



POLÍTICA NACIONAL DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR



I. Introdução:

O Ministério da Saúde está propondo a implantação da Política Nacional de Internação Domiciliar como uma alternativa de atenção. Considerando a necessidade do aprimoramento do cuidado ofertado aos usuários do sistema de saúde, e a implementação de alternativas de cuidado que contribuem para a integralidade na rede de serviços de saúde.

Segundo documento preliminar do Ministério da Saúde as experiências de atenção domiciliar, tem sido implantadas sem a definição de uma política nacional.

Existe a perspectiva de promover a desospitalização por questões não relacionadas diretamente ao projeto terapêutico individual, tais como garantia da continuidade de uso de medicamentos, disponibilidade de material médico hospitalar etc.

A proposta prevê que o modelo a ser implantado pelos municípios e/ou unidades da federação não será único, pois as condições locais que incluem: questões habitacionais, sociais, culturais, formação de equipe, rede básica, decisão do gestor, cuidados, entre outros precisam ser consideradas.

III Objetivo Geral - disponibilizar a população um conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção ao paciente com quadro clínico que exijam cuidados e necessidade de tecnologia especializada, mas que não necessitam de internação hospitalar.

IV. Objetivos Específicos:

- Evitar hospitalização desnecessária, ofertando uma melhor alternativa assistencial;
- Humanização do Cuidado;
- Resgate da autonomia do usuário/família;
- Processos de “alta assistida”;
- Períodos maiores livres de intercorrências hospitalares em pacientes crônicos;
- Redução do sofrimento de forma humanizada em situação de cuidados paliativos.

V. Conceitos

- **Cuidador** – pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.



- **Internação Domiciliar** – conjunto de atividades prestadas no domicílio, a pacientes que exijam atenção mais intensa, mas que possam ser mantidos em casa, desde que disponham de atenção contínua de um cuidador treinado e supervisão por pelo menos um membro da equipe de saúde; Direcionado à pacientes com agravos agudos, ou crônicos agudizados, cuja internação hospitalar pode ser evitada caso lhes seja assegurada assistência em casa. Evidentemente necessitam cuidados mais freqüentes, sobretudo médicos e de enfermagem. Seu alcance é tanto maior quanto mais intensivo for o cuidado ofertado em casa, e quanto mais ágil e eficiente for à retaguarda para uma eventual internação.

VI. FLUXOS DE REFERÊNCIA

A equipe de internação domiciliar pode ser acionada por:

- Hospital de referência
- Rede básica (PSF ou outras estratégias)
- Serviços de urgência e emergência

Referências para internação domiciliar:

1. Caso de urgência:
 - Samu
 - Hospital de referência
2. Casos eletivos:
 - Rede básica
 - Complexos reguladores (central de marcação etc.)

VII. Critérios de inclusão

Até a publicação do protocolo nacional cada gestor deverá estabelecer os critérios que deverão ser seguidos pelo seu serviço de Internação Domiciliar. Sugerem-se como critérios de priorização no Serviço de Internação Domiciliar os seguintes itens:

Clínicos:

➤ idosos, pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas agudizados clinicamente estáveis, pessoas que necessitam de cuidados paliativos, e pessoas com incapacidade funcional provisória ou permanente, com internações prolongadas ou re-internações, que demandam atenção constante.

Administrativos:

- apresentar condições seguras de acesso ao domicílio do usuário;

- residir na área coberta pelo serviço;
- Ter cuidador/responsável, que deverá assinar um termo de compromisso e responsabilidade.

Assistenciais:

- possuir um responsável que exerça a função de cuidador;
- possuir no domicílio recursos mínimos de infra-estrutura;
- ter um médico que se responsabilize pela sua indicação.

VIII. EQUIPE

O núcleo mínimo das equipes deverá ser constituído por médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem. Os demais profissionais, a critério do gestor local, poderão ser inseridos matricialmente, em caráter de compartilhamento com outras equipes ou programas assistenciais, considerando o perfil dos pacientes a serem atendidos.

As equipes devem ser vinculadas a uma unidade hospitalar ou pré-hospitalar fixo.

IX. Capacidade de atendimento da equipe

Estima-se que cada equipe tenha capacidade de atender a média de 30 internações domiciliares/mês, com média de permanência de 30 dias.

Inicialmente fica estabelecida uma equipe para uma base populacional de até 200 mil habitantes, mas também devem ser considerados o padrão demográfico territorial e o perfil epidemiológico da população a ser atendida.

X. GESTÃO E FINANCIAMENTO**A. GESTÃO**

Critérios para seleção dos municípios e estados:

- Possuir SAMU, ou fazer parte de SAMU regional;
- Existir Sistema de Referência e Contra-referência com a rede;
- Apresentar projeto, que contenha os protocolos clínicos e de gestão do cuidado, aprovado pelo respectivo conselho de saúde;
- Formalizar o Projeto de Implantação junto a SES após aprovação no conselho, com vistas à apreciação pela CIB;
- Ter hospital público ou filantrópico de referência para vinculação das equipes e seus usuários;
- Adesão à Política Nacional de Humanização.

Poderão ser aprovados projetos de cooperação entre municípios, desde que consorciados até pelo menos atingirem o volume de economicidade mínima. Este projeto deverá ser aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB e neste caso a transferência dos recursos ocorrerá em favor do município conforme o pactuado. Estes projetos visam favorecer o estabelecimento de medidas que diminuam a iniquidade inter-regional observada no país.

Os projetos de implantação da Internação Domiciliar devem:

- apresentar os mecanismos de garantia de acesso dos usuários, dos Serviços de Internação Domiciliar, às especialidades;
- apresentar grade de referência com as respectivas disponibilidades;
- estabelecer a forma de transporte sanitário a ser utilizado nos deslocamentos, atendendo às necessidades em tempo ótimo;
- apresentar referência hospitalar para internação;
- Apresentar mecanismos de garantia de fornecimento de D.O. em situação de óbito no domicílio;
- Para implantação em 2006 serão priorizados os municípios e ou unidades da federação inseridos no QUALISUS e os que já têm a política implantada.

B. FINANCIAMENTO

A proposta de financiamento estabelece a alocação de recursos para investimento, que será repassado em cota única, custeio, por equipe, de forma global.

MINISTÉRIO DA SAÚDE:

Custeio: R\$ 20.000,00 por equipe/mês - Repasse realizado por incentivo Fundo - a - Fundo para os Municípios que aderirem a esta Política;

Investimento: R\$ 50.000,00 por equipe; repasse para investimento inicial realizado em cota única.

MUNICÍPIOS E/OU ESTADOS

Custeio: co-financiamento das equipes disponibilizando os recursos necessários à implantação e manutenção desta Política, inclusive medicamentos e insumos.

Investimento: Recursos destinados à aquisição de equipamentos necessários ao funcionamento da equipe tais como:

- Estetoscópio, esfigmomanômetro, glicosímetro e otoscópio;
- Caixa com equipamentos para atendimento de urgência;

- Oxímetro de pulso;
- Nebulizador portátil.

XI - AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

A responsabilidade pela avaliação e monitoramento desta Política é dos gestores do SUS. Em relação à definição de indicadores e metas, pode ser considerado que:

- durante a avaliação do processo de implantação, há que se buscar o levantamento do perfil e prevalência da população, através de estudos e pesquisas, para que o parâmetro utilizado seja baseado nas necessidades e não na demanda;
- deve ser feita uma discussão aprofundada, a partir dos sistemas de informação existentes, com objetivo de adequar um instrumento de coleta de dados mínimos necessários para o acompanhamento da política em nível nacional;
- é fundamental o cadastro dos usuários da Internação Domiciliar no Cartão Nacional de Saúde;
- o instrumento a ser utilizado será AIH de Internação Domiciliar.