1- Nunca
- 2- Quase nunca
- 3- Às vezes
- 4- Frequentemente
- 5- Quase sempre

2. Sente-se estressado/angustiado por ter que cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex.: cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).

- 1- Nunca
- 2- Quase nunca
- 3- Às vezes
- 4- Frequentemente
- 5- Quase sempre

3. Acha que a situação atual afeta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?

- 1- Nunca
- 2- Quase nunca
- 3- Às vezes
- 4- Frequentemente
- 5- Quase sempre

4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/doente?

- 1- Nunca
- 2- Quase nunca
- 3- Às vezes
- 4- Frequentemente
- 5- Quase sempre

5. Sente que sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar do seu familiar/doente?

- 1- Nunca
- 2- Quase nunca
- 3- Às vezes
- 4- Frequentemente
- 5- Quase sempre

6. Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença o seu familiar/ doente se manifestou?

- 1- Nunca
- 2- Quase nunca
- 3- Às vezes
- 4- Frequentemente
- 5- Quase sempre

7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/ doente?

- 1- Nunca
- 2- Quase nunca
- 3- Às vezes
- 4- Frequentemente
- 5- Quase sempre

Sobrecarga leve:	até 14 pontos
Sobrecarga moderada:	15 – 21 pontos
Sobrecarga grave:	acima de 22 pontos

Resultado: _____

Anexo 16. Escala de depressão geriátrica

Escalas de Apoio

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

1. Você se considera globalmente satisfeito com sua vida?
()SIM ()NÃO
2. Você tem abandonado muitas de suas atividades e interesses?
()NÃO ()SIM
3. Você tem a sensação de que sua vida está vazia?
()NÃO ()SIM
4. Você se aborrece com frequência?
()NÃO ()SIM
5. Você habitualmente está de bom humor?
()SIM ()NÃO
6. Você tem medo de que algo ruim possa lhe acontecer?
()NÃO ()SIM
7. Você se sente feliz na maior parte do tempo?
()SIM ()NÃO
8. Você se sente frequentemente sem ajuda, desamparado?
()NÃO ()SIM
9. Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?
()NÃO ()SIM
10. Você acha que sua memória é pior do que a das outras pessoas?
()NÃO ()SIM
11. Você acha maravilhoso viver nos dias de hoje?
()SIM ()NÃO
12. Você atualmente se sente sem valor?
()NÃO ()SIM
13. Você se sente cheio de energia?
()SIM ()NÃO
14. Você se julga sem esperança em relação à sua situação atual?
()NÃO ()SIM
15. Você acha que a maioria das pessoas vive melhor do que você?
()NÃO ()SIM

Contar 1 ponto para cada resposta com conotação depressiva (coluna da direita), 0 para as outras

PONTUAÇÃO TOTAL: ____ / 15

Interpretação	
De 0 a 5 pontos	Exame normal
De 5 a 10 pontos	Indícios de quadro depressivo leve

Anexo. 17 Ficha de Avaliação e acompanhamento da Enfermagem

Ficha de Acompanhamento da Enfermagem EMAD : AD1 () AD2 () AD3 ()

Paciente: _____ Prontuário: _____

Cuidador: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Tel.: _____

Profissional: _____ Registro: _____

DATA DAS VISITAS	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
SSVV								
Pressão Arterial								
Frequência Cardíaca								
Frequência respiratória								
SpO2								
Glicemia Capilar								
PELE								
Coloração								
Edema(s)								
Hidratação								
Higiene								
Presença de Área Vermelha								
Pontos de Pressão								
ÚLCERA/ LESÃO								
Tipo de ferida								
Localização								
Medida								
Profundidade								
Tecido								
Odor								

Exudato								
ALIMENTAÇÃO								
Aceita VO								
Gastrostomia								
Ingestão Líquida								
Dieta por Sonda								
ELIMINAÇÃO								
Evacuações por Semana								
Diarreia								
Constipação								
Sonda Vesical								
Urina Frequência								
Urina Volume								
Urina Cor								
HIGIENE								
Cama								
Corporal								
Oral								
MOBILIZAÇÃO								
Leito								
Fora do Leito								
Ativa								
Passiva								
SONDAS								
Troca								
funcionamento								
SONO								

Prejudicado								
Sem Alteração Impressão geral e observação								
NUTRIÇÃO								
Peso								
Altura								
IMC								

Data: __/__/____

Assinatura do profissional: _____

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

- () **Risco de integridade da pele** prejudicada relacionada a imobilização física e fatores mecânicos
- () **Integridade da pele prejudicada** relacionada a imobilização física, fatores mecânicos, emagrecimento, proeminências ósseas caracterizada por rompimento de epiderme e destruição da derme.
- () **Risco para infecção** relacionada a defesa primária inadequadas(pele rompida, tecido traumatizado) e prejuízo ao sistema imunológico.
- () **Mobilidade física** prejudicada relacionada a prejuízos sensoriais- perceptivos caracterizado por não conseguir movimentar- se independentemente no leito e apresentar restrição a movimentação.
- () **Dor aguda** relacionada à agentes lesivos(ou injúria física) caracterizado por relato verbal, expressão facial e evidência observada.
- () **Risco de aspiração** relacionado a alimentação por sonda, presença de TQT/ ou deglutição prejudicada e reflexos da tosse/ regurgitação.
- () **Deambulação prejudicada** relacionada a prejuízos musculoesqueléticos, prejuízo neuromuscular e visão prejudicada evidenciada, fraqueza muscular, fraturas e paralisia parcial e total.
- () **Tensão do papel de cuidador** relacionada a gravidade da doença, aumento da necessidade de cuidados, dependência, ambiente inadequado, evidência opor dificuldades para realizar/completar as atividades necessárias, afastamento da vida social, conflito, estresse e impaciência.
- () **Nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais** relacionada incapacidade para ingerir ou digerir comida e absorver nutrientes causadas por fatores biológicos, evidenciado por fraqueza dos músculos necessários a deglutição/ mastigação, ingestão inadequada do alimento menor que a porção diária recomendada e perda de peso.
- () **Risco de quedas** relacionada ao equilíbrio prejudicado, uso de aparelhos de auxílio como bengala, andador, dificuldade visual, pisos escorregadiços e históricos de quedas anteriores

Data: __/__/____

Assinatura: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- () Orientar e incentivar o cuidador a manter o paciente sobre colchão adequado para evitar escoriações/ ulcerações
- () Avaliar semanalmente a pele e proeminências ósseas observando coloração e texturas e lesões.
- () Orientar cuidador a manter lençóis bem esticados para evitar cisalhamento, auxilia-lo a fazer no momento da visita semanal.
- () Realizar mudança de decúbito de duas em duas horas.
- () Orientar cuidador observar constantemente a pele do paciente e sua integridade evitando pressão prolongada, atrito no leito, imobilidade por muito tempo na mesma posição.
- () Realizar curativo em _____ com SF0,9% e _____, no momento da visita e orientar para que o mesmo realize durante a semana.
- () Observar as características das lesões e se piora comunicar a enfermeira para reavaliação ou nova conduta
- () Lavar sempre as mãos antes e depois de cada procedimento realizado no domicilio, orientar o cuidador sobre a importância de tal conduta que deve ser adotada por ele no dia a dia.
- () Posicionar o paciente em posição confortável ensinando o cuidador as diversas posições possíveis.
- () Orientar o doente, família, cuidador para observar os sinais de dor como expressão da face, agitação e queixa e que se presente comunicar a equipe do EMAD.
- () Agendar troca de sonda nasogastrica ou de gastrostomia para intervalo de 4 meses
- () Verificar com cuidadores se a medicação prescrita esta sendo devidamente administrada
- () Manter a cabeceira da cama em 30 ° ou 45 °, durante a dieta e orientar cuidador sobre essa necessidade para evitar refluxo
- () Lavar sonda apos dieta com 20 ml de água filtrada ou fervida e orientar o cuidador a fazê-lo para evitar obstrução.
- () Orientar, higienização correta de frascos, equipos e seringas e orientar troca conforme rotina do serviço frasco a cada 7 dias, equipo e seringa a cada 5 dias.

Data: ___/___/___

Assinatura: _____

ANEXO 18. Ficha de Avaliação e acompanhamento de Pessoas com Feridas

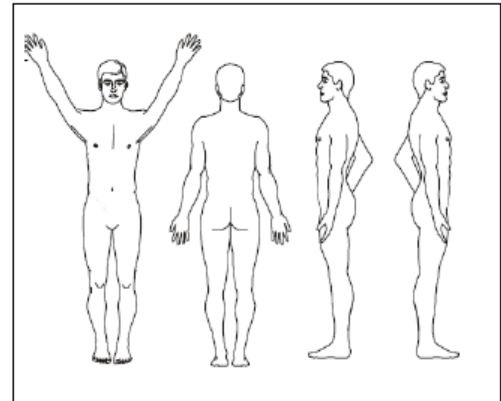
Ficha de Avaliação e Acompanhamento de Pessoas com Feridas Crônicas

Unidade: _____

Nome: _____ idade: _____

Prontuário: _____ Data Ferimento: _____ Tratam.: início- _____ Alta: _____

Exame dos Pés	
Anote com X há presença:	
<input type="checkbox"/> História prévia de úlcera <input type="checkbox"/> Calosidades <input type="checkbox"/> Sensibilidade protetora plantar <input type="checkbox"/> Pulsos <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Calçados Inadequados (tibial posterior/pedioso) <input type="checkbox"/> Micooses, rachaduras, fissuras, pele seca	
Marque a área de teste na figura abaixo <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
DIREITO ESQUERDO	



Doenças e Antecedentes
<input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Doenças Vasculares <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Outros _____

Mobilidade
<input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula c/ auxílio <input type="checkbox"/> Acamado Parcial <input type="checkbox"/> Acamado Total

Tipos/Causas de Feridas		
IC - incisão cirúrgica		
A - abrasão	LPP - Lesão por pressão	B - bolha
L - laceração	UN - úlcera neuropática	D - deiscência
CO - contusão	UA - úlcera arterial	
Q - queimadura	UV - úlcera venosa	
F - fixadores		C - cisalhamento

Estágios de Lesão por Pressão - LPP
Estágio I - avermelhamento em pele íntegra
Estágio II - bolhas / lesão de pequena espessura (epiderme-/derme)
Estágio III- lesão total de pele abrangendo subcutâneo
Estágio IV- lesão total de pele envolvendo músculos, tendões e /ou ossos

Descrição da Ferida
Cor : R - rósea A - amarela C - cinza P - preto/necrose V- vermelha
Odor : D - discreto M - moderado F - forte
Exsudato: S - seroso SS - serosangüinolento P - purulento
QUANTIDADE: N - nenhum P - pouco ME - média G - Grande
Pele Redor: N-normal V-vermelha I-Induração M-macerada
ED -edema H -hematoma C-clanose B-bolha F-frio Q-quente

DATA	LOCAL	TIPO	ESTAGIO	COR	ODOR	EXUDATO	TAMANHO	PELE RED.	DOR	PRESCRIÇÃO/CONDUTA	RESPONSAVEL

Anexo 19. Ficha de Avaliação médica

Ficha de Acompanhamento Médico

Nome: _____ Prontuário: _____

Profissional: _____

Anamnese:

1) Queixa Principal:

2) HMA:

3) Antecedentes pessoais:

4) Antecedentes familiares:

5) Medicações em uso:

6) Exame físico:

PA: _____ x _____ mmHg

Glicemia: _____ mg/dl

FC: _____

FR: _____

7) HD: _____

8) Conduta: _____

OBS: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____

Anexo 20. Ficha de Avaliação Fisioterapêutica

AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Nome: _____

Idade: _____ Data de nascimento : __/__/__

Estado Civil: _____ Sexo: _____

Raça: _____ Ocupação: _____

Diagnóstico Clínico:

Queixas Principais:

Sinais Vitais: FC: _____ FR: _____ PA: _____

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

- lúcido-orientado lúcido com momentos de desorientação
 desorientado inconsciente

ESTADO EMOCIONAL:

- calmo agitado depressivo ansioso agressivo

SISTEMA RESPIRATÓRIO:

- Ar ambiente O2 Cateter Nasal TQT Máscara

Ritmo: regular taquipnéia bradipnéia dispneia

Padrão Muscular Ventilatório:

- diafragmático costo-diafragmático intercostal intercostal
 acessório paradoxal

Expansibilidade Torácica:

- normal diminuída assimétrica _____

Ausculta: _____

SISTEMA OSTEOMIOARTICULAR:

- mov. Voluntário _____
 mov. Involuntário _____
 plegia _____
 paresia _____

Força Muscular:

- normal diminuída

Tônus:

- normal hipotônico hipertônico clônus

Amplitude Articular:

- normal

- () diminuída _____
- () luxação _____
- () rigidez _____
- () fratura _____
- () desvios posturais _____

DEAMBULAÇÃO:

- () livre () bengala () andador () cadeira de rodas () leito

MARCHA:

EQUILÍBRIO/COORDENAÇÃO

- () normal () anormal

EDEMA

Local: _____ Grau: _____

SEQUELAS

de: _____

OBSERVAÇÕES:

DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO:

OBJETIVOS:

CONDUTAS:

Data: __/__/__ _____

Anexo 22. Lista de Equipamentos para empréstimos

- Cama hospitalar;
- Colchão;
- Colchão pneumático com motor;
- Cadeira de rodas;
- Cadeira de banho;
- Aspirador;
- Suporte de soro;
- Inalador;
- Andador;
- Oxímetro;
- Bengala;

Anexo 23. Lista de Insumos

- Gaze;
- Atadura;
- SF0,9% - 100 ml, 250 ml, 500 ml;
- Luva de procedimento P;
- Luva estéril;
- Luva plástica;
- Seringa 5 ml, 10 ml, 20 ml;
- Almotolia pequena 100 ml;
- Agulha 25x7 e 40x12
- Micropore M e G;
- Fita Crepe;
- AGE;
- Sulfadiazia de prata
- Kolagenase;
- Hidrogel;
- Aquacel;
- Barbatimão Manipulado;
- Papaína 10%;
- Frasco de alimentação;
- Equipo;
- Sonda Nasoenteral N° 12 e criança
- Saco Coletor
- Sonda Vesical de demora 2 vias N° 14, 16, 18;
- Sonda de alivio 10, 6?
- Sonda de aspiração;
- Abaixador de língua;
- Scalp 25/23
- Garrote
- Fita de Glicemia;
- Lanceta;
- Esparadrapo;
- Alogodão;
- Descarpac pequeno;
- Saco de Lixo branco;
- Lamina de Bisturi n° 11
- Xylocaina gel;
- Álcool 70%;
- Álcool gel 70% ;
- Clorexidina Degermante;

Anexo 24. Exames Laboratoriais e de imagens

O município de Novo Horizonte disponibiliza todos os exames laboratoriais e de imagens pelo SUS que consta na tabela SIGTAP, sendo que alguns são realizados no município e outros encaminhados para cidade de referencia Catanduva- SP.

Exames laboratoriais no qual o EMAD solicita com urgência no município:

- Hemograma;
- Urina I;
- Urocultura;
- Antibiograma;
- Ureia;
- Creatinina;
- TGO;
- TGP;
- Sódio;
- Potássio;
- Cálcio;
- CPK;
- Glicemia de Jejum;
- Bilirubina total e frações;

Exames de imagens no qual o EMAD solicita com urgência no município:

Raio-x de Tórax e Pelve;

Anexo 25. Lista de Dietas fornecidas pela rede de saúde de Novo Horizonte

1. Trophic Basic
2. Nutrem 1.0
3. Trophic Fiber
4. Neo Advance
5. Nutrem Senior
6. Sustagem – (Ordem Judicial)
7. Nan Confort 1
8. Nan Supreme 2
9. Nan Ar
10. Nan sem Lactose
11. Nan Soy
12. Ensure – (Ordem Judicial)
13. Peptamen
14. Nutrem Júnior
15. Glutamina
16. Apta Mil H.A
17. Ninho 1+
18. Albumina

Anexo 25. Remume do Município de Novo Horizonte 2019

REMUME 2019

(RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS)

Prefeitura Municipal de Novo Horizonte

ITEM	UNID.	DISCRIMINAÇÃO DOS ITENS
ANALGÉSICOS		
1	cp	dipirona 500mg cp.
2	fr	dipirona 500mg/ml gotas
3	cp	orfenadina+dipirona+cafeina
4	cp	paracetamol 500mg
5	fr	paracetamol gotas 200mg/ml
ANALGÉSICO/ANTIINFLAMATÓRIO		
6	cp	ibuprofeno 300mg
7	fr	ibuprofeno 50mg/ml gotas
ANSIOLÍTICOS		
8	cp	bromazepan 3mg
9	cp	clonazepam 2mg
10	cp	diazepan 10mg
11	cp	lorazepan 2mg
12	cp	nitrazepam 5mg
ANTIÁCIDO		
13	fr	hidroxido de aluminio susp oral
ANTIALÉRGICOS		
14	cp	dexametasona elixir 0,5mg/5ml
15	fr	dexclorfeniramina 2mg/5ml
16	fr	loratadina 10mg
17	cp	loratadina 1mg/ml xarope
18	fr	prometazina 25mg
ANTIALÉRGICO TÓPICO		

19	tb	dexametasona 1mg/g creme
		ANTIANÊMICOS
20	cp	acido folico 5mg
21	fr	sulfato ferroso 25mg/ml gotas
22	cp	sulfato ferroso 40mg
		ANTIANGINOSOS
23	cp	mononitrato de isossorbida 20mg
24	cp	verapamil 80mg
		ANTIARRITIMICO/ANTIHIPERTENSIVOS
25	cp	carvedilol 6,25 mg
26	cp	carvedilol 12,5mg
27	cp	carvedilol 25mg
		ANTIARRITIMICOS
28	cp	amiodarona 200mg
29	cp	digoxina 0,25mg
		ANTIBIÓTICOS
30	cp	amoxicilina 500mg
31	fr	amoxicilina+clavulanato 250/62,5mg
32	fr	amoxicilina 250mg suspensão
33	cp	azitromicina 500mg
34	fr	azitromicina susp oral 200mg/5 ml
35	fr	benzilpenicilina 1.200.000 ui inj
36	fr	benzilpenicilina 400000 ui inj
37	fr	cefalexina 250mg susp
38	cp	cefalexina 500mg
39	fr	ceftriaxona 1g inj
40	cp	ciprofloxacina 500mg
41	fr	eritromicina 250mg susp oral
42	fr	fluocinolona+neomicina+polimixinaB+lidocaina gts otologicas
43	tu	neomicina+bacitracina pomada
44	cp	nitrofurantoina 100mg cp
45	cp	norfloxacino 400mg
46	cp	sulfametoxazol + trimetropina cp
47	fr	sulfametoxazol + trimetropina susp
		ANTICOAGULANTES
48	cp	acido acetilsalicilico 100mg
49	cp	varfarina 5mg
		ANTICONCEPCIONAIS


50	cp	levonorgestrel0,15 + etinilestradiol 0,03
51	amp	medroxioprogeterona 150mg inj
52	amp	noretisterona enantato 50mg+estradiol 5mg inj
ANTICONVULSIVANTES		
53	cp	acido valproico 250mg cp.
54	cp	acido valproico xpe 250mg/5ml
55	fr	carbamazepina 200mg
56	fr	carbamazepina 200mg/ml susp oral
57	cp	fenobarbital 100mg cp
58	cp	fenobarbital 40mg/ml gotas
ANTIDEPRESSIVOS		
59	cp	amitriptilina 25mg
60	cp	carbonato de litio 300mg
61	cp	fluoxetina 20mg
62	cp	imipramina 25mg
63	fr	nortriptilina 25mg
64	cp	sertalina 50mg
ANTIEMÉTICOS		
65	cp	bromoprida cp
66	fr	dimenidrinato 25mg+piridoxina 5mg gotas
67	cp	dimenidrinato 50mg+piridoxina 10mg
68	amp	dimenidrinato+piridoxina inj 50/50mg
69	cp	ondansentrona 8mg
ANTIESCABIOSES		
70	fr	deltametrina xampu
71	cp	ivermectina cp
ANTIESPASMÓDICOS		
72	cp	butilbrometo de escopolamina 10mg
73	cp	butilbrometo de escopolamina+dipirona 10/250mg
ANTIPLATULENTO		
74	fr	dimeticona 75 mg/ml gotas
ANTIFÚNGICOS		
75	tb	anfotericina B+tetraciclina 25/12,5mg vaginal
76	cp	cetoconazol 200mg
77	tb	cetoconazol creme
78	cp	fluconazol 150mg
79	tb	metronidazol geleia vaginal
80	cp	metronidazol 250mg cp
81	fr	metronidazol 40mg/ml

82	tb	miconazol creme vaginal
83	fr	nistatina solucao 100.000Ui
84	tb	nistatina creme vaginal
		ANTIGOTOSO
85	cp	alopurinol 300mg
		ANTIHERPÉTICO
86	cp	aciclovir 200mg
		ANTIHIPERTENSIVOS
87	cp	anlodipino 10mg
88	cp	atenolol 50mg
89	cp	captopril 25mg
90	cp	diltiazem 30mg
91	cp	enalapril 10mg
92	cp	losartana 50mg
93	cp	metildopa 250mg
94	cp	nifedipina 20mg
95	cp	propranolol 40mg
		ANTIINFLAMATÓRIOS
96	amp	cetoprofeno 100 mg inj
97	amp	diclofenaco 75mg inj
98	cp	diclofenaco 50mg cp
99	cp	nimesulide 100mg
100	fr	nimesulide 50mg/ml gotas
		ANTIINFLAMATÓRIOS/ANTIALÉRGICOS
101	amp	dipropionato betametasona 5 mg+ betametasona inj
102	fr	Prednisolona 3mg/ml suspensão
103	cp	prednisona 20mg
104	cp	prednisona 5mg
		ANTILIPIDÊMICOS
105	cp	sinvastatina 10mg
106	cp	sinvastatina 20mg
107	cp	sinvastatina 40mg
		ANTIPARASITÁRIOS
108	fr	albendazol susp.
109	cp	albendazol 400mg
110	cp	mebendazol 100mg
111	fr	mebendazol suspensão
		ANTIPARKINSONIANOS
112	cp	biperideno 2mg
113	cp	levodopa 200+benserazida 50mg
114	cp	levodopa 200+carbidopa 50mg
		ANTIPSICÓTICOS

115	cp	clomipramina 25mg
116	cp	clorpromazina 100mg
117	cp	clorpromazina 25mg
119	cp	haloperidol 1mg
120	cp	haloperidol 5mg
121	amp	haloperidol decanoato 70.52 mg/ml
122	fr	haloperidol gotas 2mg/ml
123	fr	levomepromazina 40mg/mlgotas
124	cp	tioridazina 100mg
ANTITIREOIDIANOS		
125	cp	levotiroxina 100mg
126	cp	levotiroxina 25mg
127	cp	levotiroxina 50mg
ANTIULCEROSOS		
128	cp	omeprazol 20mg
ANTIVERTIGINOSO/VASODILATADOR		
129	cp	cinarizina 75mg
ANTAGONISTA OPIÓIDE		
130	cp	naltrexona 50mg
BRONCODILADORES		
131	cp	aminofilina 100mg
132	fr	salbutamol spray
133	fr	salbutamol xp
DESCONGESTIONANTE NASAL		
134	fr	cloreto de sodio 0,9% + benzalconio sol. Nasal
DIURÉTICOS		
135	cp	espironolactona 100mg
136	cp	espironolactona 25mg
137	cp	furosemida 40mg
138	cp	hidroclorotiazida 25mg
EXPECTORANTES		
139	fr	ambroxol 30mg/5 ml
140	fr	ambroxol pediátrico 15mg/5ml
141	fr	iodeto de potássio xarope
HIPOGLICEMIANTES		
142	cp	clorpropamida 250mg
143	cp	glibenclamida 5mg
144	cp	metformina 500mg

145	cp	metformina 850mg
LAXANTE		
146	vd	oleo mineral
REHIDRATANTE		
147	sache	sais de rehidratação oral
REPOSIÇÃO HORMONAL		
148	cp	estrogenos conjugados 0,625mg
149	cp	medroxiprogesterona 10mg
REPOSITORES DE CÁLCIO		
150	cp	alendronato 70mg
151	cp	carbonato de calcio 500mg+vit d 200UI
VASODILATADOR CEREBRAL		
152	cp	nimodipina 30mg
153	cp	pentoxifilina 400mg
VASODILATADOR PERIFÉRICO		
154	cp	castanha da índia 100mg
VITAMINAS		
155	amp	frutose+vitaminas injetavel 10ml
156	cp	tiamina 300mg
157	cp	vitamina + sais minerais
158	cp	vitaminas do complexo b
VITAMINAS		
155	amp	frutose+vitaminas injetavel 10ml
156	cp	tiamina 300mg
157	cp	vitamina + sais minerais
158	cp	vitaminas do complexo b

Anexo 27. Ficha de Avaliação de elegibilidade e admissão da primeira VD com AB

		AValiação de Elegibilidade e Admissão (para uso exclusivo de SAD)		DIGITADO POR:	DATA: / /
				CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA* / /	
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	TURNO* (M) (T) (N)	
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO					
CNS OU CPF DO CIDADÃO*		DATA NASC.* / /	SEXO:* <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M		
PROCEDÊNCIA (ASSINALAR)*					
<input type="radio"/> Atensão Básica <input type="radio"/> Internação hospitalar <input type="radio"/> Urgência e emergência <input type="radio"/> CACON/UNACON <input type="radio"/> Iniciativa do paciente ou terceiros <input type="radio"/> Outros					
CONDIÇÃO(ÕES) AVALIADA(S)					
<input type="checkbox"/> Acamado		<input type="checkbox"/> Adaptação ao uso de órtese/prótese			
<input type="checkbox"/> Domiciliado		<input type="checkbox"/> Reabilitação domiciliar			
<input type="checkbox"/> Úlceras/Feridas (grau III ou IV)		<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos oncológicos			
<input type="checkbox"/> Acompanhamento nutricional		<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos não oncológicos			
<input type="checkbox"/> Uso de sonda nasogástrica - SNG		<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia domiciliar			
<input type="checkbox"/> Uso de sonda nasocentral - SNE		<input type="checkbox"/> Uso de traqueostomia			
<input type="checkbox"/> Uso de gastrostomia		<input type="checkbox"/> Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica			
<input type="checkbox"/> Uso de colostomia		<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo - CPAP			
<input type="checkbox"/> Uso de cistostomia		<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo - BIPAP			
<input type="checkbox"/> Uso de sonda vesical de demora - SVD		<input type="checkbox"/> Diálise peritoneal			
<input type="checkbox"/> Acompanhamento pré-operatório		<input type="checkbox"/> Paracentese			
<input type="checkbox"/> Acompanhamento pós-operatório		<input type="checkbox"/> Medicação parenteral			
CID-10 (principal)*		CID-10 (secundário)		CID-10 (secundário)	
CONCLUSÃO/DESTINO* ELEGÍVEL: (var Legendas) <input type="radio"/> AD 1 <input type="radio"/> AD 2 <input type="radio"/> AD 3 <input type="radio"/> INELEGÍVEL					
<input type="radio"/> Admissão na própria Emad		<input type="checkbox"/> Instabilidade clínica com necessidade de monitorização contínua			
<input type="radio"/> Encaminhado para outra Emad		<input type="checkbox"/> Necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, com urgência			
<input type="radio"/> Encaminhado para a Atenção Básica (AD1)		<input type="checkbox"/> Outro motivo clínico			
<input type="radio"/> Outro encaminhamento		<input type="checkbox"/> Ausência de cuidador (em casos com necessidade)			
		<input type="checkbox"/> Outras condições sociais e/ou famil. impeditivas do cuidado domiciliar			
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO PARA ADMISSÃO					
NOME COMPLETO:**					
NOME SOCIAL:					
RAÇA/COR:** <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		Etnia:**		Nº NIS (NIS/Pasep)	
NOME COMPLETO DA MÃE:** <input type="checkbox"/> Desconhecido					
NOME COMPLETO DO PAI:** <input type="checkbox"/> Desconhecido					
NACIONALIDADE:** <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro		PAÍS DE NASCIMENTO:**		DATA DE NATURALIZAÇÃO: ** / /	
PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:**		MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:**			
DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** / /		E-MAIL:			
ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA		MUNICÍPIO:**		UF:**	
CEP:**		BAIRRO:**		TIPO DE LOGRADOURO:**	
NÚMERO:** <input type="checkbox"/> Sem número		COMPLEMENTO:		NOME DO LOGRADOURO:**	
TEL. RESIDÊNCIA: ()		PONTO DE REFERÊNCIA:			
TEL. CONTATO: ()					
CUIDADOR					
<input type="checkbox"/> Não possui		<input type="checkbox"/> Cônjuge/Companheiro(a)		CNS OU CPF DO CUIDADOR	
<input type="checkbox"/> Filho(s)/Filha(s)		<input type="checkbox"/> Pai/Mãe		CP	
<input type="checkbox"/> Avô/Avó		<input type="checkbox"/> Neto(a)		CN	
<input type="checkbox"/> Imão(ã)		<input type="checkbox"/> Outro			

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
 Modalidade de AD: destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. AD 1: usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de atenção básica. AD 2: usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais. AD 3: usuários com os critérios de AD2 com agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica e paracentese).
 *Campo obrigatório
 **Campo obrigatório para cadastro de cidadãos admitidos na própria Emad
 ***Condicionado à resposta anterior

INSTRUMENTO 1. FATORES PARA AVALIAÇÃO DE FUNCIONALIDADE

ITEM	PONTUAÇÃO
ALIMENTAÇÃO	
1. Dependente. Precisa ser alimentado.	
2. Assistência ativa durante toda tarefa.	
3. Supervisão na refeição e assistência para tarefas associadas (sal, manteiga, fazer o prato).	
4. Independente, exceto para tarefas complexas como cortar a carne e abrir leite.	
5. Independente. Come sozinho, quando se põe a comida ao seu alcance. Deve ser capaz de fazer as ajudas técnicas quando necessário.	
HIGIENE PESSOAL	
1. Dependente. Incapaz de encarregar-se da higiene pessoal.	
2. Alguma assistência em todos os passos das tarefas.	
3. Alguma assistência em um ou mais passos das tarefas.	
4. Assistência mínima antes e/ou depois das tarefas.	
5. Independente para todas as tarefas como lavar seu rosto e mãos, pentear-se, escovar os dentes e fazer a barba - inclusive usar barbeador elétrico ou de lâmina, colocar a lâmina ou ligar o barbeador -, assim como alcançá-las do armário. As mulheres devem conseguir se maquiar e fazer penteados, se usar.	
USO DO BANHEIRO	
1. Dependente. Incapaz de realizar esta tarefa. Não participa.	
2. Assistência em todos os aspectos das tarefas.	
3. Assistência em alguns aspectos como nas transferências, manuseio das roupas, limpar-se, lavar as mãos.	
4. Independente com supervisão. Pode utilizar qualquer barra na parede ou qualquer suporte se o necessitar. Uso de urinol à noite, mas não é capaz de esvaziá-lo e limpá-lo.	
5. Independente em todos os passos. Caso seja necessário o uso de urinol, deve ser capaz de colocá-lo, esvaziá-lo e limpá-lo.	

ITEM	PONTUAÇÃO
BANHO	
1. Dependente em todos os passos. Não participa.	
2. Assistência em todos os aspectos.	
3. Assistência em alguns passos como a transferência, para lavar ou enxugar ou para completar algumas tarefas.	
4. Supervisão para segurança, ajustar temperatura ou na transferência.	
5. Independente. Deve ser capaz de executar todos os passos necessários sem que nenhuma outra pessoa esteja presente.	
CONTINÊNCIA DO ESFÍNCTER ANAL	
1. Incontinente	
2. Assistência para assumir a posição apropriada e para as técnicas facilitatórias de evacuação.	
3. Assistência para uso das técnicas facilitatórias e para limpar-se. Frequentemente tem evacuações acidentais.	
4. Supervisão ou ajuda para pôr o supositório ou enema. Tem algum acidente ocasional.	
5. O paciente é capaz de controlar o esfíncter anal sem acidentes. Pode usar um supositório ou enemas quando for necessário.	
CONTINÊNCIA DO ESFÍNCTER VESICAL	
1. Incontinente. Uso de caráter interno.	
2. Incontinente, mas capaz de ajudar com um dispositivo interno ou externo.	
3. Permanece seco durante o dia, mas não à noite, necessitando de assistência de dispositivos.	
4. Tem apenas acidentes ocasionais. Necessita de ajuda para manusear o dispositivo interno ou externo (sonda ou cateter).	
5. Capaz de controlar seu esfíncter de dia e de noite. Independente no manejo dos dispositivos internos e externos.	

ITEM	PONTUAÇÃO
VESTIR-SE	
1. Incapaz de vestir-se sozinho. Não participa da tarefa.	
2. Assistência em todos os aspectos, mas participa de alguma forma.	
3. Assistência é requerida para colocar e/ou remover alguma roupa.	
4. Assistência apenas para fechar botões, zíperes, amarrar sapatos, sutiã etc.	
5. O paciente pode vestir-se, ajustar-se e abotoar toda a roupa e dar laço (inclui o uso de adaptações). Esta atividade inclui o colocar de órteses. Podem usar suspensórios, calçadeiras ou roupas abertas.	
TRANSFERÊNCIAS (CAMA E CADEIRA)	
1. Dependente. Não participa da transferência. Necessita de ajuda (duas pessoas).	
2. Participa da transferência, mas necessita de ajuda máxima em todos os aspectos da transferência.	
3. Assistência em algum dos passos desta atividade.	
4. Precisa ser supervisionado ou recordado de um ou mais passos.	
5. Independente em todas as fases desta atividade. O paciente pode aproximar da cama (com sua cadeira de rodas), bloquear a cadeira, levantar os pedais, passar de forma segura para a cama, virar-se, sentar-se na cama, mudar de posição a cadeira de rodas, se for necessário para voltar e sentar-se e voltar a ela.	
SUBIR E DESCER ESCADAS	
1. Incapaz de usar degraus.	
2. Assistência em todos os aspectos.	
3. Sobe e desce, mas precisa de assistência durante alguns passos desta tarefa.	
4. Necessita de supervisão para segurança ou em situações de risco.	
5. Capaz de subir e descer escadas de forma segura e sem supervisão. Pode usar corrimão, bengalas e muletas, se for necessário. Deve ser capaz de levar o auxílio tanto ao subir quanto ao descer.	

ITEM	PONTUAÇÃO
DEAMBULAÇÃO	
1. Dependente na deambulação. Não participa.	
2. Assistência por uma ou mais pessoas durante toda a deambulação.	
3. Assistência necessária para alcançar apoio e deambular.	
4. Assistência mínima ou supervisão nas situações de risco ou período durante o percurso de 50 metros.	
5. Independente. Pode caminhar, ao menos 50 metros, sem ajuda ou supervisão. Pode usar órtese, bengalas, andadores ou muletas. Deve ser capaz de bloquear e desbloquear as órteses, levantar-se e sentar-se utilizando as correspondentes ajudas técnicas e colocar os auxílios necessários na posição de uso.	
MANUSEIO DA CADEIRA DE RODAS (alternativo para paciente que não deambula)	
1. Dependente na ambulação em cadeira de rodas.	
2. Propulsiona a cadeira por curtas distâncias, superfícies planas. Assistência em todo o manejo da cadeira.	
3. Assistência para manipular a cadeira para a mesa, a cama, o banheiro etc.	
4. Propulsiona em terrenos irregulares. Assistência mínima em subir e descer degraus, guias.	
5. Independente no uso de cadeira de rodas. Faz as manobras necessárias para se deslocar e propulsiona a cadeira por pelo menos 50 metros.	
TOTAL	

PONTUAÇÃO	Classificação
10	Dependência total
11-30	Dependência severa
31-45	Dependência moderada
46-49	Ligeira dependência
50	Independência total

Fonte: Shah *et al.*, 1989 apud Chagas; Tavares, 2001.

INSTRUMENTO 2. ESCALA DE COELHO - Informações sentinelas e escore de risco

SENTINELAS DE RISCO	Escore de risco
Acamado	3
Deficiência física	3
Deficiência mental	3
Baixas condições de saneamento	3
Desnutrição grave	3
Drogadição	2
Desemprego	2
Analfabetismo	1
Indivíduo menor de 6 meses de idade	1
Indivíduo maior de 70 anos de idade	1
Hipertensão arterial sistêmica	1
Diabetes <i>mellitus</i>	1
Relação morador/cômodo maior que 1	3
Relação morador/cômodo igual a 1	2
Relação morador/cômodo menor que 1	0

Fonte: Coelho; Savassi (2004).

Escore de vulnerabilidade

Escore total	Vulnerabilidade Familiar
0 a 4	V0 - Vulnerabilidade habitual
5 e 6	V1- Vulnerabilidade menor
7 e 8	V2 - Vulnerabilidade média
Acima de 9	V3 - Vulnerabilidade máxima

Fonte: Adaptado de Savassi, Lage e Coelho (2012).

INSTRUMENTO 3 - Classificação de risco e vulnerabilidade clínica para pacientes em visita domiciliar na APS

Indicador	Situação	Escore de risco e vulnerabilidade:	Pontuação obtida:
Idade	75 a 84 anos	1	
	> 85 anos	2	
Multimorbidade	Nº de comorbidades (≥ 5)	2	
	Descompensação clínica	5	
Polifarmácia	Nº de medicamentos (≥ 5)	2	
Dependência Funcional	AVDs instrumentais*	1	
	AVDs Básicas** e Instrumentais	2	
Mobilidade	Dificuldade de marcha	1	
	Risco de queda	2	
	Acamado	3	
Suporte familiar	Disfunção familiar	1	
	Sobrecarga do cuidador	1	
Fragilidade	Síndrome demencial, depressão, <i>Parkinson</i> , neoplasia, sarcopenia, desnutrição, disfagia, incontinência, Paralisia cerebral	2 (cada)	
Cuidados Paliativos***	PPS(†) 80 a 100	2	
	PPS 50 a 70	5	
	PPS 30 a 50	8	
	PPS < 20	10	
Total			

*AVD instrumentais: atividades mais complexas como limpar, cozinhar, gerir o dinheiro
 **AVD básicas: atividades básicas, como higiene pessoal, autocuidado, alimentação, vestir, calçar.

Classificação de risco e vulnerabilidade clínica

Classificação quanto ao risco e à vulnerabilidade clínica	Escore
Baixo	Menor ou igual a 5
Médio	6 a 10
Alto	11 a 15
Muito alto	15 ou mais

Fonte: Pinheiro et al. (2019).

***Escala de Performance Paliativa (PPS)

Tabela 2 – Escala de Performance Paliativa (PPS)					
%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Auto-cuidado	Ingestão	Nível da Consciência
100	Completa	Normal; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Normal; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o Trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz de realizar hobbies; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência Considerável	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
40	Acamado	Idem	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Períodos de confusão ou completa
30	Acamado	Idem	Dependência Completa	Reduzida	Períodos de confusão ou completa
20	Acamado	Idem	Idem	Ingestão limitada a colheradas	Períodos de confusão ou completa
10	Acamado	Idem	idem	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	—	—	—	—