

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO "DR. MIGUEL RIET CORRÊA JÚNIOR"

DELIBERAÇÃO Nº 08/2001
CONSELHO SUPERIOR
EM 30 DE OUTUBRO DE 2001.

Dispõe sobre a implantação do Serviço de Internação Domiciliária no Hospital Universitário "Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior".

O REITOR DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE, na qualidade de Presidente do Conselho Superior do Hospital Universitário "Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior" - CONSUP, tendo em vista decisão desse Conselho, tomada em reunião do dia 30 de outubro de 2001,

DELIBERA:

Art. 1º Aprovar a implantação do Serviço de Internação Domiciliária, conforme documento em anexo.

Fundação Universidade Federal do Rio Grande
Em 30 de outubro de 2001.


PROF. CARLOS RODOLFO BRANDÃO HARTMANN
Presidente do CONSUP

**ESTRUTURA DO SERVIÇO DE INTERNAÇÃO
DOMICILIÁRIA NO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
"DR. MIGUEL RIET CORRÊA JÚNIOR"**

RESPONSÁVEIS:

**PROFª ENFª MSC. NALÚ PEREIRA DA COSTA KERBER
ENFª MSC. ELIANA PINHO DE AZAMBUJA
ENFª GICELDA MARIA PARDO VIEIRA
ENFª MIRIAM COELHO DIAS**

Aprovada pelo CONSUP em 30/10/2001.

Deliberação nº 08/2001

Rio Grande
2001



1 - INTRODUÇÃO

Há muitos anos, os trabalhadores do Hospital Universitário /HU têm se preocupado em visualizar formas diferentes de assistir à comunidade contemplando cuidados, não só à doença, mas à saúde, principalmente. Apesar dessa ser uma instituição hospitalar, em que são prestados uma infinidade de cuidados a pessoas doentes, e na qual há a predominância do modelo biomédico, centrado na cura, têm-se refletido em que, historicamente essa não tem sido a realidade vivenciada. A partir do momento em que foram criadas as instituições hospitalares, não houve essa "predominância", sendo que o cuidado prestado vem detendo-se única e exclusivamente nesse modelo.

Justamente por ser esse um Hospital Universitário, que se preocupa continuamente com a formação de seres humanos trabalhadores da saúde, assume uma grande responsabilidade na mudança desses modelos de atenção à saúde. No interior desse hospital já se encontram, sendo desenvolvidas diversas atividades que fogem a esse modelo tradicional e hegemônico, buscando aliar-se outros conceitos, novos paradigmas que venham complementar a assistência prestada. A assistência domiciliária é um exemplo, preocupando-se em assistir, inicialmente, um sujeito doente, porém, com todas as suas extensões, já que se propõe a assisti-lo em seu ambiente doméstico.

Acredita-se em um componente muito importante nesse tipo de trabalho, que é o aspecto da continuidade de atenção à saúde das pessoas, pois



são desenvolvidas atividades de cuidado no complexo saúde/doença da clientela e que, se caracterizam como uma extensão das ações desenvolvidas no âmbito hospitalar.

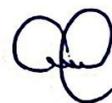
Alguns estudos nos Estados Unidos da América mostram que pacientes se recuperam mais rapidamente e vivem mais longamente no domicílio do que nas instituições de saúde e, também, que as famílias necessitam de apoio quando têm um membro enfermo, muitas vezes expressando sentimentos de medo, culpa, depressão, vergonha e raiva, entre outros, precisando esclarecimentos de suas dúvidas, angústias, desinformação, desconhecimento e auxílio no desenvolvimento de habilidades que facilitem o cuidado do familiar.

Em vista disso, e pelo fato de que mesmo sem condições econômicas e estruturais adequadas. O Serviço de Enfermagem têm se empenhado em levar adiante esta proposta de assistência domiciliária, é que se propõe, neste momento, que esse setor seja oficializado para que então, possa buscar parcerias e apoio do Ministério da Saúde (MS) para sua continuidade.

É importante esclarecer que o MS, através da Portaria nº 2416, de 23 de março de 1998, já estabeleceu requisitos para credenciamento e hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Sendo, portanto, uma questão de organização a criação desse serviço.

A relevância de um serviço dessa natureza já está bem clara, a partir do momento em que os órgãos oficiais já se mostram receptivos normatizando-o e observando a ação dos vários serviços que se encontram, sendo desenvolvidos no país. Porém, como forma de corroborar, apontamos algumas vantagens na Internação Domiciliar, que são apregoadas por uma grande contribuidora dessa área no país (Lacerda, 1996):

- Para o paciente: a proximidade do ambiente familiar acelera o processo de recuperação, a comodidade da Internação Domiciliária evita o deslocamento de familiares até o hospital;
- Para o médico: permite dar maior atenção aos pacientes que realmente necessitam de internação hospitalar, reduz os riscos de infecção hospitalar em seus pacientes;



- Para os hospitais: aumento da oferta de vagas devido à maior rotatividade dos leitos, aumento da lucratividade no uso de seus recursos;

- Para a família: pode estar com seu familiar, poder tratá-lo com toda a atenção possível, ter a oportunidade de fazer o que acredita ser o melhor, manter e/ou reforçar laços afetivos e/ou efetivos.

Nas leituras que se tem feito a respeito da experiência com essa modalidade de assistência, salienta-se a vital importância dessa na construção de um sujeito comprometido no exercício de seu direito à saúde, fomentando sua capacidade de auto-cuidado, uma vez que implica em educar e comprometer o agrupamento familiar no processo saúde/doença e suas possíveis complicações.

Pensando no contexto da saúde do município como um todo, reflete-se que, através do desenvolvimento desse serviço, diminui o número de internações hospitalares, otimizando os recursos econômicos da rede municipal de saúde, o que contribui para ampliar a qualidade e cobertura assistencial.

Há que se convir que, como já o tem considerado a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1974, 1975, 1980, 1981), os atuais sistemas de saúde não são suficientes para atender às necessidades da maior parte da população mundial. Reconhece, ainda, que esses sistemas necessitam passar por profundas mudanças, organizadas a partir das necessidades de saúde da população. É o que está sendo visualizado aqui, uma complementação de serviços em uma mesma instituição hospitalar, onde pode ser aliado serviços com alta complexidade, com propósitos diagnósticos e curativos a um serviço que tenha suas ações norteadas principalmente pelo processo educativo.

Refletimos que é preciso repensar a proposta atual de cuidados de saúde voltadas em sua maior parte ao hospital, com altos custos e pouca resolutividade no processo saúde/doença como um todo. Nesse sentido, a Internação Domiciliária vem se firmando, vem revolucionando a prática assistencial vigente e vem obtendo excelentes resultados. Portanto, acredita-se estar em um momento propício para tornar real atividades que vem sendo desenvolvidas não de forma imaginária, mas de forma ideológica não organizativas e sem estrutura funcional.



2 - OBJETIVOS

2.1 - Geral

Criar um Serviço de Internação Domiciliária direcionado aos pacientes pós-alta do Hospital Universitário, que venha a suprir suas necessidades de assistência, reabilitação, prevenção e educação em saúde, evitando, sempre que possível, o estresse e as dificuldades do paciente e seus familiares com a internação hospitalar.

2.2 - Específicos

- Proporcionar um cuidado mais humanizado aos pacientes;
- Aumentar rotatividade dos leitos hospitalares;
- Diminuir tempo de permanência dos pacientes internados;
- Educar paciente e família para o auto cuidado e cuidado de seu familiar;
- Proporcionar maior segurança e tranquilidade aos familiares e paciente;
- Evitar reinternações pelas mesmas causas;
- Promover uma assistência contextualizada com as condições sócio-econômicas-culturais do paciente e família;

- Construir um marco referencial e um modelo de assistência domiciliária;

- Aumentar a resolutividade na assistência à saúde;

- Aproximar trabalhadores da saúde e comunidade;

- Promover integração com os trabalhadores da saúde da rede básica de serviços de saúde;

- Permitir a utilização de um novo campo de estágio para os cursos de Medicina e Enfermagem;

- Buscar soluções práticas e inovadoras de cuidar;

- Realizar estudos e pesquisas que busquem melhorar a qualidade de vida e saúde da clientela;

- Adquirir material e equipamentos para o desenvolvimento do serviço;

- Operacionalizar a assistência domiciliária que já vem sendo desenvolvida no Hospital Universitário (HU), aliando outros trabalhadores da saúde e discutindo e planejando, para que haja uma forma coesa de trabalho e um caminho a ser seguido por todos;

- Regularizar a situação desse tipo de assistência à saúde no Ministério da Saúde (MS), buscando reconhecimento profissional e retorno financeiro ao HU, para que o serviço seja autosustentável.

3 - ORGANIZAÇÃO:

3.1 - Critérios gerais de seleção:

- portadores de doenças crônicas, como Insuficiência Cardíaca, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Acidente Vascular Cerebral e Diabetes;
- pacientes com idade superior a 65 anos com pelo menos três internações pela mesma causa/ procedimento em uma ano;
- pacientes acometidos por trauma com fratura ou por afecção ósteo-articular em recuperação;
- pacientes portadores de neoplasias malignas;
- em situação atual estável, sem problemas ativos de gravidade ou que requerem técnicas complexas de diagnóstico;
- com medicação a ser realizada pela equipe em intervalo não menores de 08 horas;
- situação social e familiar estável, com pelo menos um membro do agrupamento familiar comprometido com os propósitos do serviço;
- não portadores de transtornos psíquicos severos;
- em condições de seguir em domicílio um regime nutricional adequado;
- que concordem (paciente e família) com sua inclusão no serviço, por escrito;



- ter um membro do agrupamento familiar passível de capacitação para prestação do cuidado, após treinamento.

3.2 - Critérios específicos:

- manifesta, ele e sua família, sua concordância em participar do serviço;

- moradia em condições aceitáveis de higiene;
- tem diagnóstico definitivo feito pelo médico da unidade de origem;
- apresenta problemas ativos equacionáveis e tratáveis no domicílio;
- se necessitar de medicação, preferentemente via oral ou, se parenteral, com prazos não inferiores a 08 horas;
- pode seguir em domicílio regime dietético especial;
- sua situação pode ser acompanhada sem necessidade de recursos terapêuticos complexos.

4 - OPERACIONALIZAÇÃO

Com a Implantação do Serviço de Internação Domiciliária do HU/FURG pretende-se desenvolver as atividades da forma como se segue:

- 4 . 1 - Promover reunião da equipe interdisciplinar com os residentes, preceptores e enfermeiras da unidade de Clínica Médica;
- 4 . 2 - Encaminhar solicitação, por escrito, da avaliação da equipe, para inserção no serviço, com no mínimo 48 horas antes da previsão da alta;
- 4 . 3 - Realizar avaliação do paciente enquanto estiver internado na Unidade de Clínica Médica (Enfermeira e Assistente Social);
- 4 . 4 - Revisar prontuário do paciente e colher os dados necessários;
- 4 . 5 - Marcar encontro com familiar ou responsável pelo paciente para obter ou aceite de inserção no serviço;
- 4 . 6 - Atender aos pacientes inseridos no serviço no horário compreendido entre 08 e 18 horas;
- 4 . 7 - Reunir a equipe para discussão do caso e elaboração do plano de assistência;
- 4 . 8 - Enviar por escrito, a resposta da possibilidade ou não da inserção do paciente ao serviço;
- 4 . 9 - Emitir uma AIH assim que o paciente foi aceito;
- 4 . 10 - Atender, inicialmente, um número de 10 (dez) pacientes, podendo expandir, conforme o número de profissionais envolvidos;

4 . 11 - Preencher ficha de cadastro, folha de histórico, ficha de atendimento e evolução;

4 . 12 - Proceder à realização das visitas, conforme planejamento da equipe, sendo que a primeira sempre será realizada pela enfermeira;

4 . 13 - Marcar consulta ambulatorial com especialista, caso haja necessidade (Assistente Social);

4 . 14 - Trazer o paciente para atendimento no SPA/HU em casos de urgência/ emergência;

4 . 15 - Analisar a evolução do paciente, através de encontros semanais da equipe e decidir data da alta;

4 . 16 - Integrar a enfermeira da unidade básica de saúde mais próxima ao domicílio do paciente, ao serviço, para que essa passe a ser uma referência para esse paciente;

4 . 17 - Avisar a membros componentes do serviço, caso o paciente tenha tido a necessidade de internação hospitalar (família);

4 . 18 - Visitar o paciente na unidade de internação para esclarecer o motivo dessa;

4 . 19 - Elaborar protocolos de atendimento ao serviço;

4 . 20 - Utilizar dados relativos ao desenvolvimento do serviço para fins de pesquisa;

4 . 21 - Propor às Comissões dos Cursos de Medicina e Enfermagem a utilização desse serviço como campo de estágio;

4 . 22 - Construir um modelo de assistência à saúde baseado na assistência domiciliar.



5 - RECURSOS

5.1 - Recursos Humanos:

Com a criação do Serviço de Internação Domiciliária, a equipe interdisciplinar será composta inicialmente por:

Profissional	Especialidade	Sector
Prof. Msc. Nalú Kerber	Enfermeira	Dep. de Enfermagem/FURG
Msc. Eliana Azambuja	Enfermeira	HU/FURG
Gicelda M. Vieira	Enfermeira	HU/FURG
Miriam Coelho Dias	Enfermeira	HU/FURG
Maria Helene Ventura	Assistente Social	HU/FURG
Prof. Msc. Adriane Netto	Enfermeira	Dep. de Enfermagem/FURG
Sayonara Duarte Braz	Psicóloga	HU/FURG
Cláudia Dutra de Oliveira	Assistente Social	HU/FURG
---	Nutricionista	HU/FURG
---	Fisioterapeuta	HU/FURG
---	Clínico Geral	
---	Residente da Clínica Médica	HU/FURG
Maria Beatriz Amaral	Auxiliar de Enfermagem	



Na composição do serviço, atuam 04 (quatro) enfermeiros e 01 (um) auxiliar de enfermagem desenvolvendo as atividades paralelas a outras em diferentes setores. A partir do estudo piloto realizado no primeiro semestre de 2001, percebeu-se ser inviável continuar nesses moldes, tornando-se imprescindível a atuação de (01) um enfermeiro e 01 (um) auxiliar de enfermagem em horário integral, exclusivamente, no serviço. Sugere-se, para tanto, os nomes:

Enfermeiro: Miriam Coelho Dias

Auxiliar de Enfermagem: Maria Beatriz Amaral

5.2 - Recursos materiais:

- ✓ Ambulância, em condições de transporte de pacientes se necessário;
- ✓ Material para curativos e drenagens:
 - pinça Hemostática reta(10)
 - pinça anatômica(10)
 - pinça Kelly curva(10)
 - tesourinha para retirada de pontos(10)
 - cabo de bisturi(05)
 - porta agulhas(05)
- ✓ Maleta para transporte de material;
- ✓ Esfigmomanômetro e estetoscópio(02);
- ✓ Torpedo de oxigênio com aspirador montado no veículo(02);
- ✓ Termômetro(02);
- ✓ Ambu(01);
- ✓ Laringoscópio(01);
- ✓ Tubos orotraqueais n. 7,8,9;
- ✓ Abocath;
- ✓ Intracath;
- ✓ Computador;
- ✓ Impressora matricial;



- ✓ Balança tipo banheiro(01);
- ✓ Sondas para aspiração naso e orotraqueal, sonda nasogástrica, sonda nasoentérica, sonda vesical, cateter nasal;
- ✓ Seringas e agulhas;
- ✓ Soluções anti-sépticas;
- ✓ Medicação básica de urgência: Adrenalina, Atropina, Bicarbonato, Dopamina, Valium, Fenérgam, Dolantina, Lasix, Adalat, Capoten (05 de cada);
- ✓ Campos;
- ✓ Otoscópio(01);
- ✓ Oftalmoscópio(01);
- ✓ Produtos de utilização comum em suporte nutricional.
- ✓ Compressor de nebulização(02);
- ✓ Compressor de aspiração(02);
- ✓ Concentrador de oxigênio(02);
- ✓ Colchão piramidal(05);
- ✓ Suporte de soro desmontável(10);
- ✓ Cuba-rim(10);
- ✓ Cuba redonda(10);
- ✓ Pinça de assepsia(05);
- ✓ Equipos de gota e micro-gotas;
- ✓ Nebulímetros(10);
- ✓ Umidificador de oxigênio(05);
- ✓ Sistema fechado de urina;
- ✓ Óculos de proteção(02);
- ✓ Cânula de guedel;
- ✓ Cânula de traqueostomia descartável e metálica;

OBS.: Os treze primeiros itens são imprescindíveis para retomada dos trabalhos, na efetivação do serviço.



DELIBERAÇÃO Nº 022001
CONSELHO SUPERIOR
EM 30 DE OUTUBRO DE 2001

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Relatório sobre a implementação do Serviço
de Internação Domiciliar no Hospital
Universitário "Dr. Miguel Ruiz Garra

O grande desafio que existe para realizar um trabalho desta natureza é a necessidade que temos de nos desvincular de padrões pré-estabelecidos, do pensamento dominante de que "sempre foi assim e deu certo", ou "há anos que as coisas são assim, muitos tentaram mudar mas não deu em nada". Precisamos investir em cuidar com toda a responsabilidade do saber existente e do que ainda será descoberto. É preciso uma disposição para ir além do aqui e agora, mas é preciso serenidade para nos aprofundarmos também no aqui e agora, que é somente um instante.

Trabalhar com a saúde é cuidar, e cuidar é ouvir, ver, sentir e viver o ritmo da vida, refletindo sobre o caminhada necessária para este processo, pensamos que essa deve ser "como um rio que aprendeu a contornar seus obstáculos e tem seu próprio trajeto e percurso. Precisamos estar atentos e procurar observar o que nos descortina às margens." (Lacerda, 1996, p.83)

Fundação Universidade Federal do Rio Grande
Em 30 de outubro de 2001.



PROF. CARLOS RODOLFO BRANDÃO HARALAMIN
Presidente do CUNIA

