

## A Assistência Domiciliar no Contexto da APS

**Leonardo Cançado Monteiro Savassi**

*Coordenador do PRM-MFC/HPRB*

*Médico do SAD/CSSI/FHEMIG*



### O Objetivo de hoje é apresentar:

- Algumas idéias a respeito da Visita Domiciliar;
- Informações da Atenção Domiciliar na APS mundial;
- Propostas de sistematização de critérios;
- A legislação a respeito da Atenção Domiciliar;
- Experiência de 3 serviços de Atenção Domiciliar



## A Atenção Domiciliar na Saúde da Família

### Algumas frases sobre a VD no PSF:

“O atendimento domiciliar é um atendimento de exceção”

*Ana Maria Sant’Ana (RBMFC)*

“O Médico e a Enfermeira devem visitar todas as famílias no período de um ano”

*Desconhecido – argumento da DRS de Sete Lagoas*

Trabalhar com famílias em situação de vulnerabilidade, atender pessoas em privação de mobilidade, construir redes de apoio a cuidadores extenuados, executar em domicílio planos terapêuticos baseados em evidência científica de ponta: de simples este cuidado não tem nada.

*Eno Dias de Castro Filho (GHC)*



## A Atenção Domiciliar na Saúde da Família

### Algumas frases sobre a VD no PSF:

“Many of the illnesses seen in family practice cannot be fully understood unless they are seen in their personal, family and social context.”

*Ian McWhinney (A Textbook of Family Medicine)*

“A casa está na esfera central de todas as ações, está no centro de todos os níveis.”

*Mariana Borges Dias (GESF/AMMFC)*

“VD em saúde da família é iminentemente multiprofissional”

*Vinicius Araújo Oliveira (GESF/AMMFC)*



## A Atenção Domiciliar na Saúde da Família

### Algumas frases sobre a VD no PSF:

“O atendimento ao paciente em domicílio não deve ser feito por profissional médico ou de enfermagem em todas as circunstâncias, sendo esta ação não custo-efetiva (...).

Por outro lado, torna-se claro o papel da Visita Domiciliar no cuidado ao paciente acamado temporariamente, no paciente restrito ao leito ou ao lar, no paciente sem condições de acesso a Unidade de Saúde da Família (...).

Neste caminho entre o necessário e o não indicado, situam-se inúmeros casos não definidos por protocolos, diretrizes ou referenciais teóricos que tem sido individualizados pelas Equipes de acordo com a demanda de atendimentos, e com a disponibilidade para atividades "extraconsultórios".

[Referencial teórico do Grupo de Estudos em Saúde da Família](#)



## A Atenção Domiciliar na APS mundial

### Algumas informações sobre a VD em Atenção Primária:

#### CHILE



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES  
DIVISION DE GESTION DE RED ASISTENCIAL

### ORIENTACIONES PARA LA PROGRAMACIÓN EN RED

2007

MinSal/ Chile



## A Atenção Domiciliar na APS mundial

Algumas informações sobre a VD em Atenção Primária:

### CHILE

Critérios de Visita Domiciliar – prioridades:

- Pacientes terminais
- Avaliação social de desnutrição ou risco de desnutrição.
- Isolamento social ( idosos e enfermos mentais abandonados).
- Casos de Violência intra-familiar.
- Falta de assistência pré-natal
- Investigação de morte perinatal
- Abandono de tratamento de tuberculose
- Famílias Complexas, polipatologia mental e somática.
- Pobreza extrema e/ ou cond. sanitárias precárias e perigosas



## A Atenção Domiciliar na APS mundial

Algumas informações sobre a VD em Atenção Primária:

### EEUU

HOUSE CALLS TO THE ELDERLY — A VANISHING PRACTICE AMONG PHYSICIANS

Special Article

HOUSE CALLS TO THE ELDERLY — A VANISHING PRACTICE  
AMONG PHYSICIANS

GREGG S. MEYER, M.D., AND ROBERT V. GIBBONS, M.D., M.P.H.

Volume 337 Number 25 · 1815

Downloaded from www.nejm.org on June 7, 2008 . For personal use only. No other uses without permission.  
Copyright ©1997 Massachusetts Medical Society. All rights reserved.



HOSPITAL DE CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE- RS

EM BUSCA DA CONSOLIDAÇÃO DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
4º SEMINÁRIO UBS HCPA/SANTA CECÍLIA

## A Atenção Domiciliar na APS mundial

Algumas informações sobre a VD em Atenção Primária:

### EEUU

Entre 1989 e 1995, o número de pacientes recebendo cuidados domiciliares no Medicare quase dobrou, para 3.5 milhões, e o número de agências de *home health care* aumentou 50%.

O número de VDs por médicos, anteriormente a linha guia do cuidado domiciliar, declinou dramaticamente no século passado. Houve uma queda expressiva após a II Guerra Mundial.

VDs eram 40% de todos os contatos entre médicos e pacientes em 1930, 10% em 1950, e em 1980, VDs representaram apenas 0.6% destes contatos.

AMA

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE  
HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL DE CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE- RS

EM BUSCA DA CONSOLIDAÇÃO DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
4º SEMINÁRIO UBS HCPA/SANTA CECÍLIA

## A Atenção Domiciliar na APS mundial

Algumas informações sobre a VD em Atenção Primária:

### REINO UNIDO

**BMJ** Helping doctors make better decisions

BMJ 1996;313:207-210 (27 July)

**General practice**

**Home visiting by general practitioners in England and Wales**

Paul Aylin, *medical statistician*,<sup>a</sup> F Azeem Majeed, *lecturer in public health medicine*,<sup>b</sup> Derek G Cook, *reader in epidemiology*<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Office for National Statistics, London WC2B 6JP, <sup>b</sup> Department of Public Health Sciences, St George's Hospital Medical School, London SW17 0RE

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE  
HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## A Atenção Domiciliar na APS mundial

Algumas informações sobre a VD em Atenção Primária:

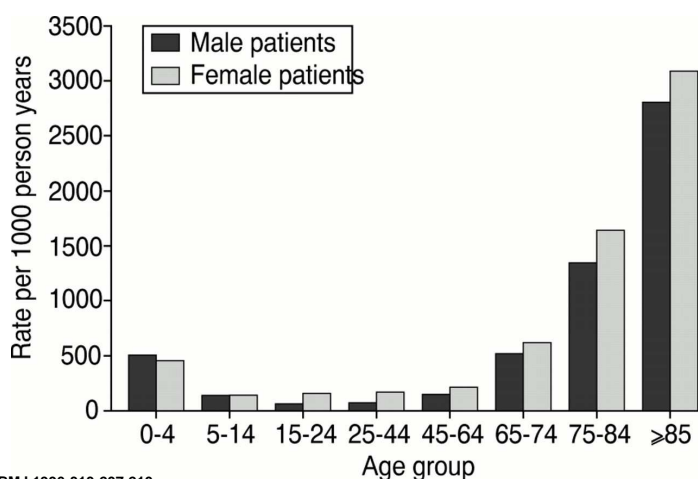
### REINO UNIDO

- 60 GPs in England and Wales.
- 502 493 patients visited at home (Sept 1991 - Aug 1992)
- Home Visits: 10.1% of contacts with GPs
- Annual home visiting rate = 299/1000 patient years.
- Ratios declined from 411/1000 (1981-2) to 299/1000 (1991-2)
- 1% of the patients accounted for nearly 40% of all home visits.

bmj.com



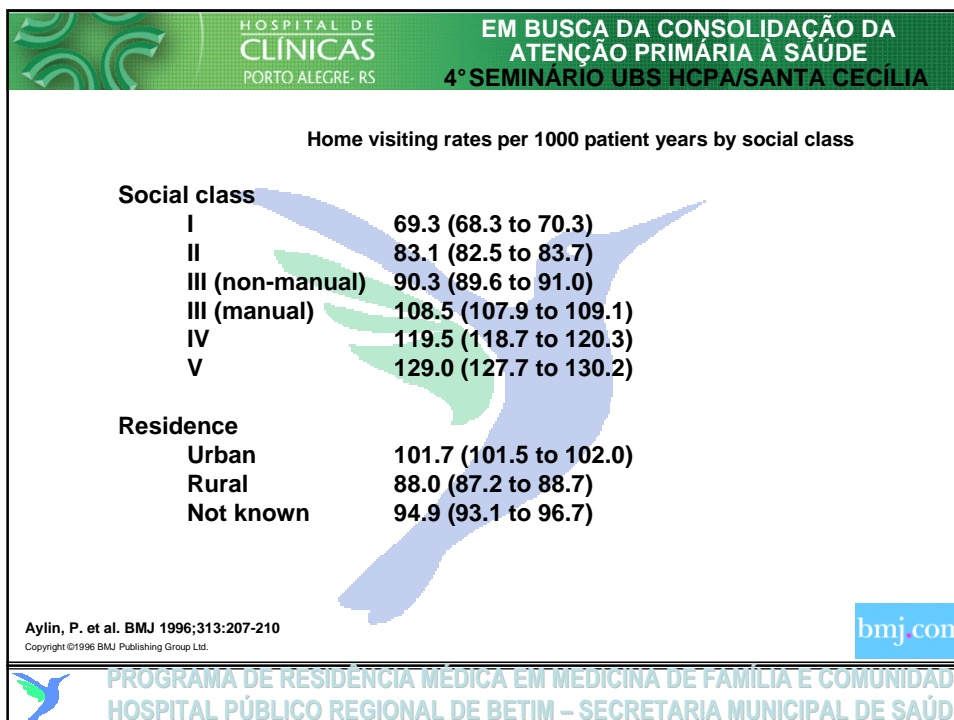
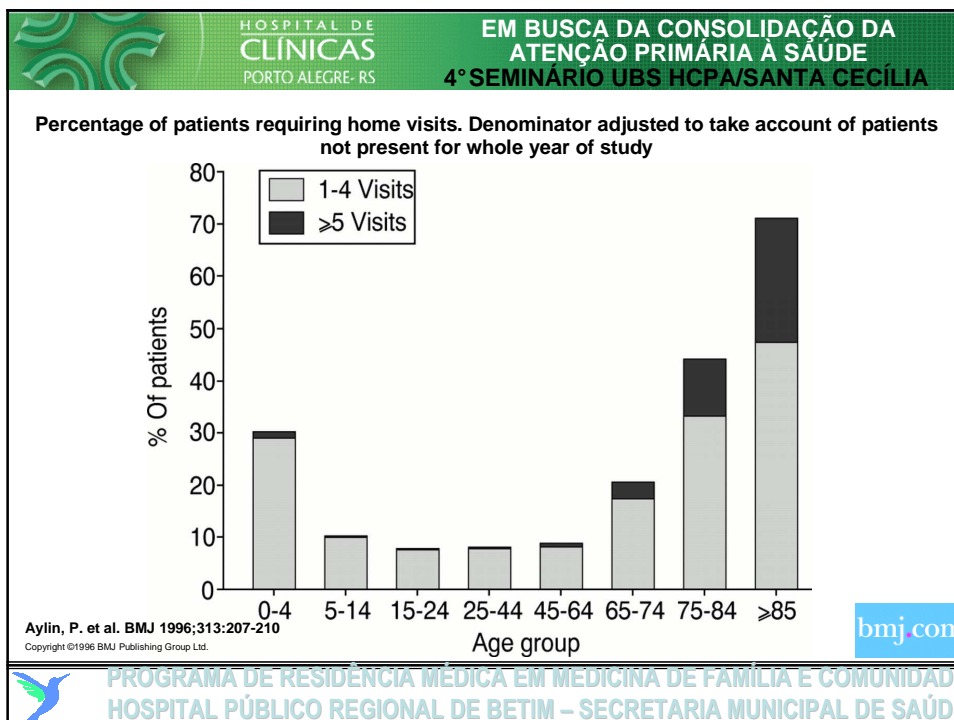
Home visiting rates per 1000 patient years by age group and sex



Aylin, P. et al. *BMJ* 1996;313:207-210  
Copyright ©1996 BMJ Publishing Group Ltd.

bmj.com





HOSPITAL DE CLÍNICAS PORTO ALEGRE- RS


EM BUSCA DA CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
4º SEMINÁRIO UBS HCPA/SANTA CECÍLIA

## A Atenção Domiciliar na APS mundial

Algumas informações sobre a VD em Atenção Primária:  
**CANADÁ**

Which physicians make home visits and why? A survey

Rénald Bergeron,\* MD; Andrée Laberge,† PhD;  
Lucie Vézina,\* MA; Michèle Aubin,\* MD, Msc



*Evidence*  
*Études*

CMAJ • AUG. 24, 1999; 161 (4) 360  
© 1999 Canadian Medical Association (text and abstract)

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE  
HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

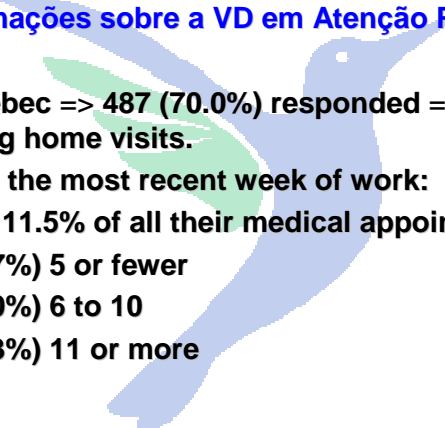
HOSPITAL DE CLÍNICAS PORTO ALEGRE- RS

EM BUSCA DA CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
4º SEMINÁRIO UBS HCPA/SANTA CECÍLIA

## A Atenção Domiciliar na APS mundial

Algumas informações sobre a VD em Atenção Primária:  
**CANADÁ**

- 696 GPs Quebec => 487 (70.0%) responded => 283 (58.1%) reported making home visits.
- home visits in the most recent week of work:
  - mean of 11.5% of all their medical appointments.
  - 118 (41.7%) 5 or fewer
  - 65 (23.0%) 6 to 10
  - 100 (35.3%) 11 or more



PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE  
HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Visit or patient characteristic	Practice setting; no. (and %) of visits		Sex; no. (and %) of visits	
	Private practice	FMU or CLSC	Female	Male
<b>Location of visits<sup>‡</sup></b>				
Private home	1995 (70.3)	274 (81.1)	320 (68.5)	1675 (70.7)
Residential facility	841 (29.6)	64 (18.9)	147 (31.5)	694 (29.3)
<b>Frequency of visits<sup>‡</sup></b>				
On demand	738 (28.0)	52 (14.2)	85 (17.7)	653 (30.3)
Regularly, < once/mo	977 (37.1)	187 (51.0)	156 (32.5)	821 (38.1)
Regularly, > once/mo	921 (34.9)	128 (34.9)	239 (49.8)	682 (31.6)
<b>Follow-up period to date, mo<sup>§</sup></b>				
< 6	329 (12.2)	56 (17.7)	50 (11.3)	279 (12.4)
6–12	356 (13.2)	44 (13.9)	45 (10.2)	311 (13.8)
> 12	2003 (74.5)	217 (68.4)	347 (78.5)	1656 (73.7)
<b>Reason for visits<sup>¶</sup></b>				
Acute condition	533 (21.4)	43 (16.0)	49 (12.3)	484 (23.1)
Chronic condition	1744 (70.0)	189 (70.3)	321 (80.8)	1423 (67.9)
Palliative care or other	215 (8.6)	37 (13.8)	27 (6.8)	188 (9.0)
<b>Type of procedure<sup>‡</sup></b>				
Assessment, diagnosis	499 (19.1)	50 (15.4)	50 (10.5)	449 (20.9)
Treatment, prescription	602 (23.1)	69 (21.3)	75 (15.8)	527 (24.5)
Monitoring, follow-up	1506 (57.8)	205 (63.3)	351 (73.7)	1175 (54.6)
<b>Duration of visits, min<sup>‡</sup></b>				
< 15	650 (25.4)	16 (5.1)	70 (15.9)	580 (27.3)
15–30	1652 (64.5)	191 (60.4)	324 (73.8)	1328 (62.6)
> 30	258 (10.1)	109 (34.5)	45 (10.2)	213 (10.0)
<b>Emergency visits</b>	302 (10.6)	31 (9.2)	39 (8.4)	263 (11.1)

\*The 10 physicians who practise in hospitals were not included in these analyses.  
<sup>‡</sup>Because of a lack of data, comparisons between sexes relate only to physicians in private practice, not those in FMUs or CLSCs.  
<sup>§</sup>p ≤ 0.001.  
<sup>¶</sup>p ≤ 0.05.  
<sup>†</sup>p ≤ 0.01.

CLSC: community centres for social and health services  
 FMU: family medicine units

HOSPITAL DE CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE- RS

EM BUSCA DA CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
4º SEMINÁRIO UBS HCPA/SANTA CECÍLIA

## A Atenção Domiciliar na Saúde da Família

Algumas informações sobre a VD em Atenção Primária:  
BRASIL

**6 Municípios do RJ com Instituições Acadêmicas onde se desenvolve o Centro de Treinamento em Saúde da Família.**

**209 profissionais – 78 médicos/ 131 enfermeiras**

- Média de 7.1 dias (médicos) e 8.1 dias (enfermeiras)/mês.
- Circunstâncias das VDs: restrito ao leito (30.7% médicos/ 20.6% enfermeiras) x sem restrição.
- O que motiva a visita: Planejamento semanal de equipe (69.2% médicos, 61.1% enfermeiras) – único dos motivadores relacionados ao maior número de VDs.

Peres et al.

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE  
HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## A Atenção Domiciliar na Saúde da Família

Algumas informações sobre a VD em Atenção Primária:

**BRASIL**

76 congressistas Mineiros, 46 Médicos. Igual distribuição sexos.

- Média 3,75 VDs/semana (médicos).

- Média 9,37% do tempo dedicado a VD (médicos).

Opinião sobre a importância da Visita Domiciliar (geral)

Opinião	Frequência	Percentual
Dispensável	0	0
De exceção	3	3,9
Importante	28	36,8
Indispensável	45	59,2
Total	76	100,0

Savassi, Sousa et al

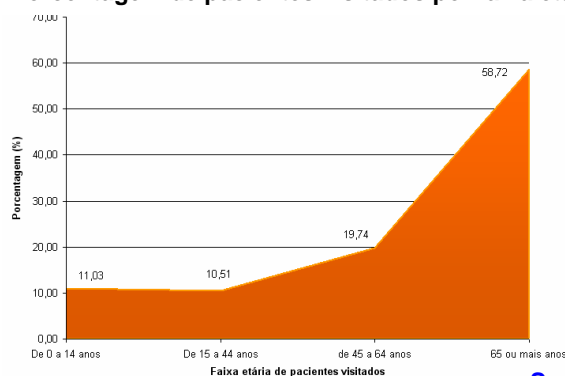


## A Atenção Domiciliar na Saúde da Família

Algumas informações sobre a VD em Atenção Primária:

**BRASIL**

Percentagem de pacientes visitados por faixa etária



Savassi, Sousa et al



## A Atenção Domiciliar na Saúde da Família

Algumas informações sobre a VD em Atenção Primária:

### BRASIL

- Grande diversidade de ações e critérios.
- Como país de proporções continentais, há grandes desafios que dependem da realidade local: uma visita domiciliar no interior Pará é extremamente diferente de uma visita domiciliar em um bairro de Porto Alegre.
- Considerações sobre a atenção domiciliar rural x urbana são totalmente pertinentes.
- Considerações sobre área de risco e vulnerabilidade social, bem como índices de periculosidade são mais pertinentes ainda.



## A Atenção Domiciliar na Saúde da Família

Algumas tentativas de Sistematização da VD no PSF:

### Escala Avaliação de Risco Familiar – Escala de Coelho

RBMFC 2004

Escala de risco familiar baseada na ficha A do SIAB que utiliza sentinelas de risco avaliadas na primeira VD pelo ACS.

Instrumento simples de análise do risco familiar, não necessitando a criação de nenhuma nova ficha ou escala burocrática.

A relação morador/cômodo é importante indicador na avaliação do risco



Dados da Ficha A		Escore	
Acamado		3	
Deficiência Física		3	
Deficiência mental		3	
Baixas condições de saneamento		3	
Desnutrição (Grave)		3	
Drogadição		2	
Desemprego		2	
Analfabetismo		1	
Menor de seis meses		1	
Maior de 70 anos		1	
Hipertensão Arterial Sistêmica		1	
Diabetes Mellitus		1	
Relação	Se maior que 1	3	Escore 5 ou 6 = (R1)
Morador/cômodo	Se igual a 1	2	Escore 7 ou 8 = (R2)
	Se menor que 1	0	Maior que 9 = (R3)

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE  
HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL DE CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE- RS

EM BUSCA DA CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
4º SEMINÁRIO UBS HCPA/SANTA CECÍLIA

## A Atenção Domiciliar na Saúde da Família

Algumas tentativas de Sistematização da VD no PSF:

**Escala de Avaliação Individual – ABCDE**  
Knupp – RMMFC do HMOB

Esta escala tem uma abordagem individual, não familiar, para a definição de prioridades na visita domiciliar.

Avaliação de 5 itens:

**A = autonomia**                      **D = doença x restrição de locomoção**  
**B = base/risco social**            **E = especialidades, interconsultas**  
**C = cuidador**

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE  
HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Escore de Atenção Domiciliar		
A (autonomia)	Totalmente dependente para AVD básicas	2
	Parcialmente dependente para AVD básicas	1
	Independente para AVD básicas	0
B (base social)	Risco social muito elevado	2
	Risco social médio	1
	Risco social baixo	0
C (cuidador)	Cuidador disponível e capacitado	2
	Cuidador disponível não capacitado	1
	Sem cuidador disponível	0
D (doença)	Doença restringe a locomoção gravemente	2
	Doença restringe a locomoção moderadamente	1
	Doença não restringe a locomoção	0
E (especialidades)	Consulta-se regularmente em outros serviços	-2
	Consulta-se ocasionalmente em outros serviços	-1
	Não se consulta em outros serviços	0

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE  
HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL DE CLÍNICAS PORTO ALEGRE- RS

EM BUSCA DA CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
4º SEMINÁRIO UBS HCPA/SANTA CECÍLIA

## A Atenção Domiciliar na Saúde da Família

O papel da ESF na atenção domiciliar: uma conta a ser feita?

**IMPORTÂNCIA DA VD =**

$$\frac{\text{Quadro individual} + \text{Risco Familiar} + \text{Risco Social} + \text{EFETIVIDADE DA VD}}{\text{População de cobertura} + \text{Condições de Acesso} + \text{tempo disponível}}$$

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE  
HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## Assistência e Internação Domiciliar

### Algumas definições: OMS

A Organização Mundial da Saúde define AD como:

“provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna. Serviços de assistência domiciliar podem ser classificados nas categorias de preventivos, terapêuticos, reabilitadores, acompanhamento por longo tempo e cuidados paliativos”.

GHC, MS. MANUAL DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE  
HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## Assistência e Internação Domiciliar

### Algumas definições: ANVISA e Portaria MS 2529/2006

A RDC nº 11, de 26/01/06, da ANVISA e a Portaria MS 2529/2006 definem os seguintes conceitos em AD:

**Atenção domiciliar:** termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio.

**Assistência domiciliar:** conjunto de atividades ambulatoriais, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.

**Internação Domiciliar:** conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

Portaria MS 2529/2006  
RDC nº11, de 26 de janeiro de 2006



PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE  
HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## Assistência e Internação Domiciliar

### Algumas definições: GHC - APS

**Atendimento Domiciliar:** cuidado no domicílio, para pessoas com problemas agudos, que estejam temporariamente impossibilitadas de comparecer à UBS.

**Acompanhamento Domiciliar:** Pessoas que necessitem contatos freqüentes e programáveis com a Equipe:

- portador de doença crônica c/ dependência física
- fase terminal
- idosos com dificuldade de locomoção ou sozinhos
- egressos do hospital, por condição incapacitante
- dificuldades de locomoção ou adequação ao ambiente da UBS.

GHC, MS. MANUAL DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



## Assistência e Internação Domiciliar

### Algumas definições: GHC - APS

**Internação Domiciliar:** pacientes com problemas agudos ou egressos de hospitalização, que exijam atenção mais intensa, que possam ser mantidos em casa, com equipamentos, medicamentos e acompanhamento diário pela equipe da UBS desde que a família assuma parcela dos cuidados.

**Vigilância Domiciliar:** Decorre do comparecimento da equipe no domicílio para ações de promoção, prevenção, educação e busca ativa da população sob sua responsabilidade, geralmente vinculadas à vigilância da saúde que a Unidade desenvolve.

GHC, MS. MANUAL DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



## Assistência e Internação Domiciliar

Algumas definições: Coelho

Duas formas de visita:

A visita domiciliar fim: com objetivos específicos de atuação,

A visita domiciliar meio: na qual realiza-se a busca ativa, promoção e prevenção da saúde.

Visita Domiciliar Fim	Visita domiciliar Meio
1- Na propaganda política;	1 - Busca ativa em demanda reprimida
2 - Na internação domiciliar;	2 - Educação para a saúde mais individualizada;
3 - Na atenção domiciliar terapêutica;	3 - Estimular o cuidado com a saúde;
4 - Na visita a pacientes acamados;	4 - Apontar necessidades de ações de promoção à saúde;
5 - Na atenção ao parto.	5 - Estabelecer canais permanentes de comunicação.

Quadro 01. Objetivos da visita domiciliar fim e da visita domiciliar meio (COELHO, 2002)

RBMFC 2004



## Assistência e Internação Domiciliar


Os Serviços de Atenção Domiciliar

- **Diversidade quanto ao Ciclo de Vida** assistido: SADs gerais, infantis, adulto, geriátrico;
- **Diversidade quanto ao objetivo:** pré-hospitalização, pós-hospitalização, desospitalização/ “desUPAlização”;
- **Diversidade quanto ao quadro:** agudo, crônico acutizado, crônico/ longa permanência;
- **Diversidade quanto a complexidade:** PID, PAD, SAD;

A legislação (MS 2529/2006) define pacientes agudos/ crônicos agudizados e permanência de 30 dias, renováveis.

RBMFC 2004



 HOSPITAL DE CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE- RS


EM BUSCA DA CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
4º SEMINÁRIO UBS HCPA/SANTA CECÍLIA


## Assistência e Internação Domiciliar


**PAD de BH**

**O Município de Belo Horizonte:**

- População de 2.399.920
- 506 Equipes de Saúde da Família
- 70% de Cobertura
- 07 Regionais/Distritos Sanitários



 PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE  
HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

 HOSPITAL DE CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE- RS

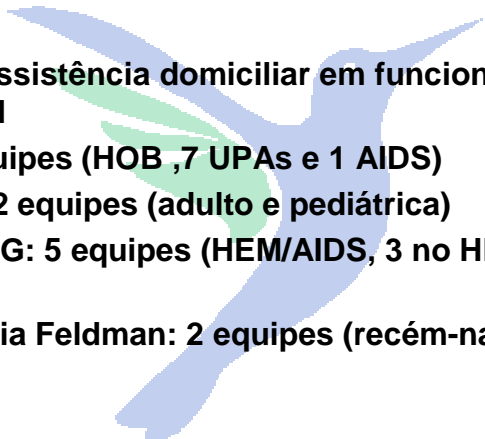
EM BUSCA DA CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
4º SEMINÁRIO UBS HCPA/SANTA CECÍLIA


## Assistência e Internação Domiciliar

**PAD de BH**

**Equipes de Assistência domiciliar em funcionamento na rede pública de BH**

- SMSA: 9 equipes (HOB ,7 UPAs e 1 AIDS)
- HC/UFMG : 2 equipes (adulto e pediátrica)
- Rede FHEMIG: 5 equipes (HEM/AIDS, 3 no HIJPII e Vent Lar no HJK)
- Hospital Sofia Feldman: 2 equipes (recém-nascidos e obstétrico)



 PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE  
HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DIAS, MB – SMSA/PBH 2008

## Assistência e Internação Domiciliar

### PAD de BH

- Público alvo do PAD/SMSA/PBH: todo paciente *Agudo* ou *Agudizado* que possa ser beneficiado pela assistência domiciliar no sentido de evitar hospitalização.

- 75%, egressos das UPAs (aguardando vagas para hospitalização de baixa/média complexidade)
- 16% desospitalizados precoces
- 09% solicitações das ESF para os crônicos agudizados, restritos ao leito e ao lar

DIAS, MB – SMSA/PBH 2008



## Assistência e Internação Domiciliar

### PAD de BH

- No SUSBH, somente a equipe do HOB faz literalmente **INTERNAÇÃO** domiciliar, para egressos hospitalares com necessidade de ATB EV 2/12h e alimentação parenteral/enteral.

- Outro foco importante: cuidados paliativos
- Números (7 equipes sediadas nas UPAs, de Jan a Ago/2008):
  - Casos novos: 912
  - Total de casos acompanhados: 1429

Capacidade média mensal de atendimento simultâneo/ equipe (4h/dias úteis por enquanto): 25,4 pacientes/mês

Média de permanência: 16 dias

DIAS, MB – SMSA/PBH 2008



## Assistência e Internação Domiciliar

### PAD de BH

#### Diagnósticos principais:

75% feridas, infecções do trato respiratório e Urinário  
25% demais diagnósticos (ICC, neuro, DM, TVP, paliativos, etc)

#### Grupos prioritários para admissão:

Idosos frágeis  
Doenças crônico-degenerativas agudizadas estáveis, pré-hosp;  
Cuidados paliativos;  
Incapacidade funcional, com quadro clínico agudizado;  
Egressos hospitalares complexos;

DIAS, MB – SMSA/PBH 2008



## Assistência e Internação Domiciliar

### PAD de Betim

#### O município de Betim:

- População de 422.160
- 40 Equipes de Saúde da Família
- 34% de Cobertura
- 04 Unidades de Atendimento Imediato



## Assistência e Internação Domiciliar

### PAD de Betim Ontem:

- Serviço existia há pelo menos 10 anos com 2 equipes: UAI Sete, UAI Teresópolis. Foco: Pacientes crônicos e casos de Internação Domiciliar

Equipe: Médico/ Enfermeiro/ Técnico

- Interrupção na mudança de governo. Com perda de dados.  
- Reinicia com a atenção ao idoso, através das Referências Técnicas em 2005, há 3 anos, após pesquisa sobre a legislação, CIAD/SP, encontro regional.

TOGNOLO, RA – SESA/Betim 2008



## Assistência e Internação Domiciliar

### PAD de Betim Hoje

Hoje o SAD funciona como SAD Nível Central (Coordenação Central e Referências Técnicas como apoio), sede na DIOP.

ESF como equipe responsável.

Fluxo: HPRB comunica SAD, referencia para as UBS/PSF.

Então os cerca de 700 pacientes atendidos no domicílio são de responsabilidade da ESF. Não há profissionais de SAD.

TOGNOLO, RA – SESA/Betim 2008

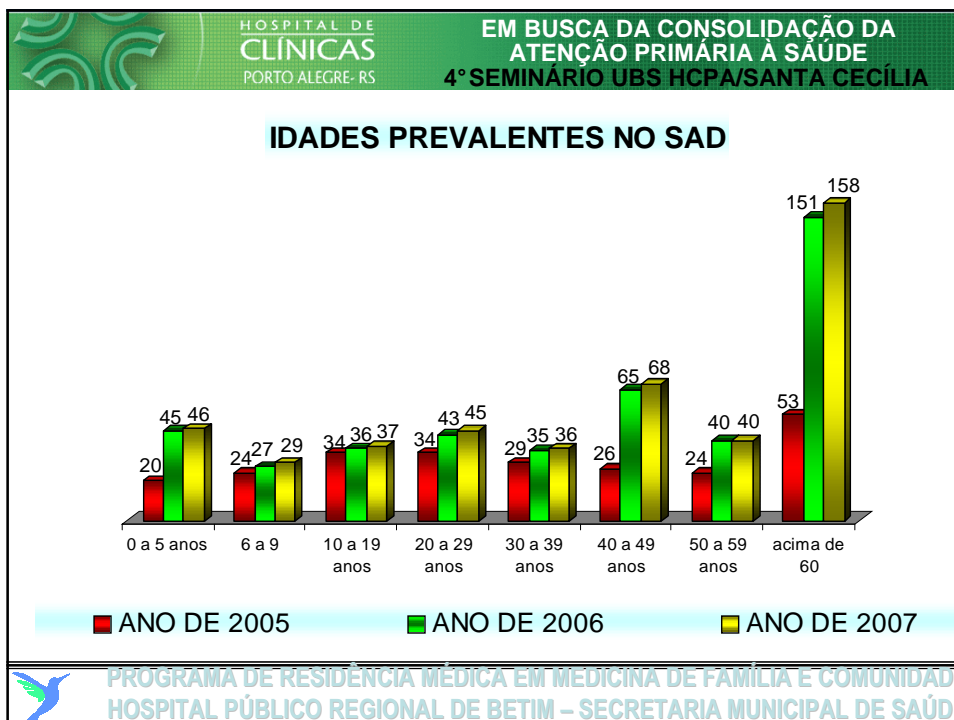


Diagnósticos		2005		2006		2007	
		Total	%	Total	%	Total	%
Úlcera de Estase		29	10%	71	12%	124	14%
Escara de decúbito		31	10%	66	11%	118	13%
Bexiga neurogênica		52	17%	82	14%	102	11%
Seguela de AVC		16	5%	40	7%	73	8%
Gastrostomia		26	9%	45	8%	70	8%
Paraplegia		19	6%	39	7%	54	6%
Complementação Nutricional		17	6%	30	5%	53	6%
Traqueostomia		18	6%	29	5%	46	5%
Ferida Pós Operatória		8	3%	43	7%	43	5%
SVD		7	2%	14	2%	41	5%

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE  
HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL DE CLÍNICAS PORTO ALEGRE- RS		EM BUSCA DA CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 4º SEMINÁRIO UBS HCPA/SANTA CECÍLIA	
		<b>Assistência e Internação Domiciliar</b>	
<b>PAD de Betim Amanhã:</b>			
<b>Proposta do SID/Betim:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 equipes, uma em cada UAI (Teresópolis, Guanabara, UAI 7 e Alterosas).</li> <li>- Foco na desospitalização</li> <li>- Equipe central com coordenador, nutricionista e assistente social dando apoio as 4 e trabalhando em parceria com os NASF.</li> <li>- Equipes com Médico/ Enfermeiro/ Técnico</li> </ul>			
TOGNOLO, RA – SESA/Betim 2008			

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE  
HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



HOSPITAL DE CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE- RS

EM BUSCA DA CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
4º SEMINÁRIO UBS HCPA/SANTA CECÍLIA

## Assistência e Internação Domiciliar

**SAD CSSI/FHEMIG (Betim-MG)**

- Localização: Citrolândia (pior IDH Betim)
- População (região) 24.172
- População CSSI estimada: 8.363
- Números
  - 120 pacientes crônicos, 57 domiciliares, restante lares abrigados ou UAGC
  - 93 pacientes na fila de espera
- Público alvo: Pessoas vivendo com seqüelas de hanseníase. Pacientes crônicos, AIH-5.

**ATENÇÃO DOMICILIAR**

SA/ASSI, BOGUTHCI – CSSI/FHEMIG

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE  
HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## Assistência e Internação Domiciliar

### SAD CSSI/FHEMIG (Betim-MG)

- Acompanhamento: semanal
- Equipe completa reabilitação
- Diagnósticos: maioria tem seqüelas motoras como mão em garra, amputações distais por perfurantes ósseos.

Previsão: CSSI como Centro dedicado a reabilitação osteomuscular secundária a neuropatias.

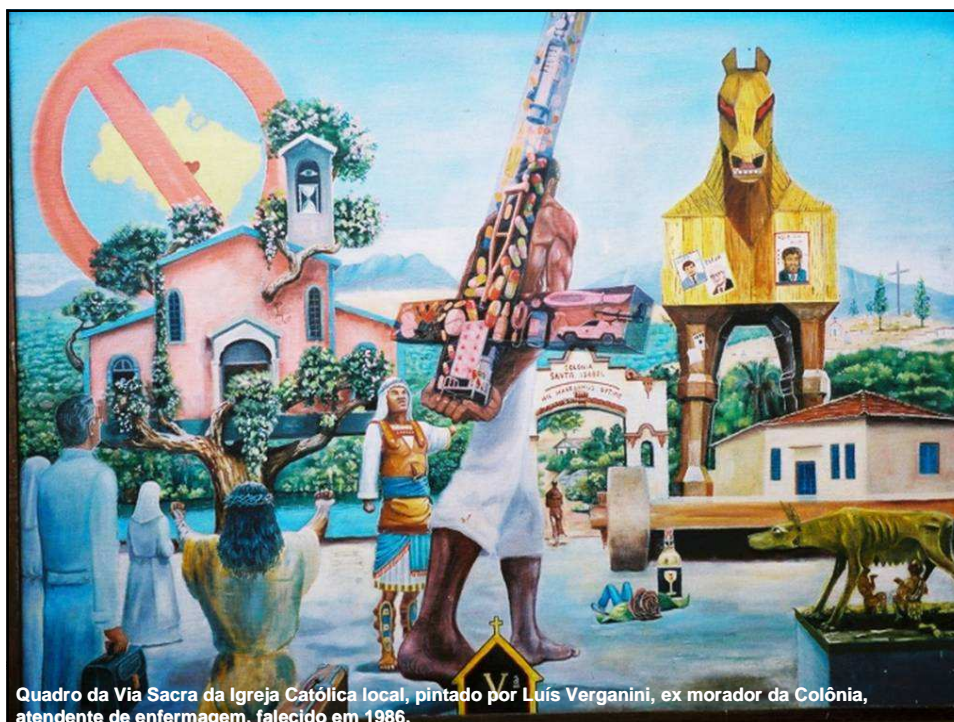
Não contemplado pela portaria MS/GM Nº 2.529, de 19 de outubro de 2006.

# ATENÇÃO DOMICILIAR

SA/ASSI, BOGUTHCI - CSSI/FHEMIG



PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE  
HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Quadro da Via Sacra da Igreja Católica local, pintado por Luis Verganini, ex morador da Colônia, atendente de enfermagem, falecido em 1986.

HOSPITAL DE CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE- RS

EM BUSCA DA CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
4º SEMINÁRIO UBS HCPA/SANTA CECÍLIA

## Complexidade do trabalho no domicílio

- Trabalhar com famílias em situações de vulnerabilidade diversos graus;
- Atender pessoas com privação da mobilidade e autonomia;
- Construir redes de apoio a cuidadores extenuados;
- Executar planos terapêuticos baseados em evidências de ponta;
- Ausência de retaguarda física da Instituição, exigindo postura diferente na casa do outro;
- Determinar o cuidado pela demanda do paciente, não pela patologia, grupo etário ou área de risco (pois a demanda muitas vezes é gerada pelo sistema de Saúde insuficiente na promoção da integralidade);
- Ser, realmente, usuário-centrado.
- Requer, em muitos casos, a prestação de cuidados assistenciais e sociais ,necessitando boa conexão entre ambos e promoção de efetiva intersetorialidade.

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE  
HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL DE CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE- RS


EM BUSCA DA CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
4º SEMINÁRIO UBS HCPA/SANTA CECÍLIA

## A excelência do atendimento

A visita domiciliar enquanto ferramenta da equipe cumpre o seu papel na saúde: responde aos 4 princípios básicos da Atenção Primária e aos 3 princípios doutrinários do SUS:

Princípios da APS	Princípios Doutrinários SUS
Acessibilidade	Universalidade de acesso
Longitudinalidade	Eqüidade na assistência
Integralidade	Integralidade da assistência.
Coordenação	

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE  
HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE


 HOSPITAL DE CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE- RS


EM BUSCA DA CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
4º SEMINÁRIO UBS HCPA/SANTA CECÍLIA

## A excelência do atendimento

É fundamental entender que...

- Visita Domiciliar não é um trabalho de caridade, nem tampouco uma Visita Social.
- Objetivos claros ao adentrar a casa do paciente.
- A qualidade da avaliação não deve ser prejudicada pelas dificuldades inerentes ao atendimento em domicílio.
- Atendimento de excelência
- Planos terapêuticos, propedêuticos, medicamentosos, e um plano de ação interdisciplinar eficaz.

 PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE  
HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

 HOSPITAL DE CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE- RS

EM BUSCA DA CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
4º SEMINÁRIO UBS HCPA/SANTA CECÍLIA

## Finalmente...


### A excelência do atendimento

“As visitas devem ser realizadas inicialmente em equipe, o que possibilita um agendamento de tarefas multiprofissionais em conformidade com um debate prévio.

Neste momento o ACS deve sempre encabeçar o grupo, procurando-se legitimar a sua representatividade.

Agendar a VD por vezes representa um dilema na equipe. Em alguns casos, há a necessidade de conhecer a família na sua espontaneidade cotidiana, o que pode entretanto gerar problemas quanto a invasão da privacidade desta.

(continua...)

 PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE  
HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**HOSPITAL DE CLÍNICAS**  
PORTO ALEGRE- RS

**EM BUSCA DA CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**  
**4º SEMINÁRIO UBS HCPA/SANTA CECÍLIA**

## Finalmente...


**A excelência do atendimento**

A espontaneidade deve ser uma marca na visita domiciliar, compreendendo-se que é um momento impregnado de imaginários trazidos a partir do reconhecimento do papel do antigo médico da família.

Os problemas devem ser atraídos de forma progressiva, um verdadeiro exercício de hermenêutica aprofundado na leitura dos objetos e dos silêncios, com uma semiologia repleta de interfaces e sujeitos.


Ao final, deve-se sempre proporcionar encaminhamentos e atribuições bem claros.”


COELHO, FLG, SAVASSI, LCM – RBMFC, 2004

 PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE  
HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**HOSPITAL DE CLÍNICAS**  
PORTO ALEGRE- RS

**EM BUSCA DA CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**  
**4º SEMINÁRIO UBS HCPA/SANTA CECÍLIA**



 PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE  
HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

 HOSPITAL DE CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE- RS

EM BUSCA DA CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
4º SEMINÁRIO UBS HCPA/SANTA CECÍLIA

**Obrigado!**

**Leonardo C M Savassi**  
**leosavassi@gmail.com**  
**[www.medicinadefamilia.med.br/savassi](http://www.medicinadefamilia.med.br/savassi)**

 PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE  
HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL DE BETIM – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE