

Belo Horizonte | 2022

GUIA

DIRETRIZES DA ATENÇÃO DOMICILIAR

GUIA

DIRETRIZES DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Elaboração e Organização:

Adriana Ferreira Pereira
Bruna Mascarenhas
Daniela Pereira Viana
Denise Valadão da Silveira Souza
Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo
Fabiana Ribeiro Silva
Fernanda Azeredo Chaves
Francieli Jamaica Pereira
Gabriela Camargos Costa
Klébio Ribeiro Silva De Martin
Maria Célia Gomes Ventura Oliveira
Michelle Cristina Mendonça Senhorini
Renata Mascarenhas Bernardes
Taciana Malheiros Lima Carvalho
Viviane Lino da Silva

Projeto Gráfico

Produção Visual - Assessoria de
Comunicação Social
Secretaria Municipal de Saúde

Colaboração:

Aline Saldanha Gois de Mello
Anelise Nascimento Prates
Artur Oliveira Mendes
Carla Marien da Costa Peres
Carolina Serravite Irrthun
Caroline Schilling Soares
Camila Amorim Figueiredo
Danielle Cunha de Souza Ramos
Letícia Dias Aguiar Soeiro
Raquel Felisardo Rosa
Simone de Moraes
Sheyla Novaes Faria Sampaio

Revisão Final:

Carolina Diniz Bolzan de Oliveira
Cristina Vaz Rosado
Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo
Fabiana Ribeiro Silva
Fernanda Azeredo Chaves
Leonardo Ferreira da Silva
Tércia Maria Ribeiro Lima Rezende
Viviane Lino da Silva

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CFM	Conselho Federal de Medicina
CMM	Consumo Médio Mensal
COIS	Coordenação de Insumos em Saúde
CS	Centro de Saúde
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAB	Centro de Referência em Reabilitação
DMAC	Diretoria de Regulação de Média e Alta Complexidade
DO	Declaração de Óbito
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
eSF	Equipe de Saúde da Família
eSB	Equipe de Saúde Bucal
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
GEAPS	Gerência de Atenção Primária à Saúde
GAERE	Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação
GAFIE	Gerência de Assistência Farmacêutica e Insumos Essenciais
GEICS	Gerência de Integração do Cuidado à Saúde
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
IML	Instituto Médico Legal
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OPMAL	Órtese, Prótese e Meios auxiliares de locomoção
PTS	Projeto Terapêutico Singular

RAS	Rede de Atenção à Saúde
RT	Referência Técnica
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SASPO	Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostromizada
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SVO	Serviço de Verificação de Óbito
TC	Transição do Cuidado
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URS	Unidade de Referência Secundária
VD	Visita Domiciliar

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: RESPONSABILIDADE ASSISTENCIAL POR MODALIDADE DE ATENÇÃO DOMICILIAR E PERFIL DO USUÁRIO	15
QUADRO 2: CRITÉRIOS PARA FORNECIMENTO DE DIETAS	44
QUADRO 3: ESCLARECIMENTOS ADICIONAIS SOBRE DECLARAÇÃO DE ÓBITO	54

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
OBJETIVO	7
1 . AS EQUIPES DE ATENÇÃO DOMICILIAR NO SUS-BH	8
1.1 Equipe de Saúde da Família, Saúde Bucal, NASF-AB, profissionais de apoio/Atenção Básica	8
1.2 Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)	12
2 . MODALIDADES DE ATENÇÃO DOMICILIAR, PERFIL DO USUÁRIO E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	14
2.1 Critérios de Elegibilidade para Acompanhamento pelo SAD ..	16
2.1.1 Critérios Clínicos	16
2.1.2 Critérios Administrativos	16
2.2 Perfil do usuário para acompanhamento pelo SAD modalidade AD3	17
2.3 Critérios de Inelegibilidade para Acompanhamento pelo SAD .	17
3 . TRANSIÇÃO DO CUIDADO	18
3.1 Transição do Cuidado dos Serviços de Saúde para a APS	18
3.2. Transição do Cuidado dos Serviços de Saúde para o SAD	19
3.3 Transição do Cuidado do SAD para a APS	21
3.4 Compartilhamento e Transição do Cuidado na Rede de Atenção à Saúde	21
3.4.1 Fluxo de Transição do Cuidado dos Serviços de Saúde para o SAD	22
3.4.2 Fluxo de Transição do Cuidado dos Serviços de Saúde para a EMAD Pediátrica	24

3.4.3 Fluxo de Transição do Cuidado dos Serviços de Saúde para a . EMAD Cuidados Prolongados	26
---	----

4. PROCEDIMENTOS MAIS COMUNS EM ATENÇÃO DOMICILIAR 27

4.1 Cateterismos/Sondagens	28
4.1.1 Sondagem Vesical	29
4.1.2 Sondagem Nasogástrica	30
4.1.3 Sondagem Nasoentérica	31
4.1.4 Fluxo para Troca de Sonda Nosoentérica	32
4.2 Estomias	33
4.2.1 Gastrostomia e Jejunostomia	33
Fluxograma Solicitação de Gastrostomia e Jejunostomia na Rede SUS-BH pela 1ª vez	35
Fluxograma Solicitação de Troca da Sonda, Retirada/Fechamento Gastrostomia e Jejunostomia na Rede SUS-BH	37
4.2.2 Estomas Intestinais	38
4.2.3 Estomas Urinários	38
4.2.4 Traqueostomia	39
4.3 Realização do Curativo	39

5. SOLICITAÇÃO DE INSUMOS MEDICO-HOSPITALARES, DIETAS, OXIGENOTERAPIA, ÓRTESES, PRÓTESES E MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO 40

5.1 Solicitação de Insumos	40
Fluxograma para Solicitação de Materiais Médico-hospitalares ..	42
5.2 Solicitação de Insumos SAD	43
5.3 Solicitação de Fórmulas Alimentares Industrializadas	43
Fluxo de solicitação de fórmulas alimentares industrializadas via SISREDE-SISREG	46
5.4 Solicitação de Oxigênio para Uso Domiciliar	47
5.5 Solicitação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção	48
Fluxo para Concessão de Cadeira de Banho, Meios Auxiliares de	

Locomoção e Cadeira de Rodas e Solicitação de Órteses e Próteses . 49

6. DESCARTE CORRETO DE RESÍDUOS GERADOS NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR	50
--	-----------

7. ÓBITO NO DOMICÍLIO	51
------------------------------------	-----------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS PRINCIPAIS	55
--	-----------

ANEXOS	57
---------------------	-----------

Anexo 1 SOLICITAÇÃO DO EQUIPAMENTO ODONTOLÓGICO PORTÁTIL	58
--	----

Anexo 2 LISTA DE CONTATOS DAS EMAD DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE E DIVISÃO DOS CENTROS DE SAÚDE DE REFERÊNCIA	59
--	----

Anexo 3 LISTA DE CONTATOS DAS EMAP DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE ..	61
--	----

Anexo 4 ESCALA DE PERFORMANCE PALIATIVA (<i>Palliative Performance Scale - PPS</i>)	62
---	----

Anexo 5 FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA ATENÇÃO DOMICILIAR ..	63
---	----

Anexo 6 LISTA DE CONTATOS DAS GAERE	64
---	----

Anexo 7 FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO A PESSOAS COM FERIDAS	65
---	----

Anexo 8 QUANTITATIVO DE FORNECIMENTO DE SONDAS, COLETORES E OUTROS INSUMOS	66
--	----

APRESENTAÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de atenção integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção, promoção à saúde, tratamento de doenças, reabilitação e palição realizadas em domicílio. A AD é estruturada de acordo com os princípios de ampliação e equidade do acesso, humanização e integralidade da assistência.

O atendimento domiciliar tem como pontos fundamentais o usuário, a família, o cuidador, o contexto domiciliar (domicílio aqui compreendido como sendo a residência habitual de uma pessoa, podendo ser Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI, unidades sócio-educativas, abrigos, instituições de permanência temporária ou definitiva do usuário) e a equipe multiprofissional. É fundamental ter conhecimento e domínio de situações que envolvem os aspectos técnicos, éticos e legais, contribuindo para a segurança do paciente e profissionais, e garantindo acesso a medicamentos e outros recursos de suporte, inclusive o apoio efetivo para os cuidados básicos.

As ações da AD são realizadas por profissionais da Atenção Primária, representada pelas equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Saúde Bucal (eSB), profissionais de apoio da Atenção Básica, Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB); e pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) que é composto pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP). Conforme orientações da Portaria de consolidação do Ministério da Saúde nº 5, de 28 de setembro de 2017, capítulo III, que trata do atendimento e internação domiciliar, a boa articulação entre essas diferentes equipes é importante para proporcionar a continuidade do cuidado, minimizar intercorrências clínicas e fortalecer a autonomia para o usuário no cuidado domiciliar.

OBJETIVO

Este documento tem por objetivo nortear e fortalecer a assistência domiciliar na rede SUS-BH, embasando o gerenciamento do cuidado no domicílio e otimizando os recursos oferecidos para as pessoas com necessidades de insumos e equipamentos, baseado nos protocolos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

1. AS EQUIPES DE ATENÇÃO DOMICILIAR NO SUS-BH

São responsabilidades comuns a todos os profissionais envolvidos na assistência domiciliar:

- Trabalhar em equipe multiprofissional integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- Prestar assistência integral ao usuário, com qualidade, humanização, segurança e ética, capacitando-o para que se torne agente do próprio cuidado, sempre que possível;
- Identificar, orientar e capacitar o(s) cuidador (es) do usuário em atendimento, envolvendo-o(s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o(s) como sujeito(s) do processo;
- Acolher e esclarecer as dúvidas e queixas dos usuários, familiares ou cuidadores;
- Promover espaços de cuidado e de compartilhamento de experiências para cuidadores e familiares;
- Utilizar linguagem acessível, considerando o contexto social do usuário;
- Participar dos processos de educação permanente e capacitações pertinentes.

1.1 Equipe de Saúde da Família, Saúde Bucal, NASF-AB, profissionais de apoio/Atenção Básica

De acordo com os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), os profissionais das eSF, incluindo a equipe de Saúde Bucal e profissionais de apoio da Atenção Básica (clínicos, pediatras, ginecologistas, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros de apoio) e do NASF-AB dos Centros de Saúde (CS) são responsáveis pelo acompanhamento e Atenção Domiciliar (AD) na modalidade AD1 e pela corresponsabilidade dos pacientes que estão na modalidade AD2 e AD3, descritas no **Quadro 1** deste documento. A grande diversidade de profissionais da APS (Agente Comunitário de Saúde – ACS, enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, cirurgião-dentista, técnico e auxiliar de saúde bucal, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, profissional de educação física e nutricionista) e a organiza-

ção do processo de trabalho permitem que seja ofertada uma ampla gama de intervenções, possibilitando, nos atendimentos domiciliares, oportunidade de diagnóstico mais abrangente de determinada condição de saúde e assistência ao usuário de maneira integral e longitudinal.

Descrição das atividades desenvolvidas pelos profissionais dos Centros de Saúde:

- Gerente: conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AD, de modo a orientar a organização do processo de trabalho no CS; participar da programação das equipes, garantindo espaço nas agendas para acompanhamento da assistência domiciliar e registro de tais atividades nos sistemas de informação, avaliando resultados e propondo estratégias para a resolução de problemas; garantir a estrutura de transporte, possibilitando que o profissional estabeleça a logística até o domicílio do paciente.
- eSF: priorizar e organizar as visitas conforme a necessidade das pessoas, suas famílias e o contexto social e comunitário e a disponibilidade da equipe; indicar ao agente comunitário aqueles indivíduos e famílias que por algum agravamento, ou situação permanente ou provisória estejam incapacitados de buscar a atenção à saúde no CS, organizando os recursos da equipe de modo a dar cobertura a esses usuários e suas necessidades; participar da construção de Plano Terapêutico Singular (PTS), especialmente para casos complexos; definir a frequência de acompanhamento domiciliar, baseado na clínica do paciente, visando o cuidado adequado e otimização dos recursos; discutir em equipe os casos de pacientes com visitas realizadas, adequando o plano de cuidados sempre que necessário; revisar e atualizar periodicamente as responsabilidades de cada componente da equipe:
 - ACS: desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos, e de vigilância à saúde por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situações de risco; discutir as visitas realizadas junto à equipe, apontando as prioridades de visita da equipe, segundo o conhecimento da sua comunidade; servir de elo de comunicação entre a pessoa, a família e a equipe; registrar as visitas nos sistemas de informação.
 - Enfermeiro: avaliar de modo integral a situação da pessoa restrita em domicílio; avaliar as condições e estrutura física do local para o planejamento da assistência domiciliar; elaborar, com base no diagnóstico de enfermagem, a prescrição dos cuidados e de materiais e insumos necessários; identificar e treinar o usuário e o cuidador domiciliar quanto aos cuidados definidos; supervisionar o trabalho dos auxiliares/técnicos de enfermagem e dos ACS; realizar procedimentos de enfermagem que requeiram maior complexidade técnica; orientar

o manejo correto do lixo originado no cuidado do usuário e do lixo domiciliar (separação, armazenamento e coleta); comunicar à equipe de saúde quaisquer alterações observadas, seja no contexto social ou domiciliar do usuário, nas condições clínicas do mesmo ou nos objetivos do plano de cuidados estabelecidos; avaliar periodicamente o desempenho da equipe de enfermagem na prestação do cuidado; registrar os atendimentos no sistema de informação.

- Técnico de enfermagem: auxiliar no treinamento do usuário e do cuidador domiciliar; acompanhar a evolução dos casos e comunicar à equipe as alterações observadas; realizar procedimentos de enfermagem dentro de suas competências técnicas e legais; cumprir e orientar o manejo correto do lixo originado no cuidado do usuário e do lixo domiciliar (separação, armazenamento e coleta); identificar sinais de gravidade; comunicar à equipe de saúde quaisquer alterações observadas, seja no contexto social ou domiciliar do usuário, nas condições clínicas do mesmo ou nos objetivos do plano de cuidados estabelecidos; registrar os atendimentos.
- Médico: realizar consultas clínicas no domicílio em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores, observadas as disposições legais da profissão; elaborar junto com a equipe o plano de cuidados individual e multidisciplinar; indicar necessidade de internação hospitalar ou encaminhamento ao SAD, mantendo a corresponsabilização pelo acompanhamento da pessoa; verificar e atestar o óbito; registrar os atendimentos realizados.
- eSB: realizar a avaliação de risco, o diagnóstico, a educação em saúde, o encaminhamento para tratamento e, quando necessária, a assistência odontológica aos usuários com limitação funcional da área de abrangência. É preciso considerar a condição do usuário e da família no planejamento das ações, e sempre que possível, a realização do atendimento odontológico deve ser no Centro de Saúde. Quando identificada a necessidade do atendimento odontológico no domicílio, a eSB pode requisitar o equipamento odontológico portátil (ANEXO 1), como forma de viabilizar e ampliar a realização de alguns procedimentos. Para maiores informações, sugerimos a leitura do “Protocolo de Atenção Domiciliar em Saúde Bucal da SMSA/PBH”. As atribuições dos profissionais são:
 - TSB e/ou ASB: suceder a Visita Domiciliar Meio (VD-Meio) em conjunto com o ACS da área de abrangência, com o objetivo de realizar o levantamento de necessidades em saúde bucal, a busca ativa e o desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção em saúde;
 - Cirurgião dentista (CD): realizar tratamento odontológico quando for identificada a necessidade de intervenção na VD-Meio ou em caso de urgência, relatada pela eSF para o público elegível.

- NASF-AB: a equipe de NASF-AB do SUS-BH pode contar com as seguintes categorias profissionais: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico, psicólogo, fonoaudiólogo, profissional de educação física e nutricionista.

O atendimento domiciliar do NASF-AB pode ser considerado como “específico”, quando apenas uma categoria profissional está envolvida, ou “compartilhado”, quando é realizado por mais de uma categoria do NASF-AB ou conjuntamente com profissional da eSF. Salienta-se que os atendimentos domiciliares compartilhados são estratégias potentes de cuidado ao usuário, além de viabilizarem a educação permanente entre as equipes, essencial no processo de trabalho fundamentado no Apoio Matricial. Sempre que necessário, o atendimento domiciliar também pode ser realizado de forma compartilhada entre as equipes do NASF-AB e SAD.

Ressalta-se que o atendimento domiciliar da equipe de NASF-AB não se restringe ao atendimento de usuários restritos ao leito ou domicílio. Pessoas com questões relacionadas à avaliação e orientações de ambiência, rotina e relações familiares, por exemplo, podem se beneficiar desta modalidade de atendimento, ainda que possam se deslocar para o centro de saúde.

As atribuições dos profissionais do NASF-AB na atenção domiciliar são:

- Realizar visitas domiciliares aos usuários referenciados pelas eSF em reuniões de matriciamento, ou por meio de contato prévio às reuniões, em caso de demandas urgentes (como egressos hospitalares com necessidade de avaliação em curto prazo);
- Definir, conjuntamente às eSF apoiadas, a priorização de casos para a organização da agenda de visitas, não devendo esta ser balizada unicamente pela data de discussão inicial da demanda, mas também pela situação clínica dos usuários;
- Avaliar de forma integral o usuário, considerando as barreiras e facilitadores ambientais, sociais e de apoio (familiares e cuidadores);
- Acompanhar o usuário a partir de um plano de cuidados traçado conjuntamente à eSF, pautando-se na lógica da funcionalidade, participação e independência máxima possíveis, estimulando que o mesmo seja autor de seu próprio cuidado, respeitando suas limitações;
- Orientar/capacitar o usuário e o cuidador para a rotina de cuidados pactuada e favorecer sua inserção em processos de autocuidado e suporte emocional, incluindo o referenciamento para grupos e atividades na APS;
- Registrar avaliação e conduta no sistema de informação vigente da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) e compartilhar as intervenções e percepções com eSF de referência, discutindo o caso em reuniões de matriciamento, sempre que necessário;
- Colaborar com a eSF na discussão de necessidade de referenciamento para EMAD/ EMAP e reabilitação em regime de internação;

- Solicitar fórmulas alimentares industrializadas e órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção, quando identificada necessidade, segundo critérios e fluxos estabelecidos pela SMSA;
- Apoiar a interface com outros serviços e políticas, sempre que necessário;
- Oportunizar momentos de apoio técnico-pedagógico às eSF sobre a temática de cuidado aos usuários da atenção domiciliar, seja por meio da discussão de casos em reuniões de matriciamento, de visitas domiciliares compartilhadas ou da organização de momentos específicos de oferta de educação permanente;
- Participar da construção de Planos Terapêuticos Singulares (PTS), destinados geralmente a casos complexos.

1.2 Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

O Programa de Atenção Domiciliar (PAD) foi iniciado no SUS-BH em 2002 com a implantação de uma equipe multidisciplinar no Hospital Metropolitano Odilon Behrens para atendimento a usuários com internação prolongada e tratamento de feridas. Ao longo dos anos, novas equipes foram incorporadas ao Programa com o intuito de ampliar o acesso à internação domiciliar de forma regionalizada e otimizar a continuidade do cuidado na rede, com destaque para a instituição do Programa Federal “Melhor em Casa”, em 2011, consolidando o SAD - Serviço de Atenção Domiciliar.

O SAD é regulamentado pela portaria de consolidação do Ministério da Saúde nº 5, de 28 de setembro de 2017, capítulo III, que trata do atendimento e internação domiciliar, sendo considerado um serviço complementar aos cuidados realizados na APS, nos serviços de urgência e substitutivo ou complementar à internação hospitalar. O serviço tem como objetivos as desospitalizações e desupalizações, que permitem maior rotatividade de leito nas unidades de urgência e nos hospitais parceiros, pela redução do tempo de permanência e, consequentemente, levando à mitigação dos riscos inerentes à assistência à saúde dos usuários e o aumento da disponibilidade de vagas. O SAD-BH também proporciona uma assistência humanizada, com qualidade e integralidade, enfatizando a ampliação da autonomia dos usuários e contribuindo para a otimização dos custos e estruturas da RAS, pela desinstitucionalização do paciente.

O SAD-BH presta assistência a usuários com quadros agudos ou crônicos agudizados, que cumprem critérios específicos de elegibilidade, e é responsável pelo gerenciamento e operacionalização de vinte e uma (21) Equipes Multipro-

fissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e seis (6) Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), atuando de forma regionalizada, sendo referência em atenção domiciliar para a população adscrita a uma base territorial. Segue abaixo a forma de atuação e composição das equipes:

- EMAD: são compostas por enfermeiros, médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem, assistente social e/ou fisioterapeuta. As equipes possuem as bases de trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais públicos parceiros da SMSA. Cada EMAD é referência para um conjunto de Centros de Saúde de uma mesma Regional do município (ANEXO 2) e configuram o elo para a transferência responsável e continuidade do cuidado entre os níveis de atenção à saúde da rede SUS-BH.
- EMAP: são formadas por profissionais da fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional e, assim como algumas EMAD, têm base de trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (ANEXO 3). Essa equipe multiprofissional tem como foco de trabalho a avaliação, reabilitação e capacitação do usuário e do cuidador, durante a internação domiciliar, atendendo a indicações clínicas específicas dos usuários acompanhados pela EMAD. A EMAP assiste aos usuários até apresentarem critérios de alta, sendo esses: condições clínicas de reabilitação ambulatorial e estabilidade clínico-funcional. A programação da alta da internação domiciliar ocorrerá em conjunto, EMAD e EMAP de referência, mediante o cumprimento do plano terapêutico do paciente.

2. MODALIDADES DE ATENÇÃO DOMICILIAR, PERFIL DO USUÁRIO E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

A Atenção Domiciliar (AD) é indicada para usuários que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar, de maneira temporária ou definitiva, ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a continuidade de cuidados e a ampliação de autonomia do usuário, cuidador e família.

Existem três modalidades de Atenção Domiciliar (AD1, AD2 e AD3), sendo que a determinação da modalidade está vinculada às necessidades de cuidados específicos e singulares a cada caso, à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e do uso de equipamentos necessários. O quadro 1 apresenta as modalidades de AD, equipe responsável pelo cuidado, bem como o perfil do usuário atendido em cada modalidade (BRASIL, 2016).

QUADRO 1: RESPONSABILIDADE ASSISTENCIAL POR MODALIDADE DE ATENÇÃO DOMICILIAR E PERFIL DO USUÁRIO

MODALIDADE	RESPONSABILIDADE ASSISTENCIAL	PERFIL DO USUÁRIO
Atenção Domiciliar (AD 1)	CENTRO DE SAÚDE / eSF e apoios/ Atenção Primária	A APS é responsável pela assistência domiciliar aos usuários na modalidade AD1, sendo indicada para aqueles com limitação funcional e/ou doenças graves, restritos ao leito ou ao domicílio, em que o deslocamento até a unidade de saúde torna-se impeditivo de acesso à assistência, bem como usuários e/ou famílias em condição de vulnerabilidade.
Atenção Domiciliar (AD 2)	EMAD/EMAP	Usuário com indicação de AD, apresentando quadro agudo ou crônico agudizado, 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; egressos hospitalares complexos, que necessitam treinamento do usuário, familiar e/ou cuidador para manejo de sondas, ostomias e cuidados básicos para pacientes com limitação funcional; necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com finalidade de controlar a dor e o sofrimento do usuário; prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.
Atenção Domiciliar (AD 3)	EMAD/EMAP	Usuário com quadro agudo ou crônico complexo, com necessidade de visitas multiprofissionais frequentes e que envolvem o uso de tecnologias leve-duras, como a utilização de ventilação mecânica.

Fonte: Adaptado da Portaria de Consolidação do Ministério da Saúde nº 5, de 28 de setembro de 2017

2.1 Critérios de Elegibilidade para Acompanhamento pelo SAD

O SAD é responsável pela assistência domiciliar aos usuários com perfil para as modalidades AD2 e AD3, conforme descrito no quadro 1. Além disso, as EMAD avaliam critérios clínicos e administrativos do usuário, como descritos abaixo, a fim de verificar se esse é elegível para admissão e acompanhamento pelo serviço:

2.1.1 Critérios Clínicos:

- Afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais;
- Apresentar estabilidade hemodinâmica;
- Ter diagnóstico e terapêutica definidos.

2.1.2 Critérios Administrativos:

- Admitir na EMAD regional, usuários maiores ou iguais a treze (13) anos de idade;
- Admitir na EMAD pediátrica, usuários menores de treze (13) anos de idade;
- Residir na cidade de Belo Horizonte ou demais municípios com oferta do serviço;
- Usuário possuir domicílio de referência;
- Ter disponível em domicílio os equipamentos necessários para a assistência domiciliar (ex: concentrador de oxigênio, BIPAP, CPAP, aspirador portátil);
- Apresentar ambiência domiciliar minimamente adequada aos cuidados domiciliares, incluindo água potável, meio de comunicação de fácil acesso, rede elétrica e espaço físico com dimensões mínimas para um leito e instalação dos equipamentos de forma segura, quando necessários;
- Ter a visita pré-admissional realizada sempre que necessário e quando possível, com as adequações identificadas em curso do atendimento e dentro da agilidade que o caso exige;
- Ter consentimento da família/cuidador/responsável/usuário e à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Admissão no Serviço de Atenção Domiciliar;
- Ter cuidador capaz responsável pela integralidade do cuidado ou o usuário ser agente do próprio cuidado
- Ter dois cuidadores, com vínculo familiar ou não, treinados para auxiliar nas atividades de vida diária e receber orientações da EMAD/EMAP, quando se tratar de crianças ventilatório dependentes.

- Admitir na EMAD pediátrica, se autorizado após avaliação médica da equipe, usuários que apresentem idade superior ou igual a treze (13) anos e condições físicas, fisiológicas e peso semelhantes ao infantil.
- Ter acesso aos materiais e medicamentos necessários à assistência do usuário que podem ser disponibilizados pela rede SUS-BH ou serem fornecidos pela instituição de origem do usuário.

2.2 Perfil do Usuário para Acompanhamento pelo SAD Modalidade AD3

O SAD possui três equipes especializadas que são responsáveis pelo atendimento dos usuários classificados como AD3, que são: EMAD Pediátrica, EMAD Cuidados Prolongados e EMAD Cuidados Paliativos.

A EMAD pediátrica acompanha crianças que necessitam de suporte ventilatório invasivo e não invasivo e tem como peculiaridade em relação às demais equipes AD3, atender crianças classificadas na modalidade AD2. A EMAD Cuidados Prolongados acompanha usuários que necessitam de suporte ventilatório invasivo/não invasivo e a EMAD Cuidados Paliativos admite usuários em processo ativo de morte, com a finalidade de controlar sintomas e o sofrimento do usuário/cuidador/familiar. Para tanto, é necessário que esse usuário apresente valores $\leq 50\%$ na Escala de Performance Paliativa (PPS) (ANEXO 4), sintomas refratários e/ou sofrimento psicossocial ou espiritual não controlado.

2.3 Critérios de Inelegibilidade para Acompanhamento pelo SAD

O usuário será inelegível para acompanhamento na atenção domiciliar quando apresentar pelo menos uma das seguintes situações:

- Monitorização contínua;
- Assistência frequente de enfermagem;
- Situações de urgência que necessitem de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos;
- Tratamento cirúrgico em caráter de urgência.

3. TRANSIÇÃO DO CUIDADO

Entende-se por Transição do Cuidado (TC) um conjunto de ações que garantem a longitudinalidade do cuidado aos usuários que necessitam de assistência em outros serviços de saúde, devido a uma condição de maior complexidade clínica ou situação de elevada vulnerabilidade social, como exposto no “Manual da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde” pelo Ministério da Saúde (2020).

A TC deve envolver o compartilhamento de informações e a elaboração conjunta do plano de cuidados entre os serviços de saúde. Essas ações terão a finalidade de aumentar a qualidade e a integralidade do cuidado, melhorar a satisfação e a autonomia dos usuários/cuidadores/famílias e ampliar a resolutividade/ adesão ao plano terapêutico.

Quando essa transição não ocorre de forma adequada, os usuários podem acabar expostos a eventos adversos durante o período pós-alta, o que pode acarretar em reinternações e maior custo ao sistema de saúde.

3.1 Transição do Cuidado dos Serviços de Saúde para a APS

A transição do cuidado para a APS pode acontecer diretamente dos hospitais e UPA para os Centros de Saúde ou pelo SAD, com encaminhamento do usuário AD1 pelas EMAD.

Segundo considerações do Ministério da Saúde (2020) no “Manual da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde”, a APS deve estar ciente sobre a admissão e acompanhamento do usuário pelo SAD, uma vez que as eSF podem fornecer informações importantes (ex.: condições clínicas prévias, fatores sociais, culturais e familiares envolvidos, contexto do território) que podem interferir nas ações de recuperação/paliação do usuário.

Ações como entrar em contato com a equipe da APS para notificar a admissão do usuário, diagnóstico e data de alta prevista; educação do usuário/familiar; reconciliação medicamentosa; e ofertar documentação de alta com informações completas e compreensíveis, contribuem para uma transição do cuidado efetiva entre os serviços, favorecendo a continuidade da assistência prestada ao usuário.

3.2 Transição do Cuidado dos Serviços de Saúde para o SAD

Os hospitais, UPA e CS podem encaminhar usuários para o SAD por meio de contato telefônico e envio por e-mail do “Formulário de Encaminhamento para Atenção Domiciliar” (ANEXO 5), devidamente preenchido. Caso o serviço demandante tenha necessidade de discutir especificidades da situação clínica/contexto de vida do usuário, esse encaminhamento pode ser realizado também de forma presencial, mediante agendamento com a EMAD de referência.

Após esse primeiro contato, a EMAD de referência avalia se o usuário está dentro dos critérios de elegibilidade clínicos e administrativos, descritos nos itens 2.1.1 e 2.1.2. Em caso de inconformidades, a EMAD de referência deve orientar o serviço demandante sobre os motivos da inelegibilidade do caso e se disponibilizar para reavaliação quando pertinente, uma vez que o usuário pode tornar-se elegível, posteriormente. Para os usuários considerados elegíveis, a EMAD de referência deve orientar ao serviço demandante o envio da documentação do usuário para que a admissão possa ser realizada pelo SAD. São necessários os seguintes documentos:

- Relatório médico constando diagnóstico e a propedêutica;
- Prescrição médica legível e completa (data da prescrição, assinatura e carimbo do profissional responsável, nome completo do usuário e data de nascimento, nome do fármaco, forma farmacêutica, concentração, dosagem, posologia, diluição se necessário, via de administração. Não sendo fármaco, prescrição detalhada do cuidado ou item);
- Formulário de Encaminhamento para atenção Domiciliar (ANEXO 5);
- Termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelo usuário/familiar/cuidador.

A visita da EMAD para a admissão do usuário irá ocorrer em até dois (2) dias úteis, após alta hospitalar, alta da UPA ou solicitação do CS. Durante a visita, a EMAD de referência estabelece o plano de cuidado multiprofissional para internação domiciliar, devendo comunicar o acompanhamento/admissão ao Centro de Saúde e GAERE de referência do usuário por e-mail constando as seguintes informações: nome do usuário, data de nascimento, CPF, endereço, CID principal, motivo do encaminhamento, situação clínica atual, data admissão pela EMAD de referência e previsão de alta (quando for o caso).

Após a comunicação da admissão pela EMAD, o Centro de Saúde de referência é informado por e-mail devendo responder o mesmo em até dez (10) dias úteis com agendamento da visita.

A visita domiciliar pela eSF do usuário em internação domiciliar permite:

1. O compartilhamento do cuidado entre os serviços;
2. A organização do fornecimento de insumos/medicamentos para o usuário;
3. O fortalecimento do vínculo entre os profissionais com o usuário/ cuidador/família;
4. A TC de forma gradativa entre as equipes eSF e EMAD.

O cuidado e o acompanhamento do usuário em internação domiciliar pelo SAD ocorrem até a alta. Esta pode ocorrer devido às situações listadas abaixo, com as respectivas condutas necessárias em cada situação:

- Alta melhorada: realizar a TC para equipe AD1;
- Agravo com necessidade de intervenção de urgência e emergência: encaminhar usuário para UPA/hospital;
- Alta administrativa: encaminhar usuário para AD1 após avaliar condição clínica e a demanda assistencial do usuário. Se o usuário não apresentar perfil para a AD1 no momento da alta administrativa, encaminhá-lo para o serviço de urgência de referência ou para a instituição hospitalar de origem após contato prévio;
- Mudança de endereço: realizar encaminhamento inter-EMAD (mesmo município) ou inter-SAD (outros municípios);
- Óbito: realizar visita pós-óbito.

3.3 Transição do Cuidado do SAD para a APS

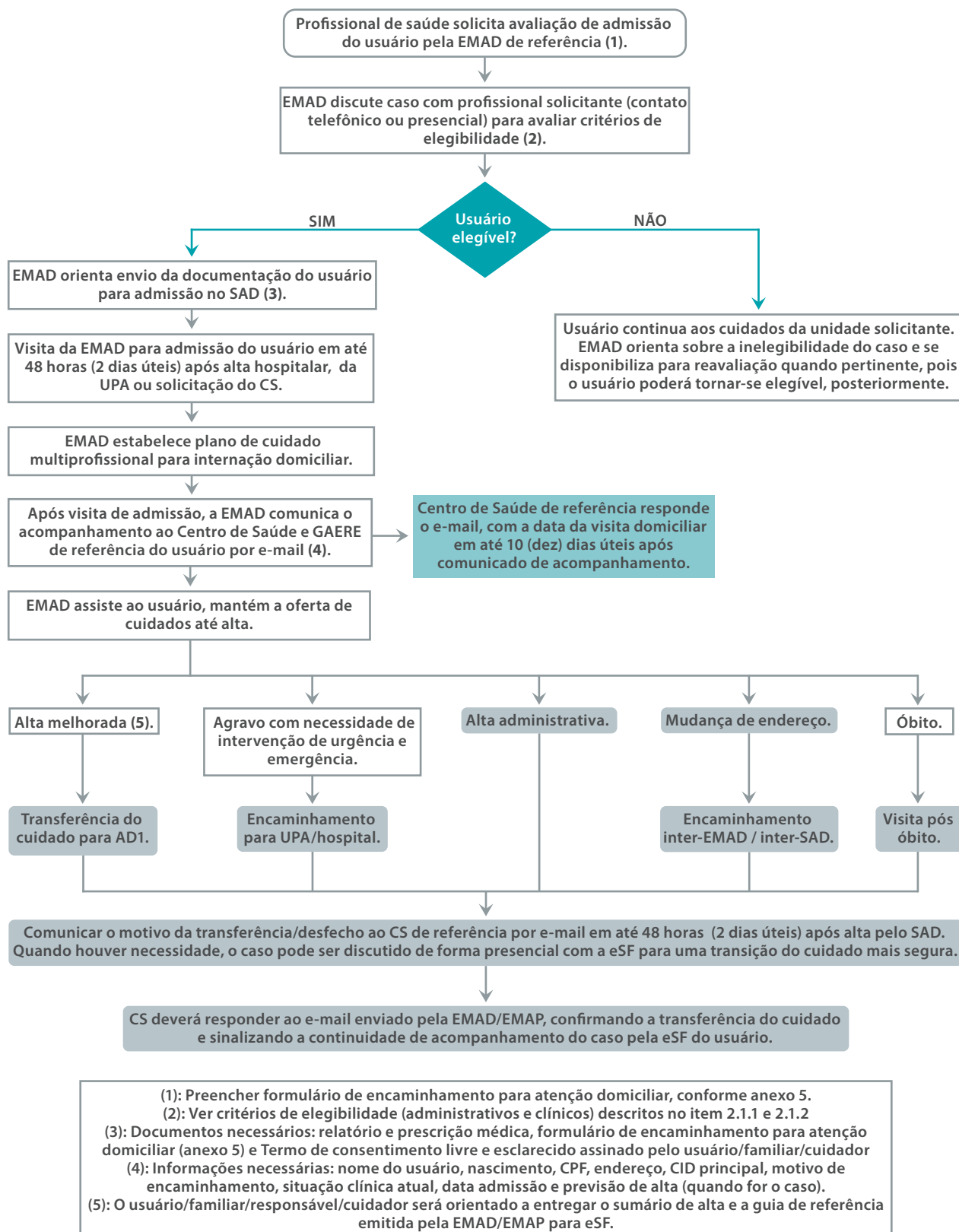
Em todas as situações de alta descritas acima é necessário que a EMAD de referência comunique o motivo da alta do usuário para o CS de referência. Este contato para TC de menor complexidade deverá ser realizado via e-mail e contato telefônico em até dois (2) dias úteis. Para os casos de maior complexidade, a EMAD deverá enviar e-mail com a alta e solicitar agendamento presencial ou virtual com a equipe do usuário para a TC, até dois (2) dias úteis.

3.4 Compartilhamento e Transição do Cuidado na Rede de Atenção à Saúde

O fluxograma 3.4.1 detalha as etapas para admissão pelo SAD, encaminhado pela APS, UPA ou Hospitais, representando o compartilhamento e a transição do cuidado entre os serviços. Além disso, detalham as formas de transição do cuidado do SAD para a APS após alta melhorada e as demais condutas mediante a outros tipos de alta.

3.4.1 - FLUXO DE TRANSIÇÃO DO CUIDADO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA O SAD

FLUXO DE TRANSIÇÃO DO CUIDADO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA O SAD



Considerações sobre a alta melhorada durante a transferência do cuidado para a APS:

- Ao efetivar a alta médica do Serviço de Atenção Domiciliar, a transferência completa do cuidado para a APS deve ocorrer o mais precocemente possível, para que o referido nível de atenção possa garantir o planejamento, a integralidade e a longitudinalidade do cuidado;
- A **EMAD** preenche o Sumário de Alta em três vias, sendo uma via do usuário/familiar/cuidador, outra do Centro de Saúde/ambulatório e uma via original para arquivamento no prontuário físico do usuário;
- A **EMAP**, quando for o caso, deverá preencher a Guia de Referência em duas vias, entregando uma para o usuário e a outra permanecerá no prontuário. A EMAP deverá também digitalizar essa guia e encaminhar por e-mail à EMAD de referência, no mesmo dia da alta;
- EMAD/EMAP orientam o usuário/familiar/responsável/cuidador a entregar o Sumário de Alta e Guia de Referência para a eSF, no Centro de Saúde do usuário, e encaminham para o mesmo serviço os documentos citados via e-mail, juntamente com informações sobre o desfecho do caso;
- O Sumário de Alta e a Guia de Referência deverão conter de forma clara as recomendações da EMAD/EMAP, destacando os casos prioritários, para a continuidade do cuidado pela APS e/ou por outros níveis de atenção da rede SUS-BH (ex: Centro de Referência em Assistência Social – CRAS, Centro de Referência em Reabilitação - CREAB, Centro de Referência em Saúde Mental - CERSAM). É necessário registrar as ações do plano de cuidados e os procedimentos assistenciais que estavam sendo realizados pelas equipes do SAD no momento da alta. Destaca-se a importância de priorizar o registro e o compartilhamento de informações com a enfermagem do CS sobre curativos e coberturas utilizadas, quando for o caso.

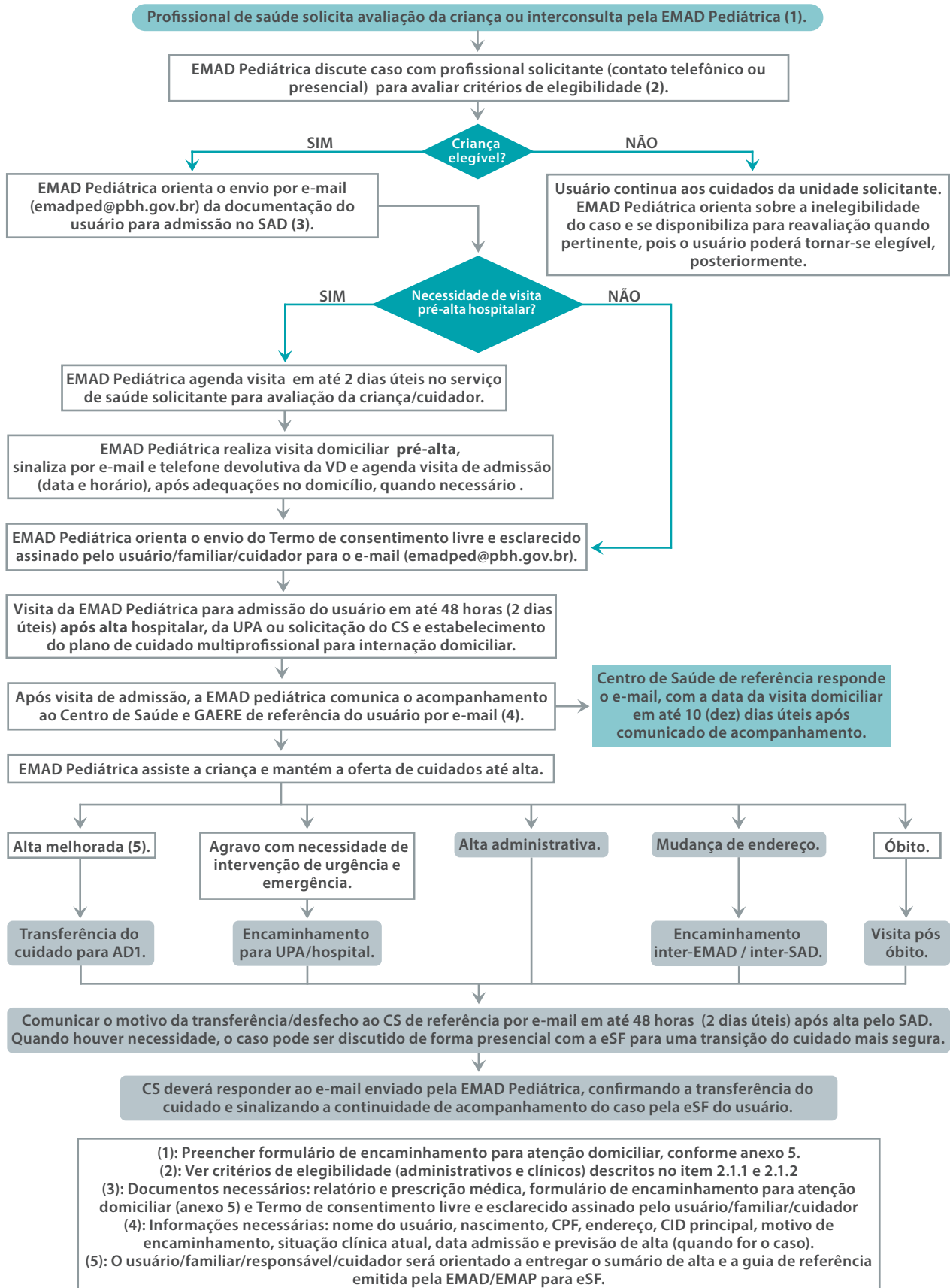
Observação: em caso de necessidade de acompanhamento do usuário pelo **Ambulatório de Anticoagulação**, a **EMAD** deve realizar a transferência do cuidado por e-mail, por contato telefônico e encaminhar o relatório específico solicitado por este serviço, conforme descrito no protocolo de anticoagulação ambulatorial do município.

IMPORTANTE: Após 90 (noventa) dias da alta, a EMAD deve encaminhar o prontuário do usuário para arquivamento no Centro de Saúde de referência, com assinatura do protocolo de recebimento, de acordo com Nota Técnica 001/2020.

3.4.2 Fluxo de Transição do Cuidado dos Serviços de Saúde para a EMAD Pediátrica

Nos casos de crianças desospitalizadas em uso de ventilação mecânica, realização de traqueostomia (TQT) recente ou em uso de oxigênio por TQT, o serviço de origem deverá realizar contato com a EMAD pediátrica sinalizando a data da alta programada. A EMAD pediátrica, após o contato, irá agendar visita pré-alta na unidade de internação da criança para avaliar a elegibilidade e verificar a capacitação dos responsáveis em relação aos cuidados essenciais ao usuário no domicílio. Após essa primeira etapa, a EMAD pediátrica irá programar também visita ao domicílio, a fim de verificar a adequação do ambiente para que essa criança seja recebida em casa com segurança. Após conclusão de todas as adequações e comunicação ao serviço de referência de que a criança é elegível para internação domiciliar pelo SAD-BH, a alta hospitalar ou da UPA poderá ser programada e a EMAD de referência agendará admissão no domicílio em até dois (2) dias úteis.

FLUXO DE TRANSIÇÃO DO CUIDADO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA O SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR PEDIÁTRICO

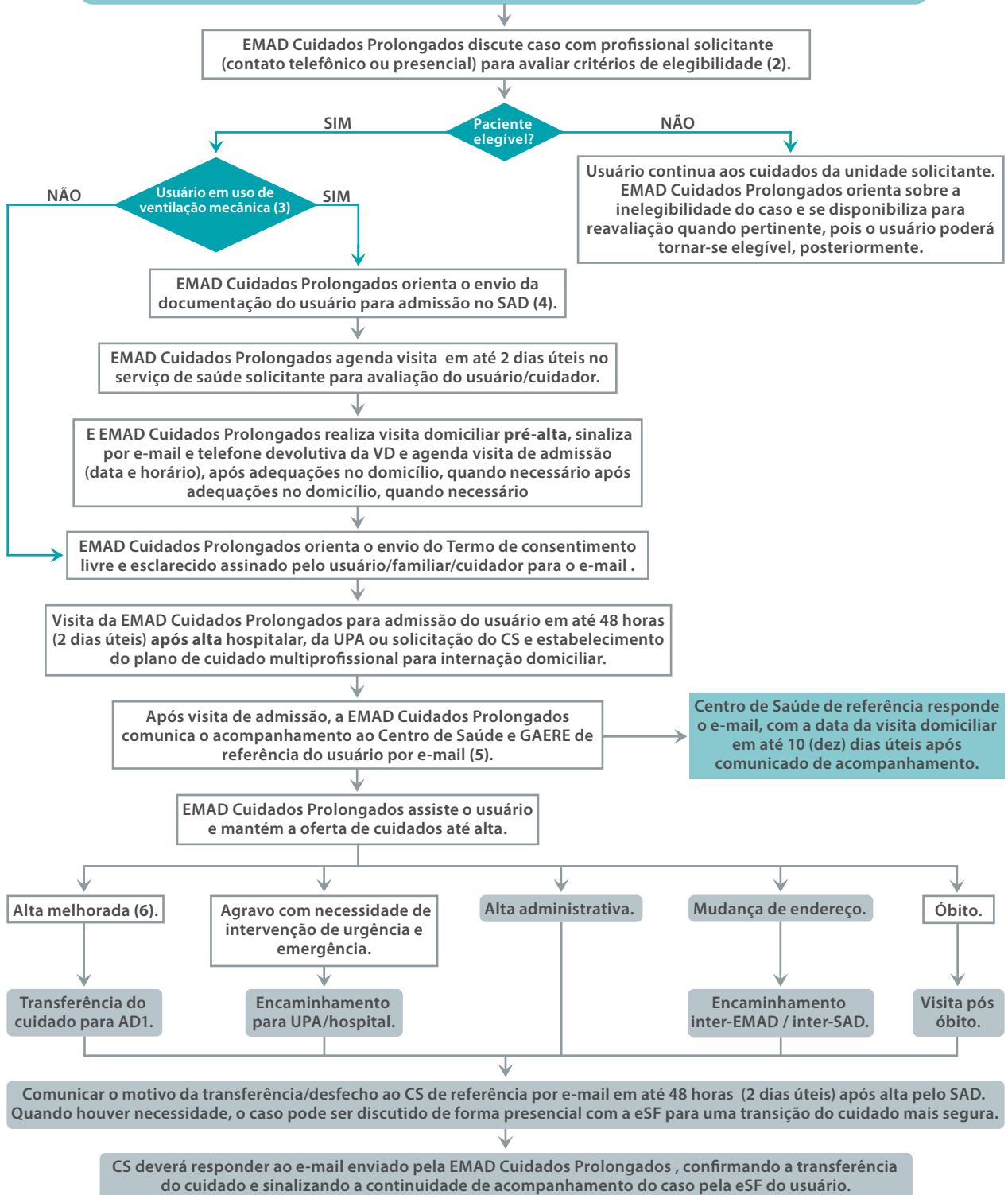


3.4.3 Fluxo de Transição do Cuidado dos Serviços de Saúde para a EMAD Cuidados Prolongados

Nos casos de usuários desospitalizados em uso de ventilação mecânica invasiva, o serviço de origem deverá realizar contato com a EMAD de cuidados prolongados sinalizando a data da alta programada. A EMAD de cuidados prolongados, após o contato, irá agendar **visita pré-alta** na unidade de internação do usuário para avaliar a elegibilidade e verificar a capacitação dos responsáveis em relação aos cuidados essenciais ao usuário no domicílio. Após essa primeira etapa, a EMAD irá programar também visita ao domicílio, a fim de verificar a adequação do ambiente para que esse usuário seja recebido em casa com segurança. Após conclusão de todas as adequações e comunicação ao serviço de referência de que o usuário é elegível para internação domiciliar pelo SAD-BH, a alta hospitalar ou da UPA poderá ser programada e a EMAD de referência agendará admissão no domicílio em até dois (2) dias úteis.

FLUXO DE TRANSIÇÃO DO CUIDADO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA O SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR CUIDADOS PROLONGADOS

Profissional de saúde solicita avaliação de admissão ou interconsulta pela EMAD Cuidados Prolongados (1).



- (1): Preencher formulário de encaminhamento para atenção domiciliar, conforme anexo 5.
- (2): Ver critérios de elegibilidade (administrativos e clínicos) descritos no item 2.1.1 e 2.1.2
- (3): Documentos necessários: relatório e prescrição médica, formulário de encaminhamento para atenção domiciliar (anexo 5) e Termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelo usuário/familiar/cuidador
- (4): Informações necessárias: nome do usuário, nascimento, CPF, endereço, CID principal, motivo de encaminhamento, situação clínica atual, data admissão e previsão de alta (quando for o caso).
- (5): O usuário/familiar/responsável/cuidador será orientado a entregar o sumário de alta e a guia de referência emitida pela EMAD/EMAP para eSF.

4. PROCEDIMENTOS MAIS COMUNS EM ATENÇÃO DOMICILIAR

Na AD também são realizados alguns procedimentos técnico-assistenciais comumente realizados no cuidado a usuários internados ou em acompanhamento ambulatorial. Apesar de existirem cuidados especiais para alguns procedimentos no domicílio, a maioria deles é passível de ser realizado nesse ambiente com segurança.

Sugerimos a leitura do “Manual de Enfermagem da Atenção Primária de Belo Horizonte” que contém uma descrição sistematizada e padronizada, composta por objetivo, responsabilidade, descrição da técnica para realização do procedimento, material necessário e cuidados especiais dos procedimentos mais comuns realizados na AD. 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. Aqui será descrito sinteticamente os procedimentos mais comuns e os fluxos para troca de materiais/itens programados ou de urgência e o responsável por essas trocas.

4.1 Cateterismos/Sondagens

Procedimento invasivo caracterizado pela introdução de uma sonda ou de um cateter através de um orifício corporal com a finalidade de extrair líquidos retidos, realizar exames laboratoriais, efetuar investigações diagnósticas ou administrar alguma substância (medicamentos e dietas). Além disso, permite auxiliar as funções fisiológicas que se encontram prejudicadas temporariamente ou definitivamente, contribuindo para responder às necessidades básicas do usuário, possibilitando conforto e qualidade de vida.

4.1.1 Sondagem Vesical

O cateterismo da bexiga envolve a introdução de um cateter na uretra e bexiga para fornecer um fluxo contínuo de urina. É indicado em casos de obstruções, retenção urinária grave com episódios recorrentes de Infecção do Trato Urinário (ITU), medição do débito urinário em pacientes criticamente enfermos, irritação e/ou ferida da pele devido ao contato com a urina, alívio do desconforto, situações pós-cirúrgicas etc.

- Cateterismo vesical de alívio: introduz-se o cateter para drenar o líquido da bexiga por tempo suficiente (5 a 10 minutos). Quando a bexiga está vazia, o enfermeiro ou paciente/cuidador, devidamente treinados, retira imediatamente a sonda. A reutilização do cateter é permitida com previsão semanal de troca, desde que se realizem cuidados de higiene e armazenamento. A frequência do cateterismo depende do volume urinário do paciente, recomendando-se que para volume de 400 a 500 mL, sejam realizadas de 5 a 6 cateterismos por dia;
- Cateterismo vesical de demora: introdução de uma sonda que pode permanecer por vários dias ou até meses; é um procedimento privativo do enfermeiro, em função dos seus conhecimentos científicos e do caráter invasivo que envolve riscos ao paciente, como infecções do trato urinário e trauma uretral ou vesical. A troca deve ser realizada pelos enfermeiros dos CS ou SAD, conforme descrito no Manual de Enfermagem da APS (2016).
- Os cateteres de látex, silicone ou teflon para cateterismos de longa duração em circuito fechado podem permanecer até três meses quando usados com os cuidados necessários. As sondas devem ser inspecionadas frequentemente (30 dias) quanto a fixação, sistema de drenagem, reservatório e o aspecto da urina para definição de troca imediata ou agendamento no prazo programado;
- Cateterismo vesical supra-púbico: é a introdução de um cateter após uma incisão ou punção na região supra-púbica, a qual é preparada cirurgicamente; o cateter é posteriormente conectado a um sistema de drenagem fechado. A indicação principal é para pacientes com retenção urinária por obstrução uretral sem possibilidades de cateterização, pacientes com neoplasia de próstata ou em pacientes com plegias. São várias as vantagens da drenagem supra-púbica: os pacientes são capazes de urinar mais precocemente, é mais confortável do que uma sonda de demora transuretral, possibilita maior mobilidade ao paciente, maior facilidade de troca da sonda e principalmente apresenta um menor risco de infecção urinária. A desvantagem se dá devido ser um método realizado cirurgicamente.

As trocas programadas das sondas geralmente são realizadas pelos serviços em que o procedimento cirúrgico foi realizado; o enfermeiro do CS ou da EMAD poderá realizar a troca da sonda de cistostomia desde que o trajeto esteja bem definido e que o profissional tenha capacitação e segurança para realização do procedimento, avaliando criteriosamente sua competência técnica, científica, ética e legal, com vistas a proporcionar assistência de enfermagem segura, minimizando os riscos ou danos causados por negligência, imperícia e imprudência;

- Aplicação do coletor urinário: o coletor urinário é adequado para homens incontinentes que possuem esvaziamento da bexiga completo e espontâneo, como idosos com incontinência urinária, acamados, pacientes com lesão por pressão em região sacral, pós prostatectomia, trauma raquimedular (paraplégicos e tetraplégicos), sequelados de acidente vascular encefálico, esclerose múltipla com incontinência urinária. O preservativo é um envoltório macio e flexível que desliza sobre o pênis. A extremidade do preservativo é conectada ao tubo plástico de drenagem ligado a uma bolsa coletora que é acoplada à lateral do leito ou afixada à perna do paciente. O coletor urinário apresenta pouco risco de ITU. Eventualmente, as infecções urinárias resultam de um acúmulo de secreção ao redor da uretra ou de trauma do meato uretral. É recomendada a troca diária do coletor urinário e a troca semanal da bolsa coletora.

4.1.2 Sondagem Nasogástrica

Também chamada de cateterismo gástrico, é a inserção de uma sonda ou cateter flexível até o estômago através da boca ou do nariz, para esvaziamento, lavagem e descompressão ou para administração de soluções e medicamentos. As sondas gástricas são geralmente mais curtas e calibrosas e de material mais rígido. A sondagem nasogástrica deve ser realizada pelo enfermeiro por ser considerada uma ação de maior complexidade técnica e exigir conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas, estando de acordo com a resolução COFEN nº 453 de 16 de janeiro de 2014, a lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e o Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987.

Por serem resistentes, as sondas gástricas podem permanecer no paciente por longo tempo (5 meses ou mais), sendo necessária a troca somente quando apresentarem problemas como ruptura, obstrução ou mal funcionamento. As complicações do sistema envolvem a infecção periestomal, extravasamento do conteúdo gástrico, tecido de granulação, sangramento, obstrução da sonda, entre outras.

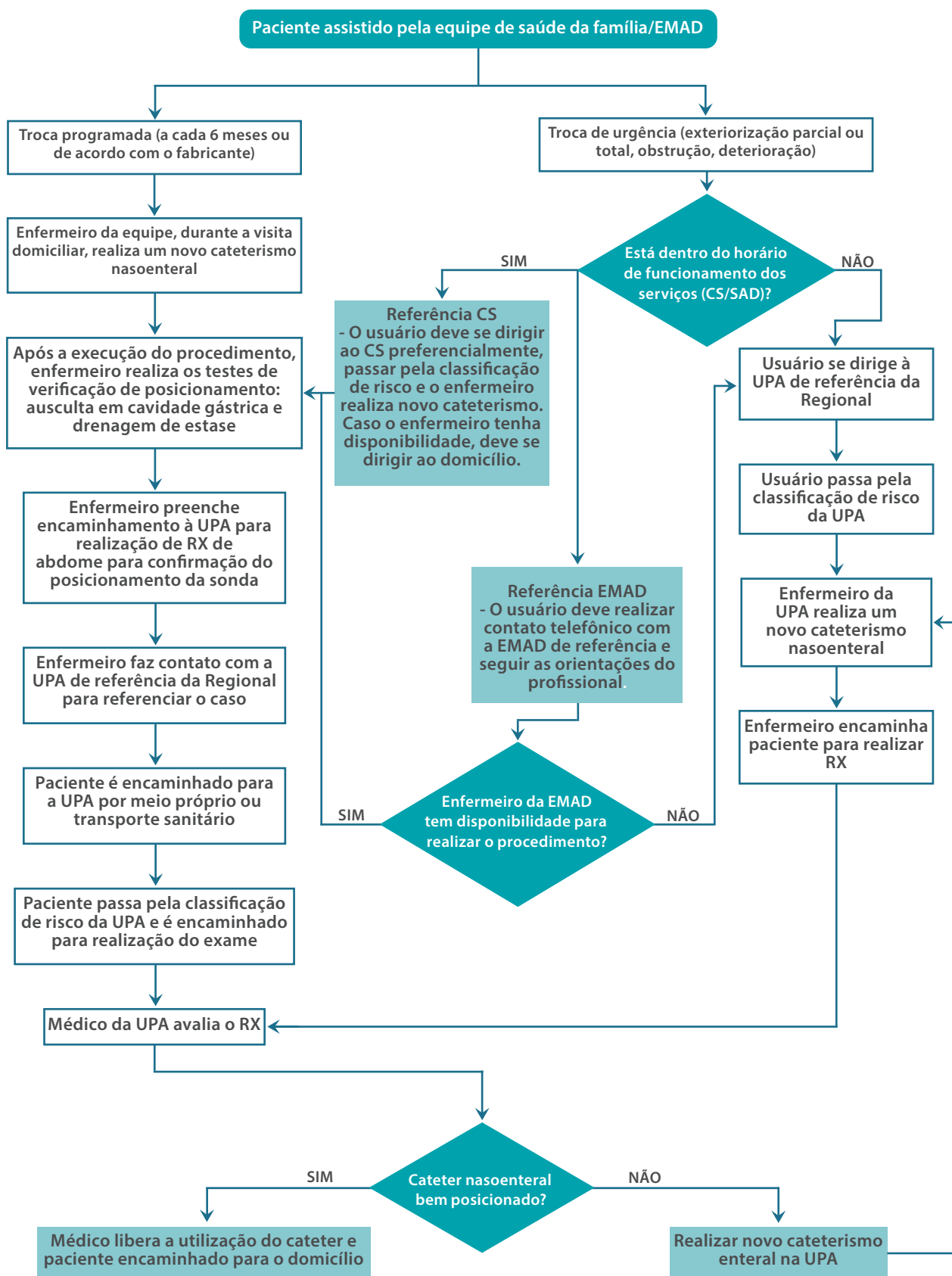
O SAD-BH não autoriza a utilização da sonda nasogástrica para alimentação do usuário em atendimento domiciliar.

4.1.3 Sondagem Nasoentérica

Também chamada de sondagem transpilórica ou jejunal, é a progressão da sonda até o duodeno, passando pelo esôfago, estômago e piloro. Sondas nasoentéricas são longas, finas, maleáveis, radiopacas, com fio guia flexível e ponta distal com peso para facilitar sua progressão. A sondagem nasoentérica deve ser realizada pelo enfermeiro por ser considerada uma ação de maior complexidade técnica e exigir conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas, estando de acordo com a resolução COFEN nº 453 de 16 de janeiro de 2014, a lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e o Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987. A realização do RX de controle da sonda é uma exigência da resolução RDC n.º 63 da ANVISA, da resolução COFEN 619/2019, sendo este considerado o método padrão ouro para confirmação do posicionamento da sonda.

Segue abaixo o fluxograma para trocas de urgência e programada.

4.1.4 - FLUXO PARA TROCA DE SONDA NOSOENTÉRICA



4.2 Estomias

É um designativo genérico de uma condição orgânica resultante de intervenção cirúrgica com o objetivo de restabelecer a comunicação entre uma víscera/órgão e o meio externo, compensando seu funcionamento afetado por alguma doença. Essa designação é especificada de acordo com o local anatômico correspondente, por exemplo, traqueostomia, gastrostomia, ileostomia, colostomia, ureterostomia, pielostomia e vesicostomia. A realização do estoma é sempre um acontecimento traumático, uma vez que o estoma acarreta mudanças que repercutirão em todos os níveis da vida da pessoa, tais como: necessidade de realização do autocuidado com o estoma, aquisição de material apropriado para a contenção das fezes ou urina, adequação alimentar, convivência com a perda do controle da continência intestinal ou vesical, eliminação dos odores, alteração da imagem corporal, bem como alteração nas atividades sociais, sexuais e inclusive nas cotidianas.

Os profissionais da AD têm como principais atribuições, no enfoque na atenção à saúde das pessoas com estomas, a orientação para o autocuidado e a prevenção de complicações dos estomas, bem como a busca ativa e o encaminhamento para os demais níveis/pontos de atenção.

O Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada (SASPO) é o serviço que oferece atendimento multiprofissional e consultas de enfermagem especializadas, nas quais, o usuário é avaliado de forma integral, orientado quanto aos cuidados com o estoma, a pele periestoma, a escolha e o manuseio correto do dispositivo e identificação da necessidade do uso de adjuvantes, além do cadastramento para aquisição de dispositivos. Em BH, esse serviço abrange os estomas intestinais e urinários e acontece atualmente nos Centros de Referência em Reabilitação (CREAB) Leste, Noroeste e Venda Nova, com previsão de ampliação para todos os CREAB do município.

Para agendar avaliação, o usuário/cuidador/familiar pode ligar diretamente para o CREAB e marcar consulta com o enfermeiro do setor de estomia (CREAB-Leste: 3277-5608, CREAB-Noroeste: 3277-7113 e CREAB-Venda Nova: 3246-9009).

4.2.1 Gastrostomia e Jejunostomia

Gastrostomia e jejunostomia são procedimentos cirúrgicos indicados a pessoas incapazes de ingerir nutrientes por via oral e que têm o tubo gastrointestinal íntegro e funcional; devem ser usados nos casos que requerem suporte nutricional por tempo maior.

A gastrostomia consiste em um orifício de comunicação do estômago com o exterior por meio da parede abdominal, com o objetivo de oferecer nutrientes (dieta) através de sonda. Na jejunostomia o acesso se dá à luz do jejuno, proporcionando uma via para aporte nutricional indicada nos casos de retardo do esvaziamento gástrico por obstrução mecânica (tumor), refluxos frequentes com risco de aspiração e no pós-operatório de grandes cirurgias do tubo digestivo superior.

A gastrostomia tem a vantagem de permitir alimentação por bolus, enquanto a jejunostomia, cuja técnica cirúrgica é mais complexa, só permite infusão contínua. As vantagens de ambas em comparação com a SNE (sonda nasoentérica) são: não interfere na respiração e na fala, não predispõe à aspiração, permite melhor mobilização da pessoa acamada e melhora qualidade de vida.

A troca da sonda não é rotineiramente necessária, estando limitada aos casos de desgastes do dispositivo (ex.: ruptura, deterioração, oclusão) e/ou em situações de complicações peristomais (ex.: infecções, extravasamento do conteúdo gástrico, sangramento, dentre outras). Os cuidados preconizados com o estoma envolvem a manutenção da permeabilidade da sonda, cuidado de pele periestoma e observações de complicações.

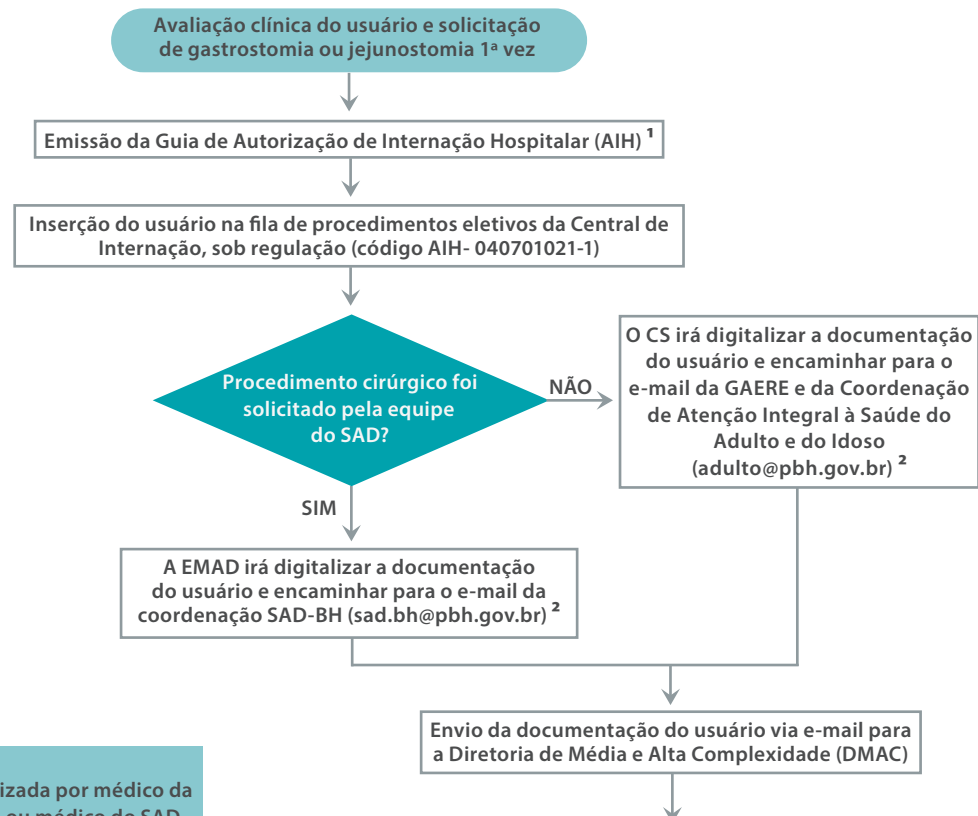
Orientações sobre o fluxo de gastrostomia e jejunostomia na rede SUS-BH:

- **Solicitação de realização de gastrostomia e jejunostomia pela 1ª vez (ELETIVA):** após avaliação do quadro clínico da pessoa, o médico da eSF ou o médico de apoio do CS deverá emitir a guia de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) por meio do **Código AIH-040701021-1**, viabilizando a inserção do usuário na fila de procedimentos eletivos da Central de Internação (CINT), sob regulação. É importante que o médico responsável pela abertura da AIH, entregue a guia para o usuário, família ou responsável, pois será necessário apresentá-la ao prestador no dia agendado para a realização do procedimento. Além disso, é necessário encaminhar para Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação (GAERE) regional e para a Coordenação de Atenção Integral à Saúde do Adulto e do Idoso via *e-mail*: adulto@pbh.gov.br, os seguintes documentos:
- Uma cópia da AIH;

- Relatório médico constando informações sobre o quadro clínico do usuário e a justificativa para a realização da gastrostomia/jejunostomia. Cópia da identidade do usuário;
- Contato do usuário, colocar o maior número de informações possíveis (telefone fixo, celular e nomes dos familiares ou responsáveis). Essa ação permite viabilizar uma comunicação rápida do prestador para aviso sobre o agendamento do procedimento.

OBSERVAÇÃO: para os usuários acompanhados pelo SAD, a AIH deverá ser emitida pelos médicos da EMAD e os documentos acima deverão ser encaminhados **apenas** para à Coordenação do serviço via o e-mail: sad.bh@pbh.gov.br

FLUXOGRAMA SOLICITAÇÃO DE GASTROSTOMIA E JEJUNOSTOMIA NA REDE SUS-BH PELA 1ª VEZ



Notas:

- (1): Solicitação pode ser realizada por médico da eSF, médico de apoio do CS ou médico do SAD.
 (2): Documentos: cópia da AIH; relatório médico; comprovação de área de abrangência e contato do usuário.

Quando o procedimento for autorizado será informado para o usuário/família/responsável por meio dos contatos fornecidos e o mesmo deverá comparecer no dia, horário e local agendado com a documentação original

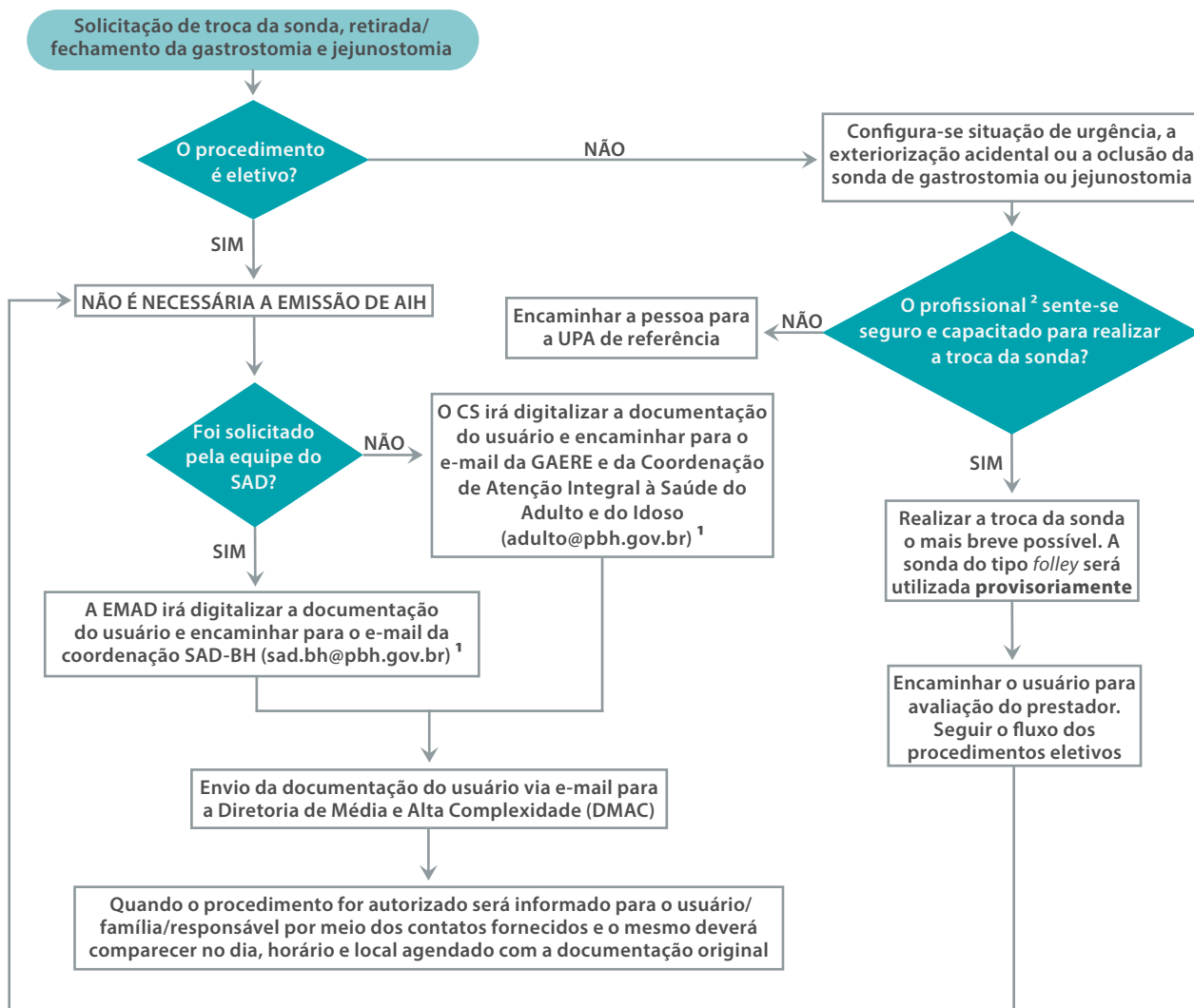
- **Solicitação de troca da sonda, retirada/fechamento de gastrostomia e jejunostomia (ELETIVA): NÃO É NECESSÁRIA EMISSÃO DE AIH.** Entretanto, é necessário encaminhar para GAERE regional e para à Coordenação de Atenção Integral à Saúde do Adulto e do Idoso (e-mail: adulto@pbh.gov.br), os seguintes documentos:
 - Relatório médico constando informações sobre o quadro clínico do usuário, as condições periestomais, o tipo de sonda que está sendo utilizada, a via de inserção (especificar se é endoscópica ou não), bem como as condições do dispositivo. Além disso, informar a instituição que realizou o procedimento pela 1ª vez, ou seja, quem foi o prestador/serviço. É a partir dessa informação que a Diretoria de Regulação de Média e Alta Complexidade (DMAC) negociará com os mesmos a troca, retirada/fechamento de gastrostomia ou jejunostomia;
 - Cópia da identidade do usuário;
 - Comprovação de endereço vinculado ao CS;
 - Contato do usuário (telefone fixo, celular e nomes dos familiares ou responsáveis ou e-mail). Essa ação permite viabilizar uma comunicação rápida do prestador para aviso sobre o agendamento do procedimento.

OBSERVAÇÃO: para os usuários acompanhados pelo SAD, os documentos acima deverão ser encaminhados **apenas** para à Coordenação do serviço via o e-mail: sad.bh@pbh.gov.br

- **Necessidade da troca da sonda de gastrostomia ou jejunostomia (CASOS DE URGÊNCIA):** a exteriorização acidental ou a oclusão da sonda de gastrostomia ou jejunostomia, configura-se situação de urgência. Para esses casos, a troca da sonda deve ser realizada o mais breve possível por médicos e/ou enfermeiros capacitados para tal. O **parecer da câmara técnica nº 06/2013/CTAS/COFEN** respalda a troca da gastrostomia pelo profissional enfermeiro desde que o mesmo tenha segurança na realização do procedimento e indica a troca da sonda de jejunostomia **somente** pelo enfermeiro estomaterapeuta. A sonda do tipo *folley* poderá ser utilizada **provisoriamente**, devendo o usuário ser encaminhado para a troca eletiva, posteriormente, conforme fluxo descrito acima.

OBSERVAÇÃO: caso o enfermeiro ou médico não seja capacitado ou não sinta segurança para realizar a troca da sonda, encaminhar o usuário para a UPA de referência.

FLUXOGRAMA SOLICITAÇÃO DE TROCA DA Sonda, RETIRADA/FECHAMENTO GASTROSTOMIA E JEJUNOSTOMIA NA REDE SUS-BH



Notas:

(1): Documentos necessários: Relatório médico (com informações sobre o quadro clínico da pessoa, as condições periestomais, o tipo de sonda que está sendo utilizada, a via de inserção (especificar se é endoscópica ou não), bem como as condições do dispositivo e o prestador/serviço responsável pela 1ª vez inserção. Cópia da identidade do usuário; Comprovação de área de abrangência; Contato do usuário (telefone fixo, celular e nomes dos familiares ou responsáveis).

(2): Médicos e/ou enfermeiros capacitados. Enfermeiros seguir parecer da câmara técnica nº 06/2013/CTAS/COFEN

4.2.2 Estomas Intestinais

A Colostomia e ileostomia são derivações intestinais em que se exterioriza o cólon ou o íleo na parede abdominal, formando um novo trajeto e local para a saída das fezes. São realizadas em decorrência de obstruções transitórias ou permanentes em algum ponto do cólon, geralmente relacionadas ao câncer colorretal, doença diverticular, doença inflamatória intestinal, polipose adenomatosa familiar, megacólon, dentre outros. Esse procedimento pode ser realizado de forma definitiva ou de forma provisória. Os usuários com esses tipos de estomias são acompanhados pelo Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada (SASPO) nos CREAB Leste e Venda Nova, conforme descrito acima, onde são avaliados de forma integral, orientados quanto aos cuidados com o estoma, a pele periestoma, a escolha e o manuseio correto do dispositivo e identificação da necessidade do uso de adjuvantes, além do cadastramento para aquisição de dispositivos. Os usuários que necessitam de avaliação pela Coloproctologia, inclusive para reversão de estomia, são encaminhados diretamente dos CREAB para esses especialistas.

4.2.3 Estomas Urinários

Os estomas urinários podem ser realizados com uso exclusivo do trato urinário (ureterostomia cutânea, nefrostomia, vesicostomia) ou com uso de uma alça intestinal (urostomia/cirurgia de Bricker, ureterossigmoidostomia, reservatório ileal continente).

Os usuários com esses tipos de estomias são acompanhados pelo SASPO nos CREAB Leste, Noroeste e Venda Nova, conforme descrito acima, onde são avaliados de forma integral, orientados quanto aos cuidados com o estoma, a pele periestoma, a escolha e o manuseio correto do dispositivo e identificação da necessidade do uso de adjuvantes, além do cadastramento para aquisição de dispositivos.

4.2.4 Traqueostomia

É um procedimento cirúrgico em que é realizada uma comunicação entre a pele do pescoço e a traqueia por onde é inserida e fixada uma cânula. Pode ser eletiva ou de urgência, temporária ou definitiva, por técnica cirúrgica convencional ou por inserção percutânea. A aspiração da traqueostomia deve ser realizada quando constatada a presença de secreção e a incapacidade do paciente em eliminá-la por meio da tosse, evitando o aparecimento de “rolhas”.

Nos casos de necessidade de troca de urgência da cânula de traqueostomia, o usuário deverá ser encaminhado para unidade de urgência de referência. Em casos de troca eletiva ou decanulação, a equipe assistente deverá referenciar o usuário para o serviço onde o dispositivo foi implantado.

4.3 Realização de Curativo

De acordo com o “Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas” da SMSA e Deliberação COREN-MG 65/00, a avaliação inicial da lesão/ferida é de responsabilidade do enfermeiro, profissional que deve realizar a primeira avaliação durante a consulta de enfermagem e, posteriormente, encaminhar para a consulta médica, se necessário. Após a avaliação, levando em consideração o aspecto da ferida, o enfermeiro orienta e prescreve o melhor tratamento, definindo a realização de:

- Curativo simples: realizado com soro fisiológico a 0,9%, com a finalidade de limpeza da ferida e ocluído com gaze estéril e atadura. Os insumos para a realização do curativo simples no domicílio podem ser dispensados ao usuário ou ao cuidador mediante avaliação da ferida;
- Coberturas especiais: o tratamento com coberturas especiais é disponibilizado para todos os usuários da Rede SUS- BH. A prescrição da cobertura deve ser realizada pelo enfermeiro e as trocas periódicas podem ser realizadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem, sob a supervisão do enfermeiro que deverá acompanhar a evolução da ferida.

Para a avaliação da ferida o profissional deverá realizar consulta ao “Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas da SMSA/PBH”, documento que possui a descrição dos critérios de avaliação para indicação de coberturas e contém os itens padronizados.

No caso da APS, para ter acesso ao tratamento com coberturas especiais, o usuário deverá ser cadastrado no Centro de Saúde de referência e ser avaliado pelo enfermeiro responsável pelo tratamento. Após essa primeira avaliação, ele será acompanhado por toda a equipe de saúde, respeitando as atribuições de cada profissional. O usuário acompanhado pelo CS deverá assinar o Termo de Compromisso (ANEXO 7) aceitando a participação do tratamento proposto pelo serviço. Para os pacientes acompanhados pelo SAD, a cobertura a ser utilizada será escolhida pela equipe assistente, dentre as opções padronizadas pela SMSA/PBH, após avaliação da lesão.

Ressalta-se que para a realização do curativo no domicílio, o profissional responsável deverá levar a cobertura especial e retornar com o insumo para o CS ou para a base da EMAD, quando for o caso. A permanência de coberturas especiais no domicílio só deve ocorrer em casos excepcionais, atrelado ao treinamento do cuidador pela equipe.

Na APS, todas as coberturas especiais deverão ser solicitadas pelo sistema padronizado de acordo com o consumo médio mensal de cada Centro de Saúde. No SAD-BH, as solicitações de coberturas especiais deverão ser feitas por meio da planilha específica disponibilizada no *Google Drive*.

5. SOLICITAÇÃO DE INSUMOS MÉDICO-HOSPITALARES, DIETAS, OXIGENOTERAPIA, ÓRTESES, PRÓTESES E MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO

5.1 Solicitação de Insumos

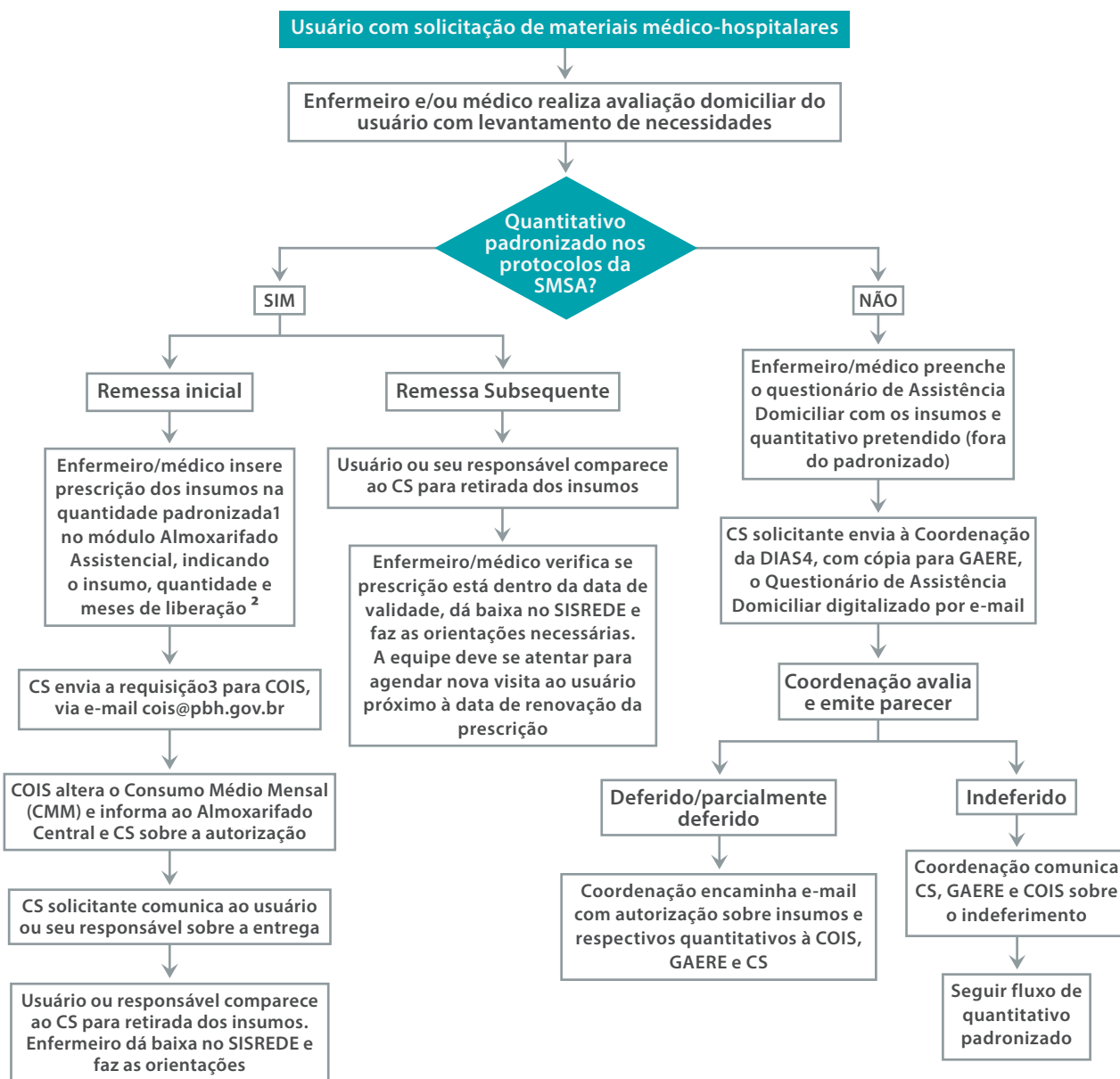
- **Identificação das necessidades:** a equipe realiza visita domiciliar e faz levantamento das necessidades de materiais para ostomias ou sondagens.
- **Solicitação:**
 - a. Dentro do padronizado: o quantitativo padronizado de materiais médico-hospitalares encontra-se no “Manual de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte” (ANEXO 8). A solicitação é realizada em nome do usuário diretamente no sistema padronizado pelo enfermeiro ou médico. O CS

envia a requisição (contendo nome do usuário, data de nascimento e prontuário eletrônico, além dos dados do insumo solicitado) à Coordenação de Insumos em Saúde (COIS), por meio do e-mail cois@pbh.gov.br; a COIS faz a alteração do consumo médio mensal (CMM), comunica o Almoxarifado Central e retorna o e-mail ao CS com cópia à GAERE, liberando os insumos. A validade da prescrição será de até 6 (seis) meses.

b. Fora do padronizado: o enfermeiro ou médico, ao identificar necessidade de dispensação em quantidade superior ao padronizado, envia relatório detalhado justificando a necessidade de aumento de quantitativo, por e-mail, à Coordenação da Gerência de Integração do Cuidado à Saúde (GEICS) do ciclo de vida correspondente (adulto@pbh.gov.br ou atcrianc@pbh.gov.br), com cópia para GAERE. A Coordenação avaliará o relatório e emitirá parecer. A resposta será encaminhada para o e-mail do CS solicitante com cópia para GAERE e COIS. Após a resposta, o profissional do CS realiza a prescrição no sistema padronizado: caso de deferimento, solicitar de acordo com o aumento do quantitativo autorizado pela Coordenação; caso de indeferimento, solicitar de acordo com o padronizado.

- **Dispensação:** o usuário/familiar/cuidador comparece ao CS para retirada dos insumos, que são dispensados para uso domiciliar para um período de 30 dias, exceto para diálise peritoneal que são dispensados para um prazo de três (3) meses. No ato de entrega dos insumos, os profissionais da unidade deverão dar baixa dos materiais no SISREDE.
Insumos que necessitam de profissional capacitado para execução do procedimento, como coberturas especiais de curativos, cateter nasoentérico ou nasogástrico, cateter vesical de demora (Sonda de Foley), bolsa coletora sistema fechado, NÃO deverão ser entregues diretamente ao usuário/familiar/cuidador.
- **Renovação:** a equipe deve programar visita domiciliar para uma nova solicitação no 5º mês após a data da última solicitação.
- **Suspensão do fornecimento:** nas situações em que o usuário não retirar o material por três (3) meses consecutivos, o fornecimento será suspenso até nova avaliação e solicitação pela eSF. Sugere-se que a eSF verifique o motivo da não retirada do material pela família/cuidador, por meio da intensificação da visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e, caso necessário, contato telefônico com o usuário/cuidador pela eSF.
- **Acompanhamento dos usuários:** os usuários cadastrados para recebimento de materiais médico-hospitalares de uso domiciliar, deverão receber visitas domiciliares mensais pelo ACS e, minimamente, semestral pelo enfermeiro da eSF.

FLUXOGRAMA PARA SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALARES



1-Quantidade padronizada: definido no Manual de Enfermagem

2-Meses: 6 meses

3-A requisição deve conter nome do usuário, data de nascimento, prontuário eletrônico e os dados da solicitação (SICAM, descrição, quantidade, equivalente a 1 mês de consumo)

4-Coordenações da DIAS: adulto@pbh.gov.br e atcrianc@pbh.gov.br

5.2 Solicitações de Insumos SAD

A solicitação de insumos para o usuário acompanhado pelo SAD-BH ocorre mediante a prescrição dos materiais pelas equipes, descrevendo o quantitativo que será utilizado, de acordo com o Manual de Enfermagem, 2016 (ANEXO 8). O usuário/cuidador/familiar deverá ser orientado a encaminhar a receita/formulário ao CS de referência.

Durante a assistência prestada pelos profissionais, todo material e medicamento necessário são providenciados pelas equipes anteriormente à visita domiciliar, mediante prescrição e solicitação via SIEST (no caso dos materiais), e dispensados pelas farmácias das UPA de referência das equipes. As EMAD possuem bolsa de transporte com materiais e soluções de apoio que deverão ser repostos após o uso.

5.3 Solicitação de Fórmulas Alimentares Industrializadas

A avaliação dos usuários em terapia nutricional domiciliar, via enteral ou oral, deverá ser realizada, prioritariamente, pelo nutricionista do NASF-AB ou EMAP juntamente com a equipe de saúde da família ou atenção domiciliar. Poderá ser realizada a prescrição de dieta caseira/artesanal, semi-artesanal ou industrializada, suplementos caseiros padronizados, suplementos nutricionais, módulos de nutrientes, fórmulas infantis e/ou espessante industrializado.

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, por meio da Portaria 120 de 14 de Abril de 2009, as dietas artesanais e/ou semi-artesanais deverão ser incentivadas naqueles pacientes sob cuidados e/ou internação domiciliar. São vários os benefícios em consumir dietas enterais artesanais, como por exemplo: são nutricionalmente equilibradas; podem ser preparadas com alimentos naturais, orgânicos e não geneticamente modificados; podem ser adaptadas a preferências ou restrições alimentares como dietas vegetarianas, veganas, entre outras; podem ser desenvolvidas sem alergênicos (livre de glúten, livre de caseína); apresentam boa fluidez, osmolaridade e estabilidade. Colaboram para a redução de refluxo, vômito e constipação, e apresentam melhor tolerância do volume infundido e do conteúdo. Para que esta dieta seja adequada é necessário que a receita e o modo de preparo sejam rigorosamente seguidos conforme a orientação do nutricionista.

QUADRO 02: CRITÉRIOS PARA FORNECIMENTO DE FÓRMULA ALIMENTAR INDUSTRIALIZADA

CRITÉRIOS PARA RECEBIMENTO DE FÓRMULAS ALIMENTARES INDUSTRIALIZADAS - PROTOCOLO SMSA									
VIA ALTERNATIVA					VIA ORAL				
CRIANÇAS E ADOLESCENTES			ADULTOS E IDOSOS		CRIANÇAS E ADOLESCENTES		ADULTOS E IDOSOS		TODOS
Critérios para recebimento de 100% do VCT	Critérios para recebimento de 75% do VCT	Fórmula Infantil - 60 ou 100% do VCT	Critérios para recebimento de 100% do VCT	Critérios para recebimento de 50% do VCT	Critérios para recebimento de suplemento	Critérios para recebimento de fórmulas de partida e seguimento	Critérios para recebimento de suplemento	Espe-sante	Disfagia para líquidos finos (água, chá, café) *Necessário avaliação do fonoaudiólogo com registro do diagnóstico de disfagia, registrado no SISREDE (Gestão).
Câncer em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico;	Alergia a proteína do leite de vaca e/ou soja;	Crianças menores de 6 meses -Fórmula Infantil de Partida - 100% do VCT *Será considerada a idade corrigida.	Câncer em tratamento quimioterápico e/ou radioterápico;	Câncer em tratamento paliativo;	Desnutrição moderada ou grave;	Má formação labial ou de palato com desnutrição ou curva de crescimento descendente;	Desnutrição moderada ou grave associada a:		
Cardiopatia congênita com desnutrição; (qualquer grau)	Desnutrição moderada ou grave com dieta artesanal;		Diarreia crônica* com dieta artesanal e desnutrição;	Diarreia crônica* com dieta artesanal, sem desnutrição;	Desnutrição leve associada a câncer;	Recém nascido pré termo (idade gestacional ≤ 28 semanas) com morbididades associadas.	Câncer em tratamento;		
Diarreia crônica com desnutrição;	Diabetes escompensado,*		Doenças diabsortivas com desnutrição;		Desnutrição leve associada a cardiopatia congênita;		Doença neurológica com grave perda de peso (6 meses);		
Doenças diabsortivas;	Sequela neurológica com restrição de volume ou vômitos.*		IRC com restrição de íons e/ou volume;	Doenças diabsortivas sem desnutrição;	Desnutrição leve associada a doença diabsortiva;		Idoso frágil (> 80 anos);		
IRC com restrição de íons e/ou volume;	* sem melhora com dieta artesanal e seu manejo dietético		Lesão por pressão grau III ou IV com desnutrição;	Lesão por pressão grau III ou IV sem desnutrição.	Desnutrição leve associada a IRC;		IRC com restrição de volume e/ou íons;		
Jejunostomia;					Desnutrição leve associada a lesão por pressão;		Lesão por pressão grau III ou IV;		
Lesão por pressão (qualquer grau) e desnutrição (qualquer grau)			Pós operatório de cirurgia do TGI de médio ou grande porte ou transplante;	* sem melhora com manejo dietético	Desnutrição leve associada a pré ou pós operatório de cirurgia do TGI.		Pré ou pós operatório de cirurgia do TGI.		
Menor de 6 meses de idade (será considerada a idade corrigida)									
Pré ou pós operatório de cirurgia do TGI de médio ou grande porte ou transplante.			Pré operatório de cirurgia do TGI de médio ou grande porte ou transplante com desnutrição.						

Fonte: Adaptado do Protocolo para dispensação de fórmulas alimentares industrializadas.

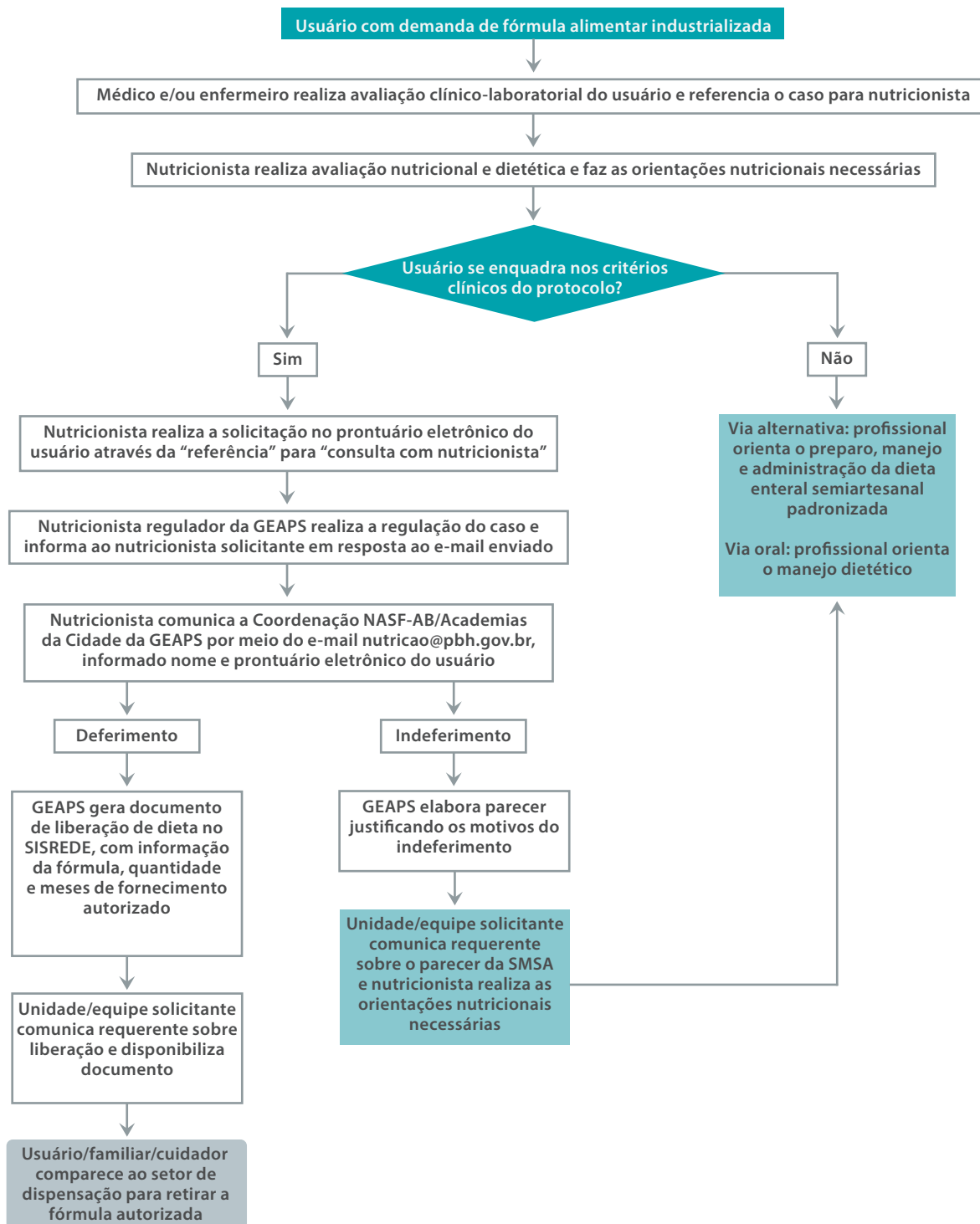
Porém, há condições clínicas específicas para indicação de fórmulas alimentares industrializadas. Essas fórmulas são fornecidas pela SMSA de acordo com os seguintes critérios, definidos no “Protocolo para Dispensação de Fórmulas Alimentares Industrializadas” da SMSA/PBH.

Na definição dos critérios de dispensação das fórmulas, considerou-se a necessidade de atender aos usuários que apresentem maior fragilidade clínica e nutricional, ou seja, aqueles que apresentam menor reserva funcional e pior resposta a intercorrências clínicas, combinado ao diagnóstico nutricional, bem como contraindicação de dieta enteral artesanal devidamente justificada. O diagnóstico nutricional para liberação de fórmulas alimentares dar-se-á através da avaliação realizada pelo nutricionista do NASF-AB ou EMAP, considerando critérios clínicos e antropométricos, associados a critérios laboratoriais e exame físico.

O fornecimento de fórmulas alimentares ou espessantes é autorizado por um período de até 6 meses, após regulação pela Coordenação de NASF-AB/Academia da Cidade da Gerência de Atenção Primária à Saúde (GEAPS). De acordo com avaliação realizada, a prescrição poderá ser mantida ou alterada conforme quadro clínico e novas necessidades nutricionais do usuário, a cada renovação de solicitação.

O fornecimento de fórmulas alimentares e espessantes seguirá o fluxo padronizado pela Nota Técnica nº 007/2019 GEAPS/DIAS: “Fluxo de solicitação de fórmulas alimentares industrializadas via SISREDE-SISREG”.

FLUXO DE SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS ALIMENTARES INDUSTRIALIZADAS VIA SISREDE-SISREG



5.4 Solicitação de Oxigênio para Uso Domiciliar

A SMSA oferta aos usuários o Programa de Oxigenoterapia Domiciliar. Para se inscrever no programa é necessário que o usuário ou familiar compareça à Unidade de Referência Secundária (URS) Campos Sales, situada na Rua Campos Sales Nº472, Bairro Calafate, Telefone: 3277-7048 (confirmar o horário e funcionamento pelo telefone), com a documentação descrita abaixo.

Exames solicitados para inscrição:

- Laudo do médico assistente comprovando as condições clínicas do paciente, emitido em até 30 dias antes da inscrição;
- Prescrição médica de oxigênio em litros por minuto e horas/dia Ex.: Oxigênio 2 litros/minuto, no mínimo de 16 horas diárias. A prescrição deverá ser emitida em até 30 dias antes da inscrição;
- Radiografia de tórax com laudo, realizado até 30 dias antes da inscrição ou Tomografia Computadorizada com laudo realizado em até um ano antes da inscrição;
- Exame de gasometria arterial ou oximetria de pulso e hemograma realizados em até 30 dias antes da inscrição com assinatura do responsável técnico;
- Eletrocardiograma com laudo recente ou Ecocardiograma ou Ecodopplercardiograma com laudo realizado em até 01 ano antes da inscrição.

ATENÇÃO: Exames citados no laudo médico devem ser apresentados no ato da inscrição.

Documentação original e xerox exigidos para inscrição:

- Xerox da carteira de identidade e CPF do usuário e do requerente;
- Comprovante de residência do usuário e do requerente;
- Declaração fornecida pelo Centro de Saúde, informando que o paciente e requerente moram na área de abrangência deste Centro de Saúde;
- Cartão Nacional SUS do paciente.

A documentação exigida será avaliada pelo atendente no ato da inscrição. Após aprovação da documentação, o relatório médico e resultados de exames serão analisados pelo pneumologista da unidade. O resultado da avaliação será informado ao requerente por telefone.

Para outras informações, o Centro de Saúde deve entrar em contato com o “Programa de Oxigenoterapia Domiciliar (OTD)” da SMSA/SUS-BH pelo telefone informado anteriormente. Os insumos (látex, cateter, copo umidificador) utilizados na oxigenoterapia domiciliar são fornecidos pela empresa contratada.

A instalação do concentrador de oxigênio será efetuada no domicílio após contato telefônico.

Nos casos de portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) pós-exacerbação, o concentrador será instalado em caráter provisório por 60 dias. Após este prazo, o usuário deverá apresentar novo laudo médico, gasometria arterial ou oximetria, para efetivação da cessão.

Efetivada a instalação do concentrador, o usuário deverá renovar o laudo médico a cada seis (6) meses.

5.5 Solicitação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção

Os Centros de Referência em Reabilitação (CREAB) realizam concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (incluindo cadeiras de banho e rodas) para os usuários de acordo com os modelos disponíveis na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

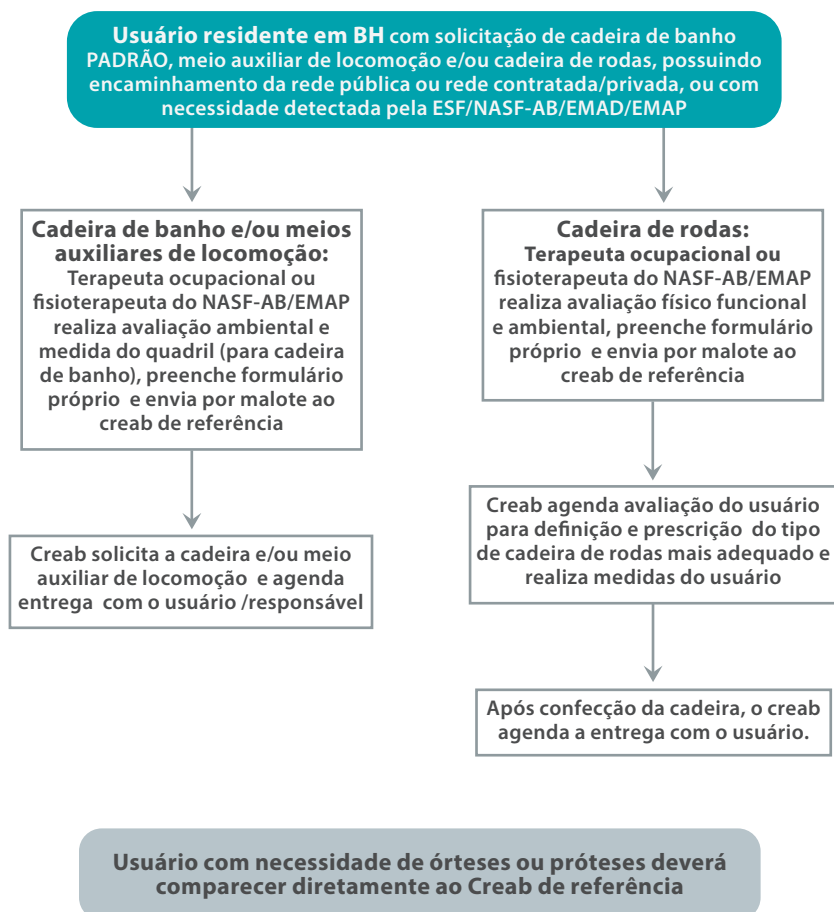
O processo de concessão acontece em, no mínimo, três etapas nos CREABs:

- 1 - Avaliação do usuário para prescrição do equipamento;
- 2 - Medida do usuário;
- 3 - Prova do equipamento (quando necessário) e entrega ao usuário.

Após a entrega do equipamento, caso seja necessária a realização de ajustes, o usuário deverá fazer contato com o CREAB de referência. É importante que a equipe de NASF-AB, juntamente à eSF, acompanhem a adaptação do usuário ao equipamento a fim de identificar a existência de fatores dificultadores e evitar o desuso e abandono. Todos os equipamentos entregues possuem garantia de 12 meses e a reposição é realizada após avaliação da necessidade do usuário e do estado de conservação do dispositivo.

A seguir apresentamos o fluxo de concessão dos equipamentos:

FLUXO PARA CONCESSÃO DE CADEIRA DE BANHO, MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO E CADEIRA DE RODAS E SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES E PRÓTESES



6. DESCARTE CORRETO DE RESÍDUOS GERADOS NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

O manejo adequado dos resíduos gerados na atenção domiciliar é fundamental e pode contribuir para a prevenção e atenuação dos possíveis impactos à saúde das pessoas, dos profissionais e do ambiente. As equipes do SAD e da APS devem atentar para essas questões, visto que seus trabalhadores prestam assistência no domicílio, realizando grande número de procedimentos e gerando resíduos que necessitam ser gerenciados. É de responsabilidade dos profissionais toda a orientação quanto às etapas de segregação, acondicionamento, armazenamento temporário e riscos envolvidos no manejo desses resíduos.

O material perfurocortante utilizado (seringas, agulhas, lancetas, lâminas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, tubos capilares, espátulas) deve ser acondicionado separadamente na residência do paciente, imediatamente após uso. O acondicionamento é feito em recipientes industrializados apropriados ou em recipiente rígido com boca larga e tampa (como frascos de desinfetante, amaciante e água sanitária), acrescido da inscrição “resíduo perfurocortante” e colocado em local seguro, protegido e seco. Além disso, deve-se seguir os seguintes cuidados: não reencapar, entortar, quebrar ou retirar manualmente as agulhas das seringas; colocar os recipientes coletores, para o descarte de material perfurocortante, próximo ao local onde é realizado o procedimento; descartar todo resíduo perfurocortante, inclusive os que não foram usados, em recipiente exclusivo, resistente à perfuração e com tampa, sem ultrapassar o limite de 2/3 da capacidade total do recipiente. Por fim, sugere-se que os usuários e/ou cuidadores encaminhem estes resíduos aos Centros de Saúde para tratamento e descarte adequado.

As drogas, medicamentos, correlatos e insumos farmacêuticos deteriorados ou com prazo de validade expirado apresentam riscos à saúde individual ou coletiva e deverão ser encaminhados para a farmácia dos Centros de Saúde, que os destinam para efetiva destruição, ou para as farmácias das UPA de referência das EMAD, nos casos dos pacientes acompanhados pelo SAD.

Resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares (fraldas, absorventes higiênicos, pe-

ças descartáveis de vestuário, resto alimentar de paciente, material utilizado em antissepsia e hemostasia de venóclises, equipo de soro, esparadrapo, algodão, invólucro de curativo e outros similares) devem ser acondicionados em sacos preto-transparentes, resistentes, de modo a evitar derramamento durante o manuseio. São descartados normalmente no domicílio e encaminhados ao destino final (aterro sanitário). É importante ressaltar que dentre esses resíduos, há resíduos passíveis de reciclagem.

7. ÓBITO NO DOMICÍLIO

No processo de trabalho da Atenção Domiciliar é comum a vivência de situações do morrer no domicílio. Nestas condições de falecimento, o usuário cursa com condições clínicas que evidenciam sinais de agravamento, que possibilitam a equipe de saúde prever o óbito no domicílio e se antecipar nas condutas e orientações. Dessa forma, a equipe de Atenção Domiciliar deverá estar preparada para este tipo de abordagem à família, demonstrando tranquilidade e segurança no manejo dessa situação.

A abordagem sobre a finalização da vida pode ser iniciada quando o paciente apresenta condições para tal e interesse em conhecer sua real situação. É preciso criar um espaço de escuta e acolhimento, onde se possa manifestar quais as prioridades em relação aos cuidados, à preservação da qualidade de vida e/ou ao seu prolongamento, assim como de procedimentos invasivos, caso seja necessário, além das questões relativas ao sepultamento ou cremação. Cuidadores e familiares devem participar dessa discussão, pois são parte do processo de cuidado e, muitas vezes, se veem diante de dificuldades decisórias, necessitando de ajuda para se manifestarem. Ajuda essa, baseada em argumentos claros e fundamentada na ética e na lei, que deve nortear a condução de tão difícil processo. Lembrar ainda que decisões sobre o final da vida podem ser modificadas após acordo inicial, pois os quadros clínicos, psíquicos e os movimentos da vida mudam o seu rumo. Algumas discussões sobre o processo de falecimento nem sempre são expostas ao paciente, casos em que o paciente não está preparado para ouvir ou não tem condições para manifestar a sua vontade; sendo assim, a consulta deve ser dirigida aos familiares, principalmente obedecendo à ordem prevista pelo Código Civil, quanto à responsabilidade - “são parentes em linha reta as pessoas que estão umas para com as outras na relação de ascendentes ou descendentes”, ou seja, os pais quando o paciente for solteiro, o cônjuge quando for casado e na falta destes, os filhos. Atentar-se em relação aos cuidadores, que nem

sempre são os responsáveis legais. Para opinar sobre controles de sintomas e decisões no final da vida, é prudente um consenso entre paciente, quando possível, e familiares, a fim de que a equipe se sinta segura em estabelecer um plano e as estratégias que nortearão as condutas a serem adotadas. É importante ressaltar que as abordagens sobre o assunto sempre deverão ser registradas em prontuário para respaldo legal da equipe e a fim de possibilitar a continuidade da assistência.

Para que o óbito do paciente ocorra no domicílio com relativa tranquilidade, é necessário reconhecer em sua situação os fatores facilitadores e/ou limitantes.

- Fatores favoráveis em relação ao paciente: condição clínica que permita um manejo seguro dos sintomas; instrumental mínimo para que o paciente tenha seus sintomas bem controlados no final da vida; dietas e medicamentos disponíveis na quantidade necessária; equipamentos disponíveis como oxigênio, aspirador, sondas e cateteres, entre outros, dependendo das necessidades do paciente atendido;
- Fatores favoráveis em relação aos familiares e aos cuidadores: cuidadores preparados e em condições de prestar assistência na fase final; colaboração de outros familiares nos cuidados finais, com revezamento e divisão das tarefas; consenso entre os familiares e os cuidadores na realização das tarefas de acordo com a possibilidade de cada um;
- Fatores favoráveis em relação à equipe de saúde (Atenção Primária e SAD): equipe preparada tecnicamente para lidar com intercorrências clínicas, dar os suportes finais de alívio e conforto ao paciente e apoio aos familiares; oferecer orientação quanto às providências de funeral e sepultamento; comunicação adequada entre paciente, cuidadores, equipe e serviços de saúde para diminuir o desconforto nas tratativas de algumas questões delicadas que envolvem o processo de falecimento, principalmente o período que o antecede; prontuário domiciliar atualizado, que possa subsidiar adequadamente as condutas a serem adotadas, principalmente quando dos episódios agudos e inesperados; articulação com os serviços de saúde (SAD, APS, SAMU, UPA, hospitais), que possam compartilhar a responsabilidade sobre o tratamento do paciente e principalmente a emissão da declaração de óbito (DO).

A DO é instrumento epidemiológico, utilizado para fins de planejamento em saúde pública e administrativo e, a partir dela, a família providencia a certidão de óbito. Essa certidão permite o sepultamento, habilitação de benefícios previdenciários, organização de sucessão de bens, etc. Segundo a Resolução nº 1.779/2005, do Conselho Federal de Medicina, o preenchimento dos dados constantes na DO é de responsabilidade do médico que atestou a morte; e os médicos, quando do preenchimento da DO obedecerão às seguintes normas:

- Morte natural:
 - Morte sem assistência médica: como Belo Horizonte ainda não tem Serviço de Verificação de Óbito (SVO), a DO deverá ser fornecida pelos médicos do serviço público de saúde mais próximo do local onde ocorreu o evento; na sua ausência, por qualquer médico da localidade;

- Morte com assistência médica: a DO do paciente em tratamento sob regime domiciliar deverá ser fornecida preferencialmente por médico pertencente à equipe de atenção domiciliar (SAD ou APS) que acompanhava o paciente.
- Mortes violentas ou não naturais: a DO deverá, obrigatoriamente, ser fornecida pelo Instituto Médico Legal (IML).

Uma das prerrogativas da AD mais valorizada pelas famílias é a tranquilidade oferecida em caso de óbito. Para um planejamento do óbito no domicílio a equipe precisa orientar a família antecipadamente sobre como proceder. No horário de funcionamento das equipes da EMAD ou APS, cabe ao médico da equipe o preenchimento da DO, nos casos de morte natural. Em caso de falecimento fora do horário de funcionamento dessas equipes, descreve-se algumas alternativas: o corpo permanece no próprio domicílio durante a noite, para aguardar a DO ser preenchida pela EMAD ou pela APS, a partir do início das atividades do serviço no dia seguinte (por volta das 7 horas da manhã); nos fins de semana ou na indisponibilidade das equipes, o SAMU pode emitir a DO, desde que o prontuário domiciliar esteja bem preenchido.

O formulário de DO para as equipes da APS é disponibilizado pelo Centro de Saúde. A DO para as equipes do SAD é disponibilizada pela UPA de referência da EMAD responsável pelo usuário. Caso a DO não possa ser liberada pela UPA, o Centro de Saúde de referência do usuário poderá disponibilizá-la. As EMAD com base no Hospital Metropolitano Odilon Behrens terão as DO dos usuários acompanhados por elas disponibilizadas pelo próprio hospital.

QUADRO 3: ESCLARECIMENTOS ADICIONAIS SOBRE DECLARAÇÃO DE ÓBITO

- O Código de Ética Médica, em seu artigo 115, veda ao médico deixar de atestar óbito de paciente ao qual vinha prestando assistência, exceto quando houver indícios de morte violenta ou suspeita.
- A DO é parte integrante da assistência médica, porém o médico não é obrigado a saber e informar, em todos os casos, a causa do óbito; ele deverá buscar todos os meios possíveis para identificar a causa da morte. Mas, muitas vezes a causa do óbito não será identificada e no campo específico da DO, constará “causa indeterminada”. Ressalta-se que causa indeterminada não se confunde, absolutamente, com suspeita. A suspeita ocorre quando há, a partir da entrevista com a família ou a partir de qualquer outra fonte idônea de informação, possibilidade de morte não natural. A incerteza sobre a causa da morte não desobriga o médico a emitir a DO sob o receio de surgir, no futuro, a suspeita. A suspeita em comento é a suspeita presente, e não a possibilidade de suspeita futura.
- Para o correto preenchimento da declaração de óbito é recomendável a consulta ao manual do Conselho Federal de Medicina (CFM) atualizado. É necessário atentar-se para os dados pessoais do paciente mediante consulta ao documento de identificação.
- O impresso de DO contém três vias e o destino de cada uma delas é o seguinte:
 - Primeira via (branca): recolhida nas Unidades Notificadoras, devendo ficar em poder da Vigilância Sanitária do município;
 - Segunda via (amarela): entregue pela família ao cartório do registro civil, devendo nele ficar arquivada para os procedimentos legais;
 - Terceira via (rosa): permanece nas Unidades Notificadoras, em casos de óbitos notificados pelos estabelecimentos de saúde, IML ou SVO, para ser anexada à documentação médica pertencente ao falecido.

Observações importantes: A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, dispõe sobre a gratuidade dos custos com o funeral para as famílias cuja renda mensal per capita seja inferior a meio salário mínimo. Além da isenção da taxa de sepultamento no cemitério, o benefício também inclui uma urna, a ornamentação do corpo, o tratamento químico e o transporte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS PRINCIPAIS

ACOSTA, A. M. **Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas: do serviço de emergência para o domicílio.** 2016. 162 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

ALVES, SERGIANE BISINOTO, ET AL. **Manejo de resíduos gerados na assistência domiciliar pela Estratégia de Saúde da Família.** Revista Brasileira de Enfermagem. Goiânia-GO, Brasil, p 130 - 134, jan. - fev. 2012.

BELO HORIZONTE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Carteira Orientadora de Serviços do SUS-BH. Belo Horizonte,** 2018.

BELO HORIZONTE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Manual do Agente Comunitário de Saúde da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte - Diretrizes Técnicas para o Trabalho, Belo Horizonte** 2019.

BELO HORIZONTE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Manual de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte,** 2016.

BELO HORIZONTE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas. Belo Horizonte,** 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A declaração de óbito Documento necessário e importante. Ministério da Saúde,** 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde.** 2004. p. 15 Disponível em:<[http:// bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf)>. Acesso em: 08 fev. 2015.

BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº825, de 25 de Abril de 2016.Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html.

KANSAGARA, D. et al. **So many options, where do we start? An overview of the care transitions literature.** Journal of Hospital Medicine, [s. l.], v. 11, n. 3, p. 221-230, 2016.

NAYLOR, M.; KEATING, S. A. **Transitional care. The American Journal of Nursing,** [s. l.], v. 108, n. 9, p. 58-63, 2008.

POGGETO, MÁRCIA TASSO Dal et al. **Conhecimento do profissional enfermeiro sobre ileostomia, na atenção básica. Revista Mineira de Enfermagem.** Belo Horizonte, v. 16, n. 4, p. 502-508, out.-dez. 2012.

Protocolo de Atenção Domiciliar em Saúde Bucal. Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/publicacoes>. Acesso em: 23. jan. 2019.

SILVA, K. L. et al. **Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Rev de Saúde Pública,** São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, fev. 2010.

ANEXOS

ANEXO 1 - SOLICITAÇÃO DO EQUIPAMENTO ODONTOLÓGICO PORTÁTIL:

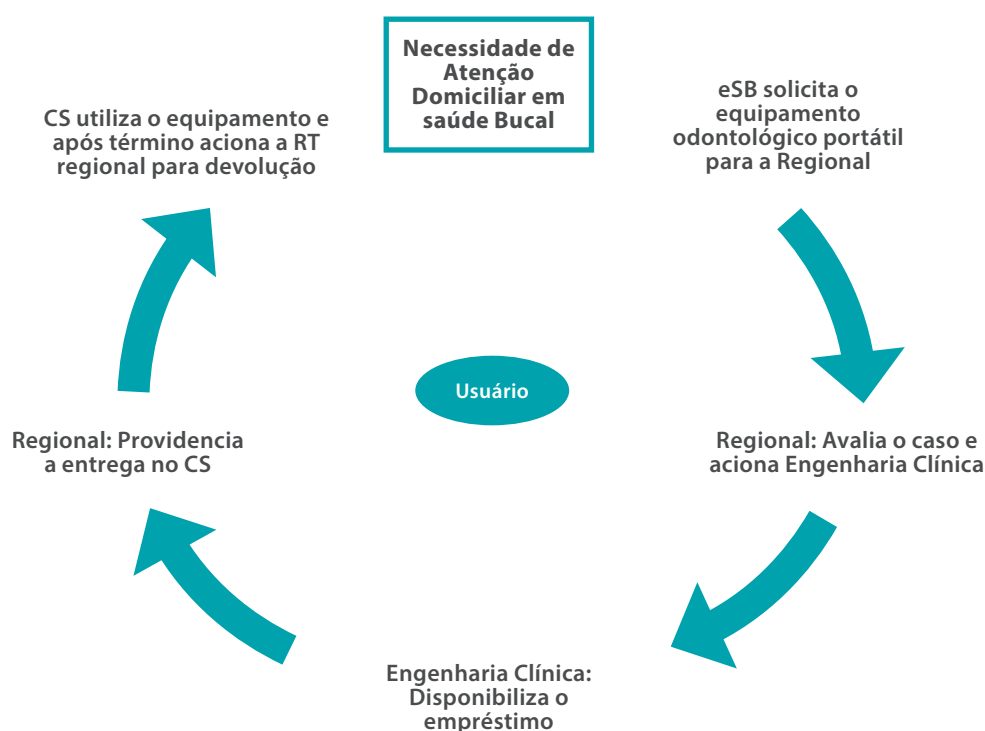
1) A eSB deverá realizar previamente o levantamento de necessidades do usuário no domicílio e planejar as intervenções a serem realizadas, indicando quais ações dependerão da utilização do equipamento portátil;

2) A eSB enviará e-mail para a Referência Técnica de Saúde Bucal da Regional de referência, com no mínimo sete dias (úteis) de antecedência, realizando a descrição do caso e o planejamento (classificação do levantamento de necessidades, quais procedimentos serão realizados, dia e hora agendados para a VD-Fim);

3) A Referência Técnica (RT) da Regional analisa o caso. Após o deferimento da solicitação pela RT da regional, enviará o e-mail para a Gerência de Contratação de Serviços Gerais e de Engenharia, que consulta a disponibilidade e agenda o empréstimo do equipamento;

4) A Regional providenciará a entrega do equipamento para o Centro de Saúde e a devolução para a Gerência de Contratação de Serviços Gerais e de Engenharia após contato do profissional com a RT da regional.

No momento da busca e devolução do equipamento odontológico portátil na Gerência de Contratação de Serviços Gerais e de Engenharia (GCOSE), o mesmo deve ser devidamente conferido tanto pela eSB quanto pela Gerência de Contratação de Serviços Gerais e de Engenharia, os itens que compõe o equipamento constam no Protocolo de Atenção Domiciliar, 2019.



**ANEXO 2 - LISTA DE CONTATOS DAS EMAD DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE
E DIVISÃO DOS CENTROS DE SAÚDE DE REFERÊNCIA**

EMAD	CONTATOS	CENTROS DE SAÚDE DE REFERÊNCIA	
EMAD BARREIRO (UPA)	emadbarreiro@pbh.gov.br 9 8634-3657 9 8634-2447	Diamante Independência Itaipu (Jatobá) Lindéia Túnel do Ibirité Uruçuaia	Mangueiras Regina Santa Cecília Tirol Vale do Jatobá Vila Pinho
EMAD BARREIRO 2 (HMDCC)	emad.hmdcc@pbh.gov.br 9 8408-0435 3472-4040 9 8407-9753	Bairro das Indústrias Carlos Renato Dias (Barreiro) Barreiro de Cima	Bonsucesso Milionários Miramar Pilar Vila Cemig
EMAD CENTRO SUL (UPA)	emadcentrosul@pbh.gov.br 9 8787-2957 9 8634-3300 3238-5922	Cafezal Carlos Chagas Nossa Sra. Aparecida Padre Tarcísio Conjunto Santa Maria Menino de Jesus	Nossa Sra. de Fátima Oswaldo Cruz São Miguel Arcanjo Santa Lúcia Santa Rita de Cassia Tia Amância
EMAD LESTE (UPA)	emadleste@pbh.gov.br 9 8634-3717 3277-5650 9 8634-3344	Boa Vista Granja de Freitas Mariano de Abreu Novo Horizonte	Santa Inês São Geraldo São José Operário Taquaril
EMAD LESTE 2 (HJXXIII)	emadjoao.hmal@pbh.gov.br 9 8408-5568 9 8408-2899	Alto Vera Cruz Horto Marco Antônio de Menezes	Paraíso Pompéia Vera Cruz
EMAD NORDESTE (UPA)	emad.nordeste@pbh.gov.br 9 8787-2963 9 8787-3049	Capitão Eduardo Conjunto Paulo VI Efigênia Murta de Figueiredo Goiânia Marcelo Pontel Gomes Maria Goretti	Marivanda Baleeiro Nazaré Olavo Albino Ribeiro de Abreu 5 São Gabriel São Paulo Vila Maria
EMAD NORDESTE 3 (HSFA)	emad.nordeste3@pbh.gov.br 9 8409-5880 2126-1551 9 8409-4368	Alcides Lins Cachoeirinha Cidade Ozanan Dom Joaquim Gentil Gomes	Leopoldo Crisóstomo de Castro Padre Fernando de Melo São Marcos
EMAD NOROESTE (UPA)	emadnoroeste@pbh.gov.br 9 8646-3762 9 8634-3744	Bom Jesus Carlos Prates Ermelinda Jardim Montanhês	Padre Eustáquio Pedreira Prado Lopes Santos Anjos São Cristóvão
EMAD HOB	emadhob@pbh.gov.br 9 8866-1278 3277-6245 9 8462-9747	Califórnia Dom Bosco Dom Cabral Coqueiros	Glória Jardim Filadélfia João Pinheiro Pindorama

EMAD NORTE (UPA)	emadnorte@pbh.gov.br 9 8634-3795 3277-6762 9 8634-3794 9 8458-3450	Etelvina Carneiro Jardim Felicidade Felicidade 2 Floramar Guarani Jaqueline 1 Aarão Reis Campo Alegre Heliópolis Lajedo	Jaqueline 2 Jardim Guanabara Primeiro de Maio Providência Tupi Zilah Spósito MG 20 Novo Aarão Reis São Bernardo São Tomás
EMAD OESTE (UPA)	padoeste@pbh.gov.br 9 8634-3652 9 8634-3653	Amilcar Viana Cabana Havaí Noraldino de Lima Salgado Filho	São Jorge Ventosa Vila Leonina Vista Alegre Waldomiro Lobo
EMAD OESTE 2 (HJK)	emadoeste2@pbh.gov.br 9 8411-2150 9 8411-1039	Betânia Camargos Cícero Ildelfonso Conjunto Betânia	João XXIII Palmeiras Santa Maria Vila Imperial
EMAD PAMPULHA (UPA)	padpampulha@pbh.gov.br 9 8634-3771 9 8634-3655	Confisco Dom Orione Itamarati Padre Joaquim Maia	Santa Améli Santa Rosa Santa Teresinha São Francisco Trevo
EMAD PAMPULHA 2 (HAC)	emad.albertocavalcanti@pbh.gov.br 9 8411-7457 3469-1849 9 8411-3876	Jardim Alvorada Ouro Preto	Padre Tiago São José Serrano
EMAD VENDA NOVA (UPA)	emadvendanova@pbh.gov.br 9 8646-3950 9 8634-3656 3277-1894	Céu Azul Copacabana Lagoa Leblon Mantiqueira Piratininga	Rio Branco Santa Mônica I Santa Mônica II (Alameda dos Ipês) Venda Nova (Paraúna)
EMAD VENDA NOVA 2 (HRTN)	emadrisoleta@pbh.gov.br 9 8412-0572 3459-3465 9 8411-9758	Andradas Jardim Comerciairos Jardim Europa	Minas Caixa Nova York Santo Antônio Serra Verde
EMAD HOB 2 (CUIDADOS PROLONGADOS)	cuidadosho@pbh.gov.br 9 8381-1238 3277-6245 9 8486-5832	ATENDE TODAS REGIONAIS	
EMAD PEDIÁTRICA	emadped@pbh.gov.br 9 8799-3704 3277-6245 9 8254-1170	ATENDE TODAS REGIONAIS	
EMAD CUIDADO PALIATIVO/ BARREIRO 3 (HL)	emadcuidadopaliativo@pbh.gov.br 9 8707-7038 3299-9983 9 8407-6092	ATENDE TODAS REGIONAIS	

ANEXO 3 - LISTA DE CONTATOS DAS EMAP DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

EMAP	CONTATOS	TELEFONE
EMAP HOB	emaphob@pbh.gov.br 98216-2609 3277- 6245	EMAD HOB (HOB1, HOB 2 CUIDADOS PROLONGADOS, EMAD PEDIÁTRICA)
EMAP LESTE	emapleste@pbh.gov.br 98898-2178	REGIONAL CENTRO SUL REGIONAL LESTE
EMAP OESTE	emapoeste@pbh.gov.br 98411-3317	REGIONAL OESTE REGIONAL BARREIRO
EMAP VENDA NOVA	emapvendanova@pbh.gov.br 98412-1217	REGIONAL VENDA NOVA
EMAP NORDESTE	emapnordeste@pbh.gov.br 98409-7326	REGIONAL NORDESTE REGIONAL NORTE
EMAP PAMPULHA	emappampulha@pbh.gov.br 98411-8821	REGIONAL PAMPULHA REGIONAL NOROESTE

ANEXO 04 - ESCALA DE PERFORMANCE PALIATIVA (PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE - PPS)

%	DEAMBULAÇÃO	ATIVIDADE DA EVIDÊNCIA DA DOENÇA	AUTOCUIDADO	INGESTA	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
100	Completa	Atividade normal e trabalho Sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Atividade normal e trabalho Alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Atividade normal com esforço Alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho Doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz para os hobbies / trabalho doméstico Doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho Doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades Doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
30	Totalmente Acamado	Incapaz para qualquer atividade Doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
20	Totalmente Acamado	Incapaz para qualquer atividade Doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência +/- confusão
10	Totalmente Acamado	Incapaz para qualquer atividade Doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Completa ou sonolência +/- confusão
0	Morte	-	-	-	-

ANEXO 5 - FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA ATENÇÃO DOMICILIAR

 PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE		ENCAMINHAMENTO PARA O SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	
PROCEDÊNCIA		PARA EMAD (ESPECIFICAR)	DATA DO ENCAMINHAMENTO
1 IDENTIFICAÇÃO			
NOME		N.º DO PRONTUÁRIO	
DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO ☐ M ☐ F	CPF
ENDEREÇO (RUA, AV.)		N.º	COMPLEMENTO
BAIRRO	CEP	TELEFONE(S)	
DISTRITO SANITÁRIO	CENTRO DE SAÚDE	ESF	
REFERÊNCIA			
2 AVALIAÇÃO SOCIAL			
CUIDADOR	PARENTESCO	GRAU DE INSTRUÇÃO	
PARECER SOCIAL ☐ USUÁRIO CAPAZ DE EXERCER O AUTOCUIDADO ☐ USUÁRIO E/OU CUIDADOR INCAPAZ DE EXERCER O CUIDADO ☐ USUÁRIO POSSUI CUIDADOR E ESTE É CAPAZ DE EXERCER O CUIDADO			
OBSERVAÇÃO			
DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL		
3 TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO			
3.1 SITUAÇÃO – MOTIVO DE INCLUSÃO NO SAD			
☐ CUIDADOS PALIATIVOS ☐ DOENÇA NEUROLÓGICA ☐ ÚLCERAS POR PRESSÃO / OUTRAS LESÕES CUTÂNEAS ☐ DOENÇA RESPIRATÓRIA ☐ FRATURA / OSTEOMIELITE ☐ DISTÚRBO METABÓLICO / HIDROELETROLÍTICO ☐ DOENÇA DO TRATO URINÁRIO ☐ DOENÇA CARDIOVASCULAR / AVE ☐ OUTROS:			
3.2 HISTÓRIA DE BASE - ANAMNESE E EXAME CLÍNICO			
3.3 DIAGNÓSTICOS			
3.4 RECOMENDAÇÕES			
CUIDADOS COM LESÃO CUTÂNEA		CUIDADOS COM TQT	
☐ NÃO ☐ SIM. LOCAL:		☐ NÃO ☐ SIM. ESPECIFICAR:	
OXIGENOTERAPIA		CUIDADOS COM	
☐ NÃO ☐ SIM. ESPECIFICAR:		☐ SNE / GTT ☐ SVD ☐ ESTOMAS ☐ OUTROS:	
MEDICAÇÃO INJETÁVEL		OUTRAS RECOMENDAÇÕES	
☐ NÃO ☐ SIM. ESPECIFICAR:			
4 MEDICAMENTOS LIBERADOS PELO SERVIÇO DE ORIGEM			
NOME	QUANTIDADE FORNECIDA	OBSERVAÇÕES	
PARECER DA EMAD ☐ ADMITIDO ☐ AVALIADO E NÃO ADMITIDO. MOTIVO:			
COMPLEXIDADE (RESTRITO A EMAD) ☐ BAIXA 0 A 7 PTS ☐ MÉDIA 8 A 13 PTS ☐ ALTA 14 A 20 PTS			
DATA	ENCAMINHADO POR PROFISSIONAL	TELEFONE	
DATA	RECEBIDO POR PROFISSIONAL	TELEFONE	

SAUE - 03014018 - G

04/09/2013 - GEORG

ANEXO 6 - LISTA DE CONTATOS DAS GAERE

GAERE	E-MAIL	TELEFONE
Barreiro	gaereb@pbh.gov.br	3277-5897 / 3277-5946
Centro Sul	gaerecs@pbh.gov.br	3277 - 4331
Leste	gaerel@pbh.gov.br	3277-4998 / 3277-4477
Nordeste	gaerene@pbh.gov.br	3277-6241 / 3277-6242
Noroeste	gaereno@pbh.gov.br	3277-7645 / 3277-7647
Norte	gaeren@pbh.gov.br	3277-7481 / 3277-7853
Oeste	gaereo@pbh.gov.br	3277-7082
Pampulha	gaerep@pbh.gov.br	3277- 7943 / 3277-7364
Venda Nova	gaerevn@pbh.gov.br	3277-5413 / 3277-5414

ANEXO 7 - FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO A PESSOAS COM FERIDAS

	PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE		
Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas _____		SMSA/PBH	1
ATENDIMENTO À PESSOA COM FERIDA			
Unidade de Saúde: _____ Data: ____/____/____			
1. TERMO DE COMPROMISSO			
Objetivos do tratamento Avaliar e acompanhar o paciente com ferida; Encaminhar para outros profissionais quando se fizer necessário; Propiciar condições que facilitam a cicatrização da ferida; Orientar e estimular o autocuidado.			
Entendimento por parte do paciente É reservado ao paciente o direito e a oportunidade de fazer perguntas relacionadas ao tratamento, seus objetivos e às regras do serviço É de responsabilidade do paciente: - não faltar aos retornos agendados por duas vezes consecutivas ou três alternadas sem comunicação prévia; - respeitar e seguir todas as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde; - não retirar ou trocar o curativo no domicílio sem a autorização do profissional; - procurar o Serviço de Saúde fora da data agendada em caso de intercorrências ou complicações; - cuidar da limpeza de seu ambiente e higiene pessoal.			
Consentimento De acordo com o exposto acima, aceito participar do tratamento proposto pelo Serviço.			
_____ Assinatura do paciente			
Nome legível: _____			
Autorização Autorizo que os dados referentes à evolução do meu tratamento sejam publicados na forma de pesquisa, desde que resguarde sigilo da minha identidade.			
_____ Assinatura do paciente			
Data: _____, ____ de _____ de _____			
Foi discutido o protocolo do tratamento proposto com o paciente, usando linguagem acessível e apropriada. Acredito ter fornecido as informações necessárias ao bom entendimento por parte do paciente.			
_____ Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável			

ANEXO 8 - QUANTITATIVO DE FORNECIMENTO DE SONDAS, COLETORES E OUTROS INSUMOS

Material para DIETA por SONDA uso contínuo para um mês:		
MATERIAIS		CÓDIGOS SICAMs
ADULTOS	CRIANÇAS/ADOLESCENTES	
07 equipos simples (sendo 01 de reserva);	07 equipos simples (sendo 01 de reserva);	63466 (equipo para dieta)
07 frascos graduados de plástico (sendo 01 frasco de reserva);	07 frascos graduados de plástico (sendo 01 frasco de reserva);	52307
10 seringas de 20 mL (sendo 01 de reserva);	10 seringas de 20 mL (sendo 01 de reserva);	926
01 seringa graduada de 01 mL;	01 seringa graduada de 01 mL;	924
01 esparadrapo para curativo; (58618)	01 Esparadrapo para curativo (58618) ou 01 Fita microporosa 25x10 (1336)	58618 (10X4,5) 1336 (25X10)
05 seringas de 05 mL, <u>se o paciente usa medicação.</u>	Não se aplica	916

Material para Sondagem Vesical de Alívio (Intermitente) feita por terceiros - uso contínuo para um mês:		
MATERIAIS		CÓDIGOS SICAMs
ADULTOS	CRIANÇAS/ADOLESCENTES	
07 sondas uretrais n.º X (Colocar SICAM de todos os n.ºs de sondas	07 sondas uretrais n.º X (Colocar SICAM de todos os n.ºs de sondas) - PVC	06(01838)/ 8(01843)/ 10(01845)/ 12(01846)/ 14(01915)/ 6(01922)/ 18(01924)
30 pacotes de gaze (com 05 unid. cada) para higiene local	30 pacotes de gaze (com 05 unid. cada) para higiene local	28436
200 pares de luvas de procedimentos - 02 caixas (*casos em que o cateterismo é realizado por familiares ou cuidadores)	200 pares de luvas de procedimentos - 02 caixas (*casos em que o cateterismo é realizado por familiares ou cuidadores)	1988 (P) / 1989(M) / 1990 (G)
01 seringa de 10 ml	02 seringas de 10 ml(02 de reserva)	928
01 frasco de SF 500 ml	01 frasco de SF 500 ml	46945 Solicitar nominal por usuário no SISREDE (Fornecido pela farmácia local)

02 Tubos de Gel Anestésico 2%	XXXXXXX	1092-Solicitar nominal por usuário no SISREDE (Fornecido pela farmácia local)
-------------------------------	---------	---

Material para Diálise Peritoneal Ambulatorial Automática para 03 (três) meses:

MATERIAIS		CÓDIGOS SICAMs
ADULTOS	CRIANÇAS/ADOLESCENTES	
10 litros de Álcool 70% (40 almotolias)	10 litros de Álcool 70% (40 almotolias)	25934
05 litros Hipoclorito de Sódio no mínimo 1%	05 litros Hipoclorito de Sódio no mínimo 1%	3050
20 embalagens com 05 un. de Gaze estéril	20 embalagens com 05 un. de Gaze estéril	28436
03 unidades de Fita microporosa 25 x 10	03 unidades de Fita microporosa 25 x 10	1336
50 unidades de Seringa de 1 ml com agulha	50 unidades de Seringa de 1 ml com agulha	924
100 unidades de Agulhas 25 x 07	100 unidades de Agulhas 25 x 07	59488 (em caixa)

Material para Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua para 03 (três) meses:

MATERIAIS		CÓDIGOS SICAMs
ADULTOS	CRIANÇAS/ADOLESCENTES	
10 litros de Álcool 70% (40 almotolias)	10 litros de Álcool 70% (40 almotolias)	25934
05 litros Hipoclorito de Sódio no mínimo 1%	05 litros Hipoclorito de Sódio no mínimo 1%	3050
20 embalagens com 05 un. de Gaze estéril	20 embalagens com 05 un. de Gaze estéril	28436
03 unidades de Fita microporosa 25 x 10	03 unidades de Fita microporosa 25 x 10	1336
50 unidades de Seringa de 1 ml com agulha	50 unidades de Seringa de 1 ml com agulha	924
100 unidades de Agulhas 25 x 07	100 unidades de Agulhas 25 x 07	59488

Material para Coletor Urinário de Cama para uso contínuo para um mês:		
MATERIAIS		CÓDIGOS SICAMs
ADULTOS	CRIANÇAS/ADOLESCENTES	
30 dispositivos nº X mm (Colocar SICAM de todos os nºs de coletor)	30 dispositivos nº X mm (Colocar SICAM de todos os nºs de coletor) (Coletor urinário externo)	25mm (P-62548)/ 30mm(M-62549)/ 35mm(G-62550) (01884 - Urgência)
04 bolsas coletoras	04 bolsas coletoras (Dispositivo de Cama)	1883 (62551 falta -adulto@pbh.gov.br)

Material para Coletor Urinário de Perna para uso contínuo para um mês:		
MATERIAIS		CÓDIGOS SICAMs
ADULTOS	CRIANÇAS/ADOLESCENTES	
30 dispositivos silicone nº X (Colocar SICAM de todos os nºs de coletor)	30 dispositivos silicone nº X (Colocar SICAM de todos os nºs de coletor) (Dispositivo Coletor de perna)	25mm (P-62548)/ 30mm(M-62549)/ 35mm(G-62550) (01884 - Urgência)
04 bolsas coletoras	04 bolsas coletoras	62552 (1882 Urgência)
01 fita elástica – encaminhar apenas na primeira remessa	1 fita elástica – encaminhar apenas na primeira remessa, somente se solicitado	62553

Material para Sondagem Nasoentérica para uso contínuo para três meses:		
MATERIAIS		CÓDIGOS SICAMs
ADULTOS	CRIANÇAS/ADOLESCENTES	
01 sonda nasoentérica no mínimo de 03 em 03 meses	01 sonda nasoentérica no mínimo de 03 em 03 meses	22471
02 pacotes de gaze (com 05 unid. cada) para higiene local	02 pacotes de gaze (com 05 unid. cada) para higiene local	28436

Material para Sondagem Nasogástrica para uso mensal:		
MATERIAIS		CÓDIGOS SICAMs
ADULTOS	CRIANÇAS/ADOLESCENTES	
02 sondas nasogástricas por mês nº X (Colocar SICAM de todos os nºs de sondas)	02 sondas nasogástricas por mês nº X (Colocar SICAM de todos os nºs de sondas)	Nº08-01541 / Nº10-01543 / Nº12-01701/ Nº14-01702 / Nº16-01703 / Nº18-01704 / Nº20-01714 / Nº22-01717
02 pacotes de gaze (com 05 unid. cada) para higiene local	02 pacotes de gaze (com 05 unid. cada) para higiene local	28436

Material para Sondagem de Demora para uso contínuo para um mês:		
MATERIAIS		CÓDIGOS SICAMs
ADULTOS	CRIANÇAS/ADOLESCENTES	
01 sonda de Foley nº X (Colocar SICAM de todos os nºs de sondas)	01 sonda de Foley nº X (Colocar SICAM de todos os nºs de sondas) (LATEX)	Nº08-01962 / Nº10-01991 / Nº12-01992 / Nº14-01993 / Nº16-01994 / Nº18-01995 / Nº20-01998 / Nº22-01999
02 pacotes de gaze (com 05 unid. cada) para higiene local	02 pacotes de gaze (com 05 unid. cada) para higiene local	28436
01 frasco de soro fisiológico de 500 ml	01 frasco de soro fisiológico de 500 ml	46945 Solicitar nominal por usuário no SISREDE (Fornecido pela farmácia local)
01 bolsa coletora de urina (sistema fechado)	01 bolsa coletora de urina (sistema fechado)	1883
01 tubo de Gel Anestésico 2% na 1ª remessa	02 tubo de Gel Anestésico 2% na 1ª remessa	1092-Solicitar nominal por usuário no SISREDE (Fornecido pela farmácia local)

Material para Aspiração de Traqueostomia para uso contínuo para um mês:		
MATERIAIS		CÓDIGOS SICAMs
ADULTOS	CRIANÇAS/ADOLESCENTES	
37 sondas Uretrais nº X (Colocar SICAM de todos os nºs de sondas)	37 sondas Uretrais nº X (Colocar SICAM de todos os nºs de sondas)	06(01838)/ 08(01843)/ 10(01845)/ 12(01846)/ 14(01915)/ 16(01922)/ 18(01924)
04 frascos de Soro Fisiológico 250 ml	04 frascos de Soro Fisiológico 250 ml	46946 Solicitar nominal por usuário no SISREDE (Fornecido pela farmácia local)
30 pacotes de gazinha (com 05 unid.cada)	30 pacotes de gazinha (com 05 unidades cada)	28436
07 seringas de 5 ml agulhadas (calibre 25X7)	07 seringas de 5 ml agulhadas (calibre 25X7)	916
01 caixa de luvas de procedimento <u>ou</u> luvas de plástico	01 caixa de luvas de procedimento <u>ou</u> luvas de plástico	Luvas de Procedimento: 1988 (P) / 1989(M) / 1990 (G) (comum) <u>OU</u> Luvas de Plástico - 01987 (ESTÉRIL)
XXXXXXXXX	01 Esparadrapo para curativo (58618) <u>ou</u> 01 Fita microporosa 25x10 (1336)	58618 (10X4,5) 1336 (25X10)

XXXXXXXXX	15 metros de cadarço para fixação (encaminhar apenas na primeira remessa)	31241
XXXXXXXXX	02 metros de látex para aspirador (a cada 03 meses)	3575
XXXXXXXXX	01 ambu (reanimador ambu infantil com bolsa e máscara de silicone (liberar para solicitações específicas, mediante relatório e prescrição médica)	4627(Ambú adulto) (7129) 4623(Ambú infantil-500 ml) (7130) 6759(Ambú neonatal-250 ml) (7131)
Colchão Piramidal (Liberar uma única vez)-Adulto ou Criança/Adolescente; mediante relatório e prescrição médica ou do enfermeiro.		22712



PREFEITURA
BELO HORIZONTE
