



Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas da UPA 24h

PCDT nº 08-2023

Data da elaboração:
28 de dezembro de 2022

Data da aprovação:
15 de janeiro de 2023

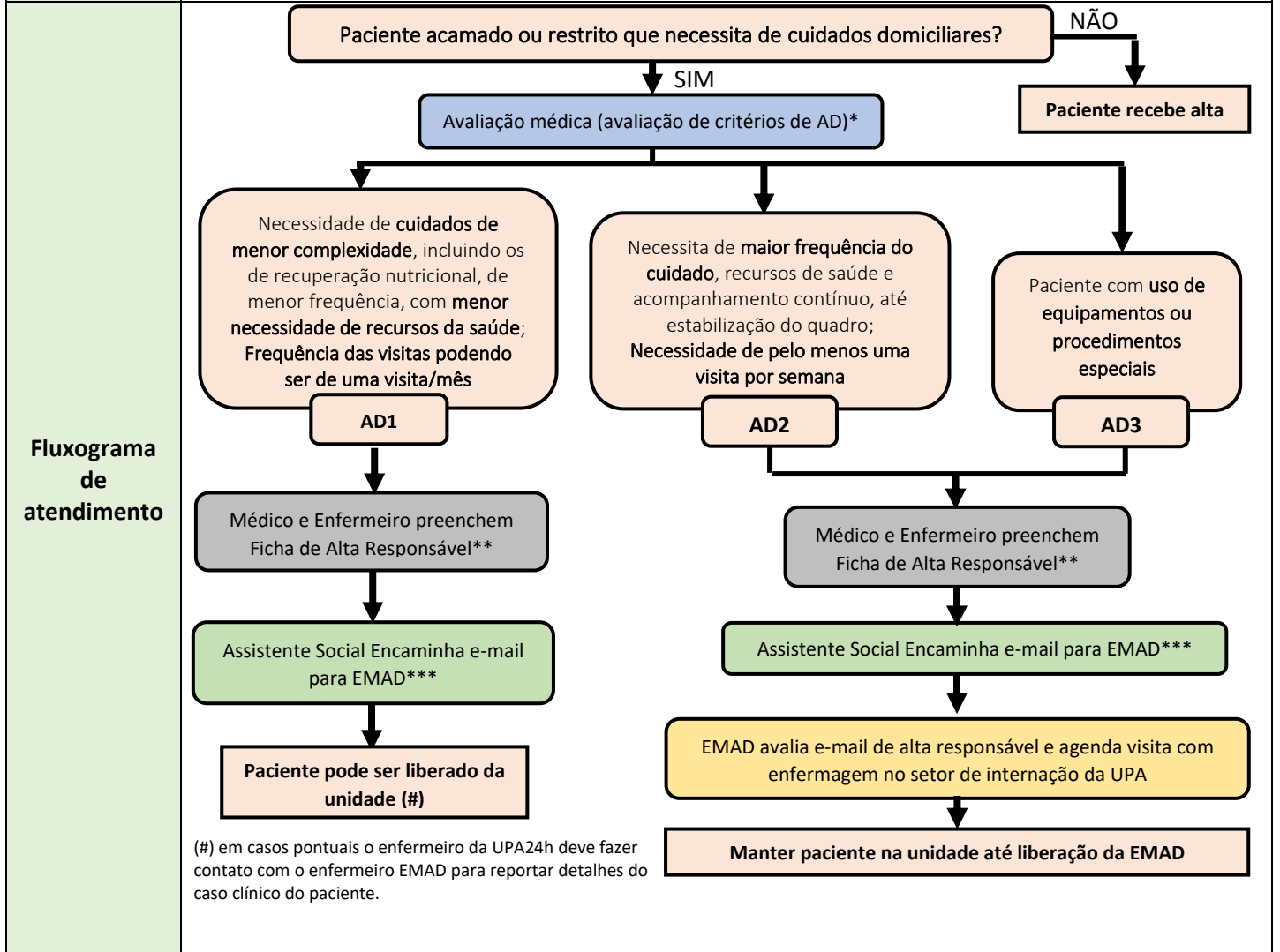
Validade:
2 anos

UPA 24h
Catanduva-SP

| Título | Protocolo de Alta Responsável UPA 24h ATENÇÃO DOMICILIAR: TRABALHO EM REDE - UPA E SAD (EMAD/EMAP) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|---|---|---|------------------------------|-------------|------------|---|---|------------------------|-------------|---|-------------|---|-------------|---|-------------|------------------------|
| Introdução | <p>A Atenção Domiciliar (AD) consiste em uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (RAS).</p> <p>Um dos eixos principais da AD é a “desospitalização”, proporcionando adequação no processo de alta hospitalar baseado no cuidado continuado no domicílio, diminuindo intercorrências clínicas e minimizando os riscos de infecções hospitalares, oferecendo suporte emocional necessário para pacientes em estado grave ou terminal e familiares, propondo autonomia para o paciente no cuidado fora do hospital.</p> <p>Este manual tem como objetivo principal a Articulação com a RAS, com o desenvolvimento de um fluxo otimizado de Alta Responsável, tendo sempre em vista a continuidade da assistência qualificada, com atendimento acolhedor e humanizado para o usuário e familiares.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SAD | <p>O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) deve ser organizado a partir do território, sendo referência em AD para uma população definida e se relacionando com os demais serviços de saúde que compõem a RAS, em especial com a atenção básica, atuando como matriciadores dessas equipes, quando necessário. A AD, no âmbito do SUS, deverá ser organizada em 3 modalidades, definidas a partir da caracterização do paciente cuidado e do tipo de atenção e procedimentos utilizados para realizar o cuidado dos mesmos:</p> <table border="1"><thead><tr><th>Modalidade</th><th>Perfil do usuário</th><th>Equipe prestadora do cuidado</th><th>Permanência</th></tr></thead><tbody><tr><td>AD1</td><td><ul style="list-style-type: none">- Problemas de saúde controlados/compensados;- Dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde;- Necessidade de cuidados de menor complexidade, incluindo os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos da saúde;- Frequência das visitas, a partir da avaliação clínica, de uma visita/mês;- Dentro da capacidade de atendimento da unidade de saúde</td><td><p>Equipes da Atenção Primária à Saúde (APS):</p><ul style="list-style-type: none">- Equipes de Saúde da Família (ESF)- Equipes de Atenção Primária (EAP)</td><td>Habitualmente contínua</td></tr><tr><td>AD 2</td><td><ul style="list-style-type: none">- Problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde;- Necessita de maior frequência do cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, até estabilização do quadro;- Necessidade de pelo menos uma visita por semana</td><td>EMAD + EMAP</td><td>Habitualmente temporária, pode ser contínua se não houver estabilização suficiente para cuidados em AD1</td></tr><tr><td>AD 3</td><td>Semelhante ao AD2, mas que faça uso de equipamentos/procedimentos especiais</td><td>EMAD + EMAP</td><td>Habitualmente contínua</td></tr></tbody></table> | Modalidade | Perfil do usuário | Equipe prestadora do cuidado | Permanência | AD1 | <ul style="list-style-type: none">- Problemas de saúde controlados/compensados;- Dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde;- Necessidade de cuidados de menor complexidade, incluindo os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos da saúde;- Frequência das visitas, a partir da avaliação clínica, de uma visita/mês;- Dentro da capacidade de atendimento da unidade de saúde | <p>Equipes da Atenção Primária à Saúde (APS):</p> <ul style="list-style-type: none">- Equipes de Saúde da Família (ESF)- Equipes de Atenção Primária (EAP) | Habitualmente contínua | AD 2 | <ul style="list-style-type: none">- Problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde;- Necessita de maior frequência do cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, até estabilização do quadro;- Necessidade de pelo menos uma visita por semana | EMAD + EMAP | Habitualmente temporária, pode ser contínua se não houver estabilização suficiente para cuidados em AD1 | AD 3 | Semelhante ao AD2, mas que faça uso de equipamentos/procedimentos especiais | EMAD + EMAP | Habitualmente contínua |
| Modalidade | Perfil do usuário | Equipe prestadora do cuidado | Permanência | | | | | | | | | | | | | | |
| AD1 | <ul style="list-style-type: none">- Problemas de saúde controlados/compensados;- Dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde;- Necessidade de cuidados de menor complexidade, incluindo os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos da saúde;- Frequência das visitas, a partir da avaliação clínica, de uma visita/mês;- Dentro da capacidade de atendimento da unidade de saúde | <p>Equipes da Atenção Primária à Saúde (APS):</p> <ul style="list-style-type: none">- Equipes de Saúde da Família (ESF)- Equipes de Atenção Primária (EAP) | Habitualmente contínua | | | | | | | | | | | | | | |
| AD 2 | <ul style="list-style-type: none">- Problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde;- Necessita de maior frequência do cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, até estabilização do quadro;- Necessidade de pelo menos uma visita por semana | EMAD + EMAP | Habitualmente temporária, pode ser contínua se não houver estabilização suficiente para cuidados em AD1 | | | | | | | | | | | | | | |
| AD 3 | Semelhante ao AD2, mas que faça uso de equipamentos/procedimentos especiais | EMAD + EMAP | Habitualmente contínua | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|--|---|
| | <p>OBJETIVOS DO SAD</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Implementar as ações de AD no Município de Catanduva; ✓ Diminuir complicações e o período de internação hospitalar e evitar reinternações; ✓ Otimizar leitos, reduzir custos; ✓ Assistir e apoiar a família/cuidador, ajudando com as atribuições junto ao familiar acometido, em conjunto e sob a supervisão da equipe de saúde; ✓ Orientar família/ cuidador quanto aos cuidados diários (diminuir nível de estresse, oferecer oficinas de cuidadores); ✓ Contemplar na formação acadêmica profissional da área da saúde sobre o cuidado domiciliar; ✓ Incentivar o desenvolvimento da responsabilidade da família, com relação à saúde e ao autocuidado em saúde; ✓ Estabelecer e estimular mecanismos de integração entre a rede de serviços de saúde e a família, dentro de uma abordagem sistêmica de cuidados à saúde. |
|--|---|

| | |
|--|---|
| <p>SAD Catanduva</p> | <p>COMPOSIÇÃO DA EQUIPE</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD): 04 técnicos de enfermagem; 01 enfermeiro; 01 médico e 02 fisioterapeutas ✓ Equipe Multiprofissional de Apoio: 01 psicólogo <p>HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO Funcionamento de domingo a domingo, sendo aos finais de semana a presença de apenas técnicos de enfermagem para suprir a demanda caso haja procedimentos a serem realizados. O horário de funcionamento: das 07h00 às 19h00.</p> |
|--|---|



| | |
|---------------------------------|--|
| | <p>*Ao solicitar avaliação da EMAD é essencial avaliar se o paciente se enquadra em algumas das modalidades descritas anteriormente;</p> <p>**As solicitações para avaliação da EMAD serão realizadas através da Ficha de Alta Responsável, em anexo a este protocolo, preenchido pela equipe assistencial</p> <p>***Será solicitado avaliação da EMAD através de e-mail enviado pela Assistente Social, com Ficha de Alta Responsável em anexo ao e-mail.</p> |
| Referência Bibliográfica | <ol style="list-style-type: none"> 1. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração das redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Rev Pan-Am Salud Publica 2008; 24(3):180-188. 2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Volume 2 Brasília: MS; 2013. |

| | | |
|---|---|--|
| <p>Elaboração: Camila de Santis Silva <i>Diretora Técnica SMS Catanduva-SP</i> COREN SP 433020 Izabela Dias Brugugnolli CRM SP 156833 RQE: 65773 / 52834</p> | <p>Revisão: Nelson Alves Pinheiro Neto COREN SP 0496985 Tiago Aparecido Silva COREN SP 140130 Francieli Lopes Amâncio CRESS 60.228 João Henrique Biagi COREN SP 503057</p> | <p>Aprovação: Adriano César de Araújo <i>Gerente Administrativo da UPA 24h</i> COREN SP 211942 Beatriz dos Santos Thimóteo CRM SP 191634 RQE 91041 / 910411</p> |
|---|---|--|