



SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR – SAD

Atenção Domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde – RAS.

É um serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar a internação hospitalar.



OBJETIVO

Redução da demanda por atendimento hospitalar

Redução do período de permanência de usuários internados.

Humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários.

Desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS.



PARA QUEM É INDICADO?

Para pessoas 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 o tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, familiar e cuidador.



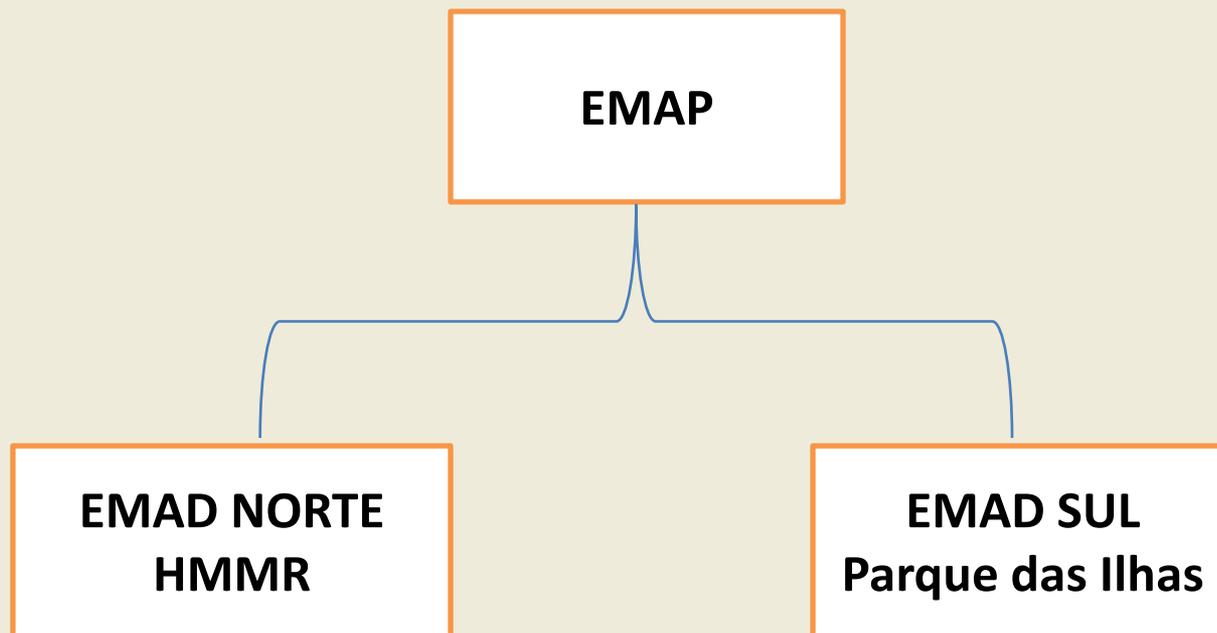
QUANDO ELE NÃO É INDICADO

É inelegível para o SAD o usuário que apresentar:

- Necessidade de monitoração contínua;
- Necessidade de assistência contínua de enfermagem;
- Necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência;
- Necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento.



EQUIPES DO SAD EM VOLTA REDONDA



FORMAÇÃO DAS EQUIPES

Coordenação do Serviço de Atenção Domiciliar

EMAD's {
01 Médico (40 horas)
01 Enfermeiro (40 horas)
01 Fisioterapeuta (40 horas)
03 Técnicos de Enfermagem (40horas)

EMAP {
01 Fonoaudióloga (40 horas)
01 Nutricionista (40 horas)
01 Psicóloga (40 horas)

02 Administrativos (40 horas)

02 motoristas (40 horas)



CUIDADOS PALIATIVOS

O Cuidado Paliativo não se base em protocolos mas sim, em princípios. Não se fala mais em terminalidade, mas em doença que ameaça a vida.

Indica-se o cuidado desde o diagnóstico, expandindo nosso campo de atuação.

Não falaremos também em impossibilidade de cura, mas na possibilidade ou não de tratamento modificador da doença, desta forma afastando a idéia de “não ter mais nada o que fazer”.

Pela primeira vez uma abordagem inclui a espiritualidade dentre as dimensões do ser humano.

A família é lembrada, portanto assistida também após a morte do paciente, no período de luto.



INSERÇÃO DO SAD NA REDE DE SAÚDE

Participação nas reuniões e oficinas de rede:

Atenção Básica

Média e Alta Complexidade

Área Programática

Vigilância em Saúde

Colegiados dos Territórios de Saúde



INTERFACE COM OUTRAS ENTIDADES PÚBLICAS E PRIVADAS

- Secretaria Municipal de Ação Comunitária
- Funerária Municipal
- Associações de Moradores
- Entidades religiosas
- Pastoral da Saúde
- Conselho do Idoso
- Conselho Tutelar
- Ministério Público
- Grupo de Apoio a Pessoas com Câncer (GAPC)
- Entre outros





ORIENTAÇÕES E APOIO AOS FAMILIARES



CUIDADOS COM O PACIENTE





CUIDADOS COM O PACIENTE



ORIENTAÇÕES E APOIO AOS FAMILIARES



CUIDADOS NO FINAL DA VIDA



HUMANIZAÇÃO
COMO UMA
TECNOLOGIA DE
CUIDADO EM SAÚDE





CUIDADOS NO FINAL DA VIDA



PREPARO DO CORPO

“Esse momento é tratado com a reverência que se impõe, pois está diante de nós o corpo que abrigou o sujeito com o qual convivemos por um determinado tempo.

Faz-se necessário resgatar e manter sua integralidade, que pode ter sido desfeita por conta do processo da doença e suas manifestações, devolvendo ao mesmo sua dignidade, o sentido de “ter sido pessoa”.

Esse momento nos convoca a manter nossos princípios da palição – “cobrir com o manto” – realizando um procedimento não apenas como mais uma tarefa a cumprir racionalmente, mas como um fazer que exija além da competência técnica uma capacidade crítica, criativa, de sensibilidade, compromisso e ética, imprimindo sentido ao nosso fazer.”

SOUZA, 2012





PREPARO DO CORPO





PREPARO DO CORPO



PREPARO DO CORPO

“Enquanto equipe de cuidados paliativos, devemos lembrar que cada pessoa tem sua singularidade e merece nosso respeito e dedicação diante da sua terminalidade e morte, exigindo a manutenção de uma sensibilidade cuidadora constante no preparo do corpo - que nos é sagrado - porque representou um sinal de todas as alianças do homem consigo mesmo, com o seu passado, sua história, com o ambiente que o cercava, com o que ele acreditava”...



VISITA DE LUTO

A visita de luto tem como propósito entender como esse familiar vivenciou o processo de adoecimento e morte de seu ente querido, dando oportunidade de falar sobre seu sofrimento com uma escuta qualificada.

Usamos um questionário para uniformizar as perguntas com vista a posterior estudo/pesquisa.

Entre outras perguntamos:

O que fez com os pertences materiais do morto?

Se já retornou às atividades cotidianas?

Em que nossa equipe contribuiu nesse momento do processo de morrer?

Houve alguma falha da equipe?

Ficou alguma coisa que você gostaria de ter falado para ele(a) e não conseguiu?



DADOS ESTATÍSTICOS

Nº Pacientes atendidos março 2009 a Novembro 2016: 1.330

Nº Pacientes em Atendimento: 166

Nº Pacientes com Oxigenoterapia Domiciliar: 21

Nº Pacientes em uso de Ventilação não invasiva:
BIPAP : 02 / CPAP: 03

Óbitos no domicílio: 288 pacientes - (37,94%)

Óbitos em hospital: 471 pacientes - (62,06%)

Visitas de luto realizadas: 454 (60,45%)

Visitas de luto não realizadas: 297 (39,13%)

Fonte: controles internos do SAD





“Saber que somos capazes de ajudar alguém a se sentir melhor, sem tecnologia e sem máquina e com somente duas mãos, coração e mente.

Este é o maior privilégio que nós profissionais podemos usufruir.”

MCCOUGHLAN, 2004, p.175

REFLEXÃO

“CONHEÇA TODAS AS TEORIAS, DOMINE TODAS AS TÉCNICAS, MAS AO TOCAR UMA ALMA HUMANA SEJA APENAS OUTRA ALMA HUMANA”.

Carl Jung



PREFEITO MUNICIPAL
Antonio Francisco Neto

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Marta Gama de Magalhães

Contato

sad.sms@epdvr.com.br

marta.sad@epdvr.com.br

