

8º. Prêmio FBAH de Administração Hospitalar 2012

PROJETO: 0045/2012

**PID – Programa de Internação Domiciliar Hospital
Geral Público de Palmas “Dr. Francisco Ayres”**



DADOS DO CANDIDATO

Allan Jacqueson Barbosa Lobo, brasileiro, solteiro, natural de Nova Venécia/ES, nascido em 14 de Outubro de 1.975, filho de Olete Barbosa Lobo e Avelino Lobo. **Identidade:** 29912402-2 SSP/SP, **CPF:** 031912487-81, Registrado no Conselho Regional de Administração do Tocantins com o no. , Contatos: 63 8107-7766/21 3546-0375, **e-mail:** allan.lobo@prosaude.org.br e allan.jacqueson@yahoo.com.br domiciliado na

Formação Acadêmica:

Graduado em Administração com Habilitação em **Administração Hospitalar**, pelo Centro Universitário São Camilo/SP – 1996, **Pós-graduado em “Gerenciamento de Micro e Pequenas Empresas”** pela Universidade Federal de Lavras/MG, 2000, e em **Acreditação: Qualidade em Serviços de Saúde** pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais e Organização Nacional de Acreditação - ONA, 2009.

Experiência Profissional:

1993/1996: S. B. São Camilo, Cargo: Estagiário Residente em Administração Hospitalar e

1996/2000: Hospital Comunitário de Arraias/TO, Cargo: Diretor Geral;

2000/2002: Pró-Saúde - Hospital Comunitário de Xambioá/TO, Cargo: Diretor Geral e

2001/2002: Secretaria Municipal de Saúde de Xambioá, Cargo: Secretário Municipal de Saúde de Xambioá, **2002/2003:** Hospital Comunitário de Augustinópolis/TO, Cargo: Diretor Geral;

2003/2008: Governo do Estado do ES - Hospital Dr. Roberto Arnizaut Silveiras/ES - Cargo: Diretor Geral;

2008/2009: Pró-Saúde - Hospital Regional do Baixo Amazonas - PA - Cargo: Diretor de Atenção Diagnóstica e Terapêutica, **2009:** Pró-Saúde – Projeto PPP Lima/Perú – Cargo: Consultor Administrativo, **2010:** Pró-Saúde – Projeto Alagoas – Cargo: Consultor Administrativo e **2011/2012:** Pró-Saúde – Projeto Tocantins – Cargo: Coordenador Operacional dos Hospitais da Região Metropolitana de Palmas (HMSRSC, HIPP, HGPP, HRPM e HMPTD).

DADOS DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

- **Histórico da instituição:**

Substituindo o antigo Hospital Comunitário de Palmas, criado em 1.989, o atual **HGPP - Hospital Geral de Público de Palmas “Dr. Francisco Ayres”** foi inaugurado em 10 de agosto de 2005, com 36 mil m² de área construída.

- **Contexto em que está inserida:**

O Hospital de referência para o estado do Tocantins e também para o sul do Pará, Sul do Maranhão, Bahia e Mato Grosso.

- **Localização e identificação da instituição:**

Quadra 201 Sul, Av NSA, 1 - Plano Diretor Sul Palmas - TO, 77015-205 – Fone 63 3218-7802. CNPJ 242328860115-25

- **Número de habitantes da região que abrange:**

Palmas, possui 235.315 habitantes, porém é referência para todo o estado do Tocantins com população de 1.383.453 habitantes, além pacientes oriundos dos estados limítrofes.

- **Número de leitos:**

Especialidades	Leitos
Clínica Médica (diversas especialidades)	108
Clínica Cirúrgica/Ortopédico	96
UTI Adulta	26
UTI Pediátrica	08
TOTAL DE LEITOS	238
Leitos de Internação Domiciliar	20
Leitos de Emergência (com pacientes internados)	106
TOTAL GERAL	364

Fonte: Plano Estatístico do Hospital Geral Público de Palmas “Dr. Francisco Ayres”

- **Atendimentos da instituição (Janeiro/2.012):**

Serviço	Janeiro/2012
Internações	1.297
Cirurgias	720
Pacientes Saídos	1.267
Consultas Ambulatoriais (3.027) + Urg./Emergência (3.027)	6.087
Laboratório de Análises Clínicas/Anatomia Patológica	37.293
Radiologia (Raios X e Mamografia)	5.434
Eletrocardiografias (49) + Ecocardiografia (128)	177
Hemodiálise (Sessões)	2.334
Hemoterapia (transfusões)	848
Endoscopias	141
Ultrassonografias	495
Tomografia Computadorizada	737
Ressonância Nuclear Magnética	222
Fisioterapia (Sessões)	4.836
Fonoaudiologia (420) + Psicologia (2.077)	2.497
Hemodinâmica	120
Outros	111

Fonte: Plano Estatístico do Hospital Geral Público de Palmas "Dr. Francisco Ayres"

- **Número de colaboradores:**

Colaborador	Estado	CLT	Total
TOTAL	1.225	731	1.956

Fonte: Diretoria Administrativa e Financeira do Hospital Geral Público de Palmas "Dr. Francisco Ayres"

- **Quantidade de instituições de saúde do mesmo setor na região:** 17 Hospitais no estado.

- **Tipos de serviços prestados:**

Hospital Geral de Palmas com 238 leitos de internação convencional, 20 leitos de internação domiciliar, ambulatório de especialidades e Pronto Socorro 24 horas, atua como referência em média e alta complexidade em mais de 27 especialidades médicas.

Palmas-TO - Abril/2012 - SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
1. Liderança:	7
1.1. Organização da Equipe de Trabalho:	7
2. Planejamento Estratégico:	8
2.1. Análise de Cenário:	8
2.2. Características Técnicas do PID:	10
2.2.2. Estabelecimentos de Saúde vinculados para o serviço:	10
2.3. Fatores Críticos:	10
2.4. Fatores de Sucesso:	11
2.5. Prazos, responsabilidades e cumprimento de Metas (Cronograma/Plano de Ação):	11
2.6. Indicadores:	11
a) Indicadores Planejados:	11
a1) Indicadores de Avaliação:	11
a2) Indicadores de Resultados:	12
b) Indicadores Apurados referentes a 12 de dezembro (data de inauguração) a 31 de março:	12
2.7. Planejamento Financeiro:	14
2.7.2. Investimentos/Equipamentos/Mobília:	14
2.7.3. Custo com Pacientes:	14
2.8. Foco no Cliente:	15
2.8.1. Fluxo de Identificação das necessidades dos clientes (usuários):	16
2.8.2. Satisfação do Usuário:	16
3. Gestão de Processos:	16
3.1. Novas Tecnologias:	17
3.2. Instrumentos Normativos (Instruções de Trabalho):	17
3.3. Ferramentas Gerenciais de controle e avaliação:	18
4. Gestão de Pessoas:	18
4.1. Atribuições da Equipe de Trabalho:	18
4.2. Equipe do PID:	22
4.3. Plano de Capacitação e Desenvolvimento do Projeto:	22
4.4. Monitoramento da Satisfação dos Participantes do Projeto:	23
5. Relação com Fornecedores:	23
6. Responsabilidade Social e Ambiental:	23
7. Resultados Financeiros:	24
8. Conquistas de Certificações, Acreditações e Prêmios:	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25

INTRODUÇÃO

O Programa de Internação Domiciliar – PID que o atendimento de pacientes moradores na cidade de Palmas, cujo benefício se traduz na redução dos riscos decorrentes das internações de longa permanência, no tratamento dos pacientes com dificuldade de locomoção e nos cuidados de prevenção de doenças.

A criação do PID no HGPP justificou-se devido a rede hospitalar Pública manter-se congestionada há muitos anos, traduzida por longas filas de espera, principalmente para os procedimentos eletivos. A limitação de recursos disponíveis, o alto índice de permanência nos leitos hospitalares, tanto clínicos como cirúrgicos concorrem para o acúmulo da demanda reprimida, retardando o atendimento e na maioria dos casos, tornando-os mais complexos e, portanto de maior custo.

A criação do PID proporcionou qualidade da assistência prestada ampliando a oferta de serviços de saúde, desospitalização de pacientes idosos, com AVC's, doenças crônica e degenerativas e outras patologias, reduzindo a média de permanência da internação hospitalar convencional e ofertando os leitos desocupados para outras enfermidades.

A Internação Domiciliar pode ser definida como uma atividade de cuidados à saúde realizada no domicílio, como alternativa à hospitalização, para paciente com quadro clínico estável e que dependa continuamente de cuidados especializados de uma equipe multiprofissional, coordenada e supervisionada por um médico. Envolve transferência de aparato tecnológico específico para o domicílio, disponibilidade de serviços de transporte externo para emergências, exames especializados, fornecimento de medicamentos e monitoramento constante do paciente e da família.

O novo serviço proporcionou assistência e vigilância a saúde no domicílio, dentro dos princípios do SUS, através do atendimento, da internação, do acompanhamento domiciliar, e da visita domiciliar, redefinindo conceitos e critérios para inclusão e alta dos pacientes, sistematizando a coleta de dados do programa para avaliar e organizar a assistência prestada, incentivando a participação de toda equipe de saúde do HGPP no Programa, delegando atividades conforme qualificação e níveis de competência, buscando um trabalho de efetivo, continuado e de qualidade, desenvolvendo assim no domicílio atividades preventivas e de promoção da saúde ao usuário e sua família, assistindo e apoiando a família, ajudando-a a assumir atribuições com o familiar doente, em conjunto e sob supervisão da Equipe de Saúde, capacitando cuidadores domiciliares leigos para atenção a saúde no domicílio.

1. Liderança:

O Presente projeto foi elaborado atendendo a solicitação do Secretário de Estado da Saúde do Tocantins até então Dr. Arnaldo Alves Nunes, onde solicitou que os dirigentes da Pró-Saúde – ABAH, gestora dos Hospitais Públicos estaduais, como Organização Social, apresentassem algo inovador e que pudesse ser implantado no estado. Buscou-se no Estado do Espírito Santo, uma experiência exitosa e qual estávamos a frente da implantação naquela data, o Programa de Internação Domiciliar, ao qual reescrevemos aos moldes das necessidades e cultura local.

Convencido o Secretário de Estado, foi amplamente divulgada com a comunidade hospitalar a importância da estruturação desse novo serviço. Assim para ser facilitadora junto aos profissionais, a médica do Programa de Internação Domiciliar do Hospital Dr. Roberto Arnizaut Silves, do município de São Mateus/ES, esteve por uma semana em Palmas onde pode interagir com os chefes médicos do HGPP e capacitar toda a equipe já selecionada por processo que considerou as aptidões, a formação acadêmica, a inserção na cultura local. Neste período foram construídas a estrutura física e gerencial (as instruções de Trabalho e as atribuições de cada membro da Equipe), bem aquisição dos insumos necessários para execução das atividades.

O Projeto foi elaborado a luz da legislação em vigor: Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, que dispõe sobre a regulamentação da assistência domiciliar no âmbito do SUS; Portaria do Ministério da Saúde nº 2529, de 19 de outubro de 2006, que institui a internação domiciliar no âmbito do SUS; Resolução da ANVISA nº 11, de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar.

1.1. Organização da Equipe de Trabalho:

Tomando por base as legislações pertinentes e experiências exitosas acerca da prática da internação domiciliar projetou-se o Dimensionamento de Pessoal, assim distribuído:

Tabela: Dimensionamento da Equipe do PID para 20 leitos

Função	8h	Manhã 6h	Tarde 6h	Folguista	Total
Gerente do Serviço (Enfermeiro)	01	-	-	-	01
Médico	01	-	-	-	01
Enfermeiro	01	-	-	-	01
Assistente Social*	-	01	01	-	02
Fisioterapeuta	-	01	01	-	02
Psicólogo*	-	01	-	-	01
Nutricionista*	01	-	-	-	01
Técnico de Enfermagem	-	02	01	01	04
Auxiliar Administrativo*	01	-	-	-	01
Auxiliar de Limpeza*	01	-	-	-	01
Motorista	01	-	-	-	01
Total	07	05	02	01	16

NOTA1: *Profissionais dimensionados para até duas equipes - ** Profissional dimensionado para até 06 equipes

NOTA2: Demais profissionais tais como especialidades médicas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, e outros que pertencem ao quadro multiprofissional do Hospital poderão atuarão de forma complementar e agendada.

2. Planejamento Estratégico:

2.1. Análise de Cenário:

Em dez/2009 Palmas estava com uma média de 1,5 leitos de internação (SUS) por 1000 habitantes. Observa-se o maior número de internações hospitalares, as especialidades de clinica cirúrgica com 8.534 internações/100 habitantes (41,3%), com uma média de permanência de 4,2, seguida pela clinica médica com 4.321 internações/100 habitantes (21,1%) e média de permanência de 2,2. As morbidades hospitalares de maior incidência; observam-se as neoplasias, na faixa etária de 50 a 64 anos, com 4,9%; doenças do aparelho circulatório na faixa etária de 65 e mais, com 28,1%; doenças do aparelho digestivo, na faixa etária de 65 anos e mais, com 13,6%; doenças do aparelho geniturinário, na faixa etária de 65 anos e mais com, 7,7% e causas externas na faixa etária de 20 a 49 anos com 16%.

O Serviço de Atenção Domiciliar – SAD que visa o atendimento de pacientes de todas as idades, moradores na cidade de Palmas, cujo benefício se traduzirá na redução dos riscos decorrentes das internações de longa permanência, no tratamento dos pacientes com dificuldade de locomoção e nos cuidados de prevenção de doenças. Uma vez que 70% das doenças são passíveis de tratamento em domicílio, propiciará a redução da média de permanência e agilização da alta hospitalar, proporcionando, assim, o aumento na oferta de leitos.

Tabela: Principais internações no HGPP passíveis de internação domiciliar

JANEIRO A NOVEMBRO DE 2011												
Procedimento Realizado	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Total
0303030038 Tratamento de Diabetes Mellitus	4	5	8	7	7	14	7	9	9	5	7	82
0303040149 Tratamento de AVC (Isquêmico ou Hemorrágico)	20	28	16	25	22	36	20	17	19	14	19	236
0303060212 Tratamento de Insuficiência Cardíaca	19	26	29	12	26	23	31	7	11	6	10	200
0304100013 Tratamento de Intercorrências Clínicas de Paciente Oncológico	16	17	7	7	6	4	13	1	0	1	0	72
0415030013 Tratamento Cirúrgico de Politraumatizado	102	120	92	132	136	157	46	75	152	174	76	1.262
Total	161	196	152	183	197	234	117	109	191	200	112	1.852

Fonte: Faturamento do HGPP

2.1.1. População Alvo do PID:

Pacientes do HGPP com estabilidade hemodinâmica e metabólica que não dependam de equipamentos de sustentação; acamados em geral, com sequelas neurológicas; pacientes com sequelas de AVC; pacientes em uso de SNE ou Gastrostomia; pacientes com neoplasia terminal; pacientes com úlcera de pressão para curativos orientados; pacientes com DPOC; pacientes traqueostomizados estáveis; pacientes em PO tardio e em término de antibioticoterapia; pacientes que necessitem de medicamentos uma vez por dia; pacientes que dependem de exames especializados; pacientes que estejam aguardando determinados tratamentos especializados.

2.1.2. Critérios para Inclusão ao PID:

Ser paciente internado no HGPP; ser paciente crônico com possibilidade de reinternação; residir na zona urbana; ter um familiar responsável para realizar os cuidados necessários (Cuidador) e ser avaliado pela Equipe Multiprofissional (Serviço Social, Enfermagem, Médico...).

2.1.3. Critérios para Alta do PID:

Cura ou melhora do paciente; necessidade de reinternação no Hospital; falta de colaboração da família, do cuidador ou do paciente; óbito do paciente e paciente inserido/referenciado na rede ambulatorial e no PSF – Programa de Saúde da Família.

2.2. Características Técnicas do PID:

2.2.1. Quantidade de Serviços de Atenção Domiciliar:

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº 2527, de 27 de Outubro de 2011 que instituiu a Atenção Domiciliar no artigo 4º parágrafo único, define que a cada 100.000 habitantes poderão habilitar uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar, considerando que a população de Palmas é de 228.332, o Serviço de Atenção Domiciliar do Hospital Geral Público de Palmas iniciou com uma equipe com até 60 pacientes, formada de acordo com a composição instruída por esta Portaria e posteriormente será ampliada para duas equipes.

2.2.2. Estabelecimentos de Saúde vinculados para o serviço:

O Serviço de Atenção Domiciliar está vinculado ao Hospital Geral Público de Palmas no CNES nº 2786117, e com integração a rede assistencial do município de Palmas.

2.3. Fatores Críticos:

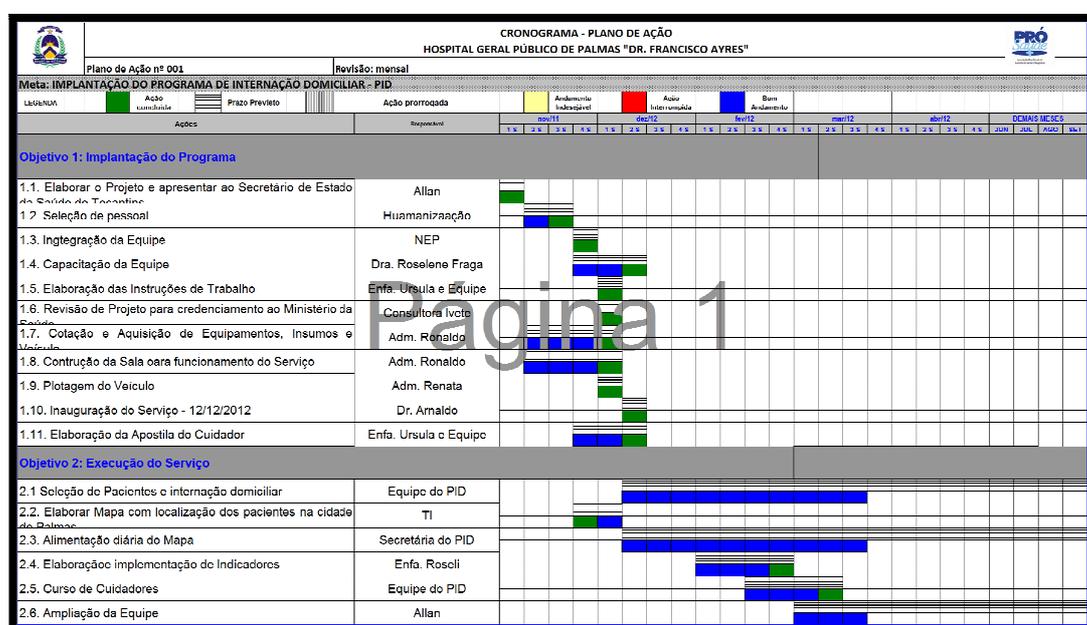
Fatores críticos que poderiam ser entraves na implantação do Serviço: desconhecimento dessa nova modalidade de internação; descrédito por parte da equipe de saúde, principalmente dos profissionais médicos por resistência ou desconhecimento; despreparo dos profissionais a disposição do mercado de trabalho; resistência do paciente e da família para desmame da hospitalização convencional; dificuldades com a grande área territorial do município de Palmas.

2.4. Fatores de Sucesso:

O sucesso na implantação do Serviço se deu a vários fatores, entre eles: credibilidade do então Secretário de Estado da Saúde do Tocantins – Dr. Arnaldo Alves Nunes; da correta seleção e capacitação da equipe; da divulgação do serviço e capacitação da equipe intra-hospitalar para ser fornecedor de usuário que atenda aos critérios de internação domiciliar; envolvimento das diretorias, chefias e colaboradores do Hospital criando condições favoráveis para o funcionamento do serviço; divulgação do serviço por parte da mídia entre outros.

2.5. Prazos, responsabilidades e cumprimento de Metas (Cronograma/Plano de Ação):

Figura: Plano de Ação para estruturação e execução das atividades do PID



Fonte: Projeto PID/HGPP

2.6. Indicadores:

a) Indicadores Planejados:

a1) Indicadores de Avaliação:

Número de internações domiciliares por categoria profissional existente na equipe realizados/previstos, número de reuniões com grupos de cuidadores realizados/previstas, número de discussões de casos em equipe realizadas/previstas, Número de Visitas Domiciliares solicitadas/atendidas.

a2) Indicadores de Resultados:

- Taxa de internações ou reinternações hospitalares (TIR):

$TIR = \frac{\text{Número de internações ou reinternações}}{\text{Total de pacientes em AD}}$

- Taxa de alta do programa por recuperação (TAR):

$TAR = \frac{\text{Número usuários recuperados} \times 100}{\text{Número de usuários em AD}}$

- Taxa de usuários da Atenção Domiciliar por área de abrangência:

$TAD = \frac{\text{Número de usuários de ID} \times 100}{\text{População da área}}$

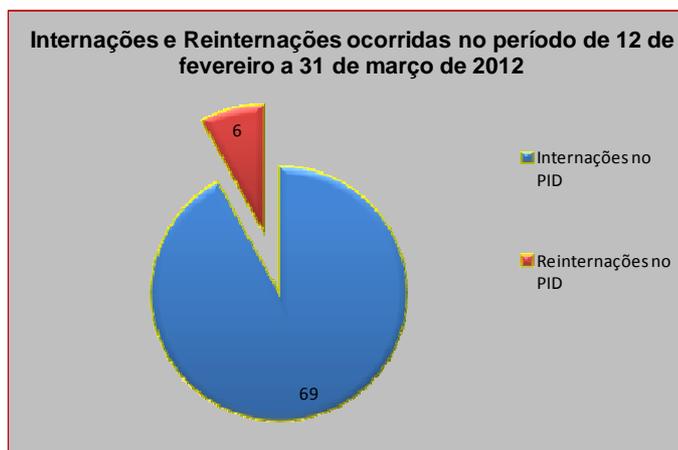
b) Indicadores Apurados referentes a 12 de dezembro (data de inauguração) a 31 de março:

Tabela: Taxa de Internações ou Reinternações:

Taxa de internações ou reinternações hospitalares (TIR)	
Número de Internações	69
Número de Reinternação – Pacientes que voltaram a receber assistência do PID	06
Número de óbitos em domicílio	02
Número de pacientes que abandonaram o programa	02
Número de usuários em atendimento domiciliar	20
Total de pacientes atendidos	63

Fonte: Estatística do PID

Gráfico: Internações e Reinternações ocorridas no período



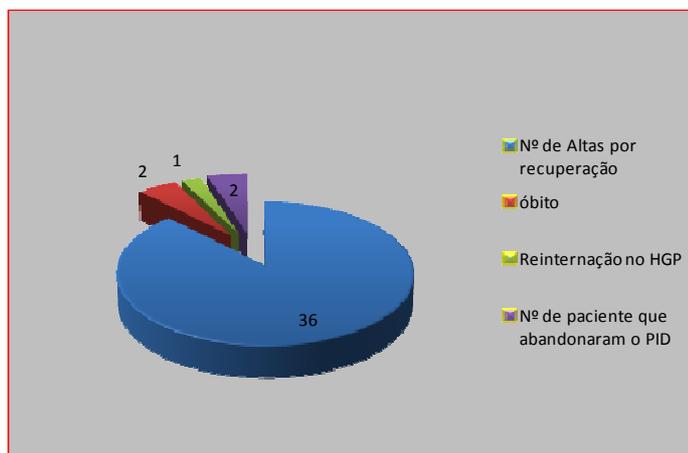
Fonte: Estatística do PID

Tabela: Taxa de altas do programa por recuperação (TAR)

Número de alta por recuperação	36
Número de pacientes que voltaram para o HGPP	13
Número de usuários em atendimento domiciliar	20

Fonte: Estatística do PID

Gráfico: Taxa de altas do programa por recuperação (TAR)



Fonte: Estatística do PID

Tabela: Internação domiciliar por área de abrangência (TAD)

Abrangência do programa	Município de Palmas - TO
Número de pacientes atendidos na Região Norte	16
Número de pacientes atendidos na Região Sul	47
População total do município de Palmas	223.817

Fonte: Censo IBGE 2010.

Gráfico: Internação Domiciliar por área de abrangência no período



Fonte: Estatística do PID

2.7. Planejamento Financeiro:

2.7.1. Custeio de Pessoal:

Tabela: Salários da Equipe do PID para 20 leitos

CENTRO DE CUSTO	Carga h.	Total Prev	Vr. Unit.	Total Salário	T. Encargos	Mês	Ano
Gerente PID	220	1	5.500,00	5.500,00	2.955,65	8.455,65	101.467,85
Médico		1		10.000,00	5.373,92	15.373,92	184.487,00
Enfermagem		5		6.441,52	3.461,62	9.903,14	118.837,67
Enfermeiro	180	1	2.445,84	2.445,84	1.314,37	3.760,21	45.122,57
Técnico de Enfermagem	180	4	998,92	3.995,68	2.147,25	6.142,93	73.715,10
Equipe Multiprofissional		6		14.932,62	8.024,67	22.957,29	275.487,43
Assistente Social	180	2	2.445,84	4.891,68	2.628,75	7.520,43	90.245,14
Fisioterapeuta	135	2	2.447,55	4.895,10	2.630,59	7.525,69	90.308,23
Nutricionista	180	1	2.445,84	2.445,84	1.314,37	3.760,21	45.122,57
Psicólogo	180	1	2.700,00	2.700,00	1.450,96	4.150,96	49.811,49
Administrativo/Serviços Gerais		3	0,00	2.347,00	1.261,26	3.608,26	43.299,10
Assistente Administrativo	180	1	955,00	955,00	513,21	1.468,21	17.618,51
Auxiliar de Serviços Gerais	180	1	562,00	562,00	302,01	864,01	10.368,17
Motorista	180	1	830,00	830,00	446,04	1.276,04	15.312,42
TOTAL	-	16		39.221,14	21.077,11	60.298,25	723.579,05

Fonte: DP Escritório Central TO

2.7.2. Investimentos/Equipamentos/Mobília:

Tabela: Total de Investimentos:

ITEM	R\$ Total
Total Mobília/Veículo (sala administrativa)	70.677,00
Total Equipamentos Médico-hospitalares	19.663,00
Construção	70.000,00
TOTAL INVESTIMENTOS	160.340,00

Fonte: Central de Compras Pró-Saúde

2.7.3. Custo com Pacientes:

Como previsto com a implantação do PID ocorreu redução de custos com a diária da internação hospitalar, haja vista que em média um paciente internado em leito Hospitalar do HGPP custa R\$ 504,00, e o paciente internado em Programa domiciliar custará R\$ 271,59, ou seja, uma redução inicial de 53,88%, conforme discriminado na tabela abaixo:

Tabela: Distribuição de custos para internação de 20 pacientes

Item De Despesa - Sintético/Analítico	CUSTEIO
Mão De Obra	76.249,00
Salários	41.382,00
Encargos + Provisões	34.867,00
Despesas Gerais/Utilidade Pública	196,00
Energia Elétrica	94,00
Telefonia Fixa	50,00
Água	52,00
Serviços Terceirizados	16.295,00
Serviços Administrativos - Adm. Central	16.295,00
Insumos	70.214,00
Dieta Parenteral E Enteral	5.114,00
Gases Medicinais	2.647,00
Materiais De Laboratorio E Radiologia	6.613,00
Materiais E Medicamentos Hospitalares De Consumo	54.220,00
Demais Insumos	1.620,00
Outras Despesas Operacionais	-
Total Geral	162.954,00

Fonte: Equipe Gestora do Projeto

Tabela: composição de diária em leito hospitalar X leito PID

Composição da Diária	Peso	Hospital	PID
Aposento em Enfermaria	22%	110,97	59,74
Serviços de Enfermagem	12%	60,53	32,59
Honorários Médicos	18%	90,79	48,88
Materiais e Medicamentos	41%	206,80	111,35
Exames Complementares	5%	25,22	13,57
Gases Medicinais	2%	10,09	5,44
TOTAL	100%	504,40	271,59

Fonte: Setor Financeiro do HGPP

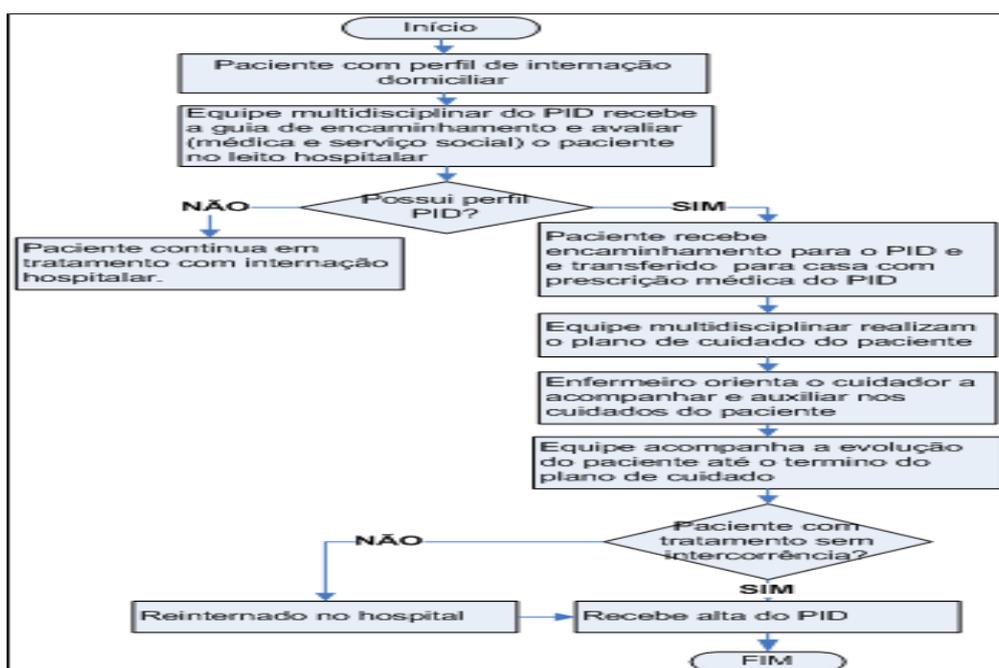
2.8. Foco no Cliente:

Identificada às necessidades dos clientes baseados em estudo epidemiológico das principais morbidades e mortalidades do município de Palmas, orientado a luz da legislação em vigor e de projetos bem sucedidos, como por exemplo, o PID já implantado por nós no ano de 2005 na cidade de São Mateus/ES. Foram identificados no início do

Projeto que os pacientes passíveis de internação domiciliar teriam que atender a critérios clínicos de serem remanejados para o domicílio e critérios sociais, tais como a identificação de condições sanitárias da residência e identificação de um familiar ou pessoa com potencialidades para se tornar o cuidador. Dado a diversidade dos logradouros que residiam os pacientes, optou-se para atuação do programa somente a área urbana de Palmas.

2.8.1. Fluxo de Identificação das necessidades dos clientes (usuários):

Figura: Fluxo de identificação de Pacientes



Fonte: PID/Escritório da Qualidade HGPP

2.8.2. Satisfação do Usuário:

O PID desenvolve cotidianamente através do Serviço de Satisfação do Usuário – SAU, pesquisa de satisfação conforme formulário anexo.

3. Gestão de Processos:

O HGPP está implementando a filosofia da qualidade, assim foi montado escritório de Qualidade com profissional com formação e experiência em certificações que está preparando toda a equipe de lideranças para mapeamento de processos. Nos anexos contém o Mapa de Processos que foi elaborado e está sendo executado pelo Programa.

3.1. Novas Tecnologias:

O PID em primeiro momento implementou o controle de Pacientes internados através de Mapa desenvolvido pelo Centro de Processamento de dados do Hospital. E está em fase de implantação o Módulo “MV Systemas” denominado “Home Care”, que fará toda a movimentação dos pacientes como também o controle de insumos expedidos, prescrições médicas, de enfermagem de demais profissionais.

3.2. Instrumentos Normativos (Instruções de Trabalho):

Tabela: Lista Mestre de Documentos do PID

Instrução de Trabalho	Código	Data da Elaboração	Data da revisão	No. de páginas
Assistência Fisioterápica Em Domicílio	IT.HGPP Fisiot001	12.12.2012	-	02
Assistência Nutricional	IT.HGPPNutriç001	09.03.2012	-	04
Assistência Psicológica	IT.HGPPPsicol001	09.03.2012	-	02
Assistência Social	IT.HGPPSSoci001	09.03.2012	-	02
Assistência De Enfermagem	IT.HGPPPIDE001	09.03.2012	-	02
Mapa De Processo SIPOC	F.HGPP.QUA.004	10.04.2012	-	01
Check-List Do Prontuário Do PID	F.SPP.TO.007	14.09.2011	14.09.2013	02
Consentimento Informado	-	09.12.2011	-	01
Exame Físico Do Paciente	-	09.12.2011	-	02
Histórico De Enfermagem PID	-	09.12.2011	-	02
SAE- Sistematização Da Assistência De Enf.	-	09.12.2011	-	02
Termo De Recebimento De Dietas E Materiais	-	09.12.2011	-	01
Ficha De Acompanhamento Social	-	09.12.2011	-	03
Termo De Doação PID	-	09.12.2011	-	01
Termo De Empréstimo De Materiais/Equipamentos	-	09.12.2011	-	01
Censo Diário	F.SPP.TO.009	14.09.2011	14.09.2012	02
Relação De Materiais Entregues A Pacientes	-	09.12.2011	-	01
Fluxograma De Admissão Do Paciente No PID	-	09.12.2011	-	01
Prescrição Médica E Anotação De Enfermagem	-	09.12.2011	-	01
Cartilha Do Cuidador	-	09.12.2011	-	13
Lista De Presença De Reuniões/Capacitações	F.NEP.TO.002	09.12.2011	-	01
Avaliação De Reação De Treinamento	F.NEP.TO.003	09.12.2011	-	01
Formulário De Pesquisa De Satisfação Do Usuário	IT.HGPP.PID.001	09.01.2012	-	01
Procedimento de Gestão – Central de Compras	PG.SEDE.CC.02	18.01.2022	14.03.2011	06

Fonte: PID/Qualidade – HGPP

3.3. Ferramentas Gerenciais de controle e avaliação:

Utiliza-se como ferramentas gerenciais de controle e avaliação: reuniões semanais com equipe de trabalho do programa, análise e monitoramento dos indicadores, principalmente a taxa de reinternação de pacientes no Hospital, análise da avaliação de reação dos treinamentos e capacitações. As respectivas evidências estão nos anexos.

4. Gestão de Pessoas:

Todos os profissionais do Programa foram criteriosamente selecionados e contratados no regime CLT, possuindo avaliação de desempenho com formulário específico com participação da chefia imediata, psicóloga da área de Recursos Humanos e do próprio colaborador, assim efetivando-se um ciclo de PDCA mais efetivo e eficaz.

4.1. Atribuições da Equipe de Trabalho:

a) Gestor do Programa:

Avaliar continuamente o funcionamento do programa; providenciar para que as solicitações de inclusão ao programa de AD sejam discutidas em reunião pela equipe, antes de sua inclusão; organizar a distribuição das pessoas atendidas entre os profissionais definir a equipe que vai atender cada pessoa; verificar o cumprimento do cronograma de visitas nas datas aprazadas; devolver à equipe os dados da assistência domiciliar e promover sua avaliação; atualizar continuamente a relação dos pacientes em acompanhamento; estar disponível para fornecer esclarecimentos e orientações à família, sempre que solicitado; desenvolver grupos de suporte com os cuidadores; realizar reuniões com usuário e família para planejamento e avaliação da AD; otimizar a realização do plano de assistência estabelecido para cada pessoa; fazer abordagem familiar, considerando o contexto socioeconômico e cultural em que a família se insere, e a repercussão da necessidade de cuidado na vida familiar; garantir o registro no prontuário domiciliar e de família na Unidade de Saúde; orientar a família sobre sinais de gravidade e condutas a serem adotadas; dar apoio à família tanto para o desligamento após alta da ID, quanto para o caso de óbito, através da sua disponibilidade profissional; avaliar a condição ambiental do domicílio, e construir proposta de adequação dentro da realidade familiar e do domicílio; acompanhar o usuário conforme plano de assistência

traçado pela equipe e família; pactuar concordância da família para ID, dentro de seus limites de prestação de cuidado; buscar garantir uma assistência integral, resolutiva e livre de danos ao usuário da ID; trabalhar as relações familiares na busca pela harmonia, otimizando ações para um ambiente familiar terapêutico, que promova qualidade de vida para o paciente, cuidador e sua família de maneira a construir uma rede de apoio eficaz; solicitar avaliação da equipe de referência ou encaminhar, sempre que indicado;

b) Auxiliar/Assistente Administrativo:

Receber a solicitação de internação domiciliar pessoalmente ou por telefone; providenciar o prontuário e demais formulários necessários para a assistência domiciliar; encaminhar a solicitação ao médico e demais membros da equipe das avaliações de solicitação da assistência domiciliar; manter prontuário e demais arquivos organizados; manter relatório e estatísticas organizadas; manter agenda da equipe organizada.

c) Médico:

Avaliar de modo integral individual, familiar e contexto social a situação da pessoa enferma; esclarecer a família sobre os problemas de saúde e construir plano de cuidados para a pessoa enferma; Estabelecer forma de comunicação participativa com a família; levar o caso para discussão na Equipe; Emitir prescrição do tratamento medicamentoso; registrar os atendimentos; promover e participar avaliações periódicas do plano de acompanhamento; indicar internação domiciliar ou hospitalar; dar alta médica; verificar e atestar o óbito.

d) Enfermeiro:

Avaliar de modo integral individual, familiar e contexto social a situação da pessoa enferma, avaliar as condições e infraestrutura física do domicílio para a modalidade de ID requerida, elaborar, com base no diagnóstico de enfermagem, a prescrição dos cuidados, identificar e treinar o cuidador domiciliar, realizar procedimentos de enfermagem que requeiram maior complexidade técnica; orientar cuidados com o lixo originado no cuidado do usuário e do lixo domiciliar (separação, armazenamento e coleta); estabelecer via de comunicação participativa com a família; comunicar a equipe de saúde as alterações observadas a avaliar periodicamente o desempenho da equipe de enfermagem na prestação do cuidado; dar alta dos cuidados de enfermagem; registrar os atendimentos.

e) Técnico de Enfermagem:

Auxiliar no treinamento do cuidador domiciliar; acompanhar a evolução dos casos, seguindo check-list do paciente e comunicar a equipe às alterações observadas; realizar procedimentos de enfermagem dentro de suas competências técnicas e legais; orientar cuidados com o lixo originado no cuidado do usuário e do lixo domiciliar (separação, armazenamento e coleta); estabelecer via de comunicação participativa com a família; administrar medicamentos injetáveis conforme prescrição; identificar sinais de gravidade; comunicar à enfermeira e ao médico alterações no quadro clínico do paciente; registrar os atendimentos.

f) Assistente Social:

Avaliar as condições sociais do doente, emitindo parecer social, elaborando diagnóstico do impacto socioeconômico do cuidado; elaborar síntese social familiar; acompanhar as famílias e/ou usuários que apresentem riscos sociais ou decorrentes do cuidado; orientar e encaminhar as famílias ou responsáveis para os recursos sociais, quando necessário; orientar e encaminhar as famílias aos benefícios previdenciários; viabilizar redes de apoio para atendimento das demandas dos doentes que não dispõem de familiares; desenvolver propostas de atendimento em grupo para familiares de doentes em acompanhamento; estabelecer parcerias interinstitucionais que possibilitem atender adequadamente as demandas do doente; participar de discussão de casos, elaborando ações interdisciplinares para o acompanhamento do doente; fornecer orientações de educação em saúde à família e/ou responsáveis; registrar os atendimentos.

g) Fisioterapeuta:

Avaliar as condições clínicas do doente, suas incapacidades, emitindo um diagnóstico fisioterápico; elaborar com base no diagnóstico um planejamento e execução de adaptações quando necessário do espaço físico, mobiliário e utensílios; desenvolver atividades fisioterápicas de grupo para os familiares e cuidadores; fornecer orientações fisioterápicas para a família e ou responsáveis; participar de discussões de casos, elaborando ações interdisciplinares para o acompanhamento do doente; registrar os atendimentos.

h) Psicólogo:

Discutir com o solicitante de visita domiciliar para atendimento psicológico a indicação do atendimento, bem como as condições clínicas, emocionais e psicossociais do paciente; avaliar o grau de sofrimento psíquico do doente (patologia, diagnóstico) e das relações familiares, oferecendo suporte para enfrentamento da situação problema; discussão do caso com a equipe envolvida elaborando ações interdisciplinares, servindo de apoio à família e a equipe; delinear com a pessoa doente e seus familiares o plano terapêutico, e os profissionais a serem envolvidos no momento; oferecer subsídios à equipe envolvida para compreensão dos aspectos psicológicos que envolvem a situação do doente e sua família, e os objetivos terapêuticos (como manejo, combinações, etc.); avaliar permanentemente o atendimento domiciliar; registrar os atendimentos.

i) Nutricionista:

Discutir com o solicitante de visita domiciliar para atendimento nutricional a indicação do atendimento, bem como as condições clínicas nutricionais do paciente; avaliar o grau de condições de alimentação propondo cardápios alternativos, sem prejuízos a assistência; discussão do caso com a equipe envolvida elaborando ações interdisciplinares, servindo de apoio à família e a equipe; delinear com a pessoa doente e seus familiares o plano terapêutico, e cardápio de dietas dos pacientes; orientar o Cuidador; avaliar permanentemente o atendimento domiciliar; Registrar os atendimentos.

j) Cuidador:

Ajudar no cuidado corporal: cabelo, unhas, pele, barba, banho parcial ou completo, higiene oral e íntima; estimular e ajudar na alimentação; ajudar a sair da cama, mesa/cadeira e voltar; ajudar na locomoção e atividades físicas apoiadas (andar, tomar sol, movimentar as articulações); fazer mudança de decúbito e massagem de conforto; servir de elo entre o doente/ família e a equipe de saúde; administrar medicações orais conforme prescrição; comunicar a equipe de saúde as intercorrências; participar das capacitações.

4.2. Equipe do PID:

Nome	Cargo
Albene Martins Chaves	Assistente Social
Alexandre Dornelas De Sousa	Téc. Enfermagem
Daniele De Sousa Fernandes	Auxiliar De Higienização
Dezirá de Almeida Carneiro	Técnica de Enfermagem
Elaine Santos Do Carmo	Técnico de Enfermagem
José Conceição Rodrigues	Técnico de. Enfermagem
Kesia Angela Alves Pimenta	Assistente Administrativo
Laís Delgado Fernandes	Assistente Social
Lorena Lemos Balestra	Médica
Maria Do Carmo Araujo	Técnico de Enfermagem
Mariana Correa De Sá Wadie	Nutricionista
Paulo Barbosa Da Silva	Motorista
Roniere Correia Santos	Psicólogo
Roseli Lopes de Melo Pádua	Gerente (Enfermeira)
Samuel Pereira De Almeida Costa	Enfermeiro
Silvia Ximenes de Aguiar	Fisioterapeuta
Vania Aparecida De Oliveira Nascimento	Fisioterapeuta

Fonte: Departamento Pessoal – HGPP

4.3. Plano de Capacitação e Desenvolvimento do Projeto:

Abaixo segue tabela contendo cronograma de capacitações que foram realizadas com equipe e cuidadores do PID, bem como as planejadas:

Tabela: Planejamento de Capacitações

Capacitação	Público	Data Planejada	Data realizada
Sensibilização para a desospitalização e importância do PID	Profissionais	05 a 08/12/2011	05 a 08/12/2011
Capacitação da Equipe Multiprofissional do Programa	Profissionais	06/12/2011	06/12/2011
Capacitação Equipe Médica e de Enfermagem	Profissionais	07/12/2011	07/12/2011
Curso de Curativos	Profissionais	08/12/2011	08/12/2011
Curso de Mapeamento de Processos	Profissionais	10 e 11/04/212	10 e 11/04/212
Impacto de doenças nas relações familiares	Cuidador	12 a 16/03/2012	12 a 16/03/2012
Maus tratos e negligência	Cuidador	09 a 13/04/2012	09 a 13/04/2012
Direitos e Recursos assistenciais	Cuidador	11 a 15/06/2012	-
Preparação para perdas	Cuidador	09 a 13/07/2012	-
Orientação Nutricional	Cuidador	09 a 13/07/2012	-
Ambiente saudável	Cuidador	13 a 17/08/2012	-
Higiene, vestuário e cuidado com a pele	Cuidador	10 a 14/09/2012	-
Atividades Físicas	Cuidador	08 a 12/10/2012	-
Transtorno do sono	Cuidador	12 a 16/11/2012	-
Emergência no domicílio	Cuidador	10 a 14/12/2012	-

Fonte: Departamento de Pessoal do HGPP

4.4. Monitoramento da Satisfação dos Participantes do Projeto:

Em análise dos vídeos, formulários de reações de treinamentos e capacitações, em conversa com a equipe, é notório o alto índice de satisfação de todos com o programa, que é inédito no estado do Tocantins.

5. Relação com Fornecedores:

Todos os fornecedores passaram por avaliação da equipe de Central de Compras da Pró-Saúde e obedece rigorosamente o Manual de Compras publicado em Diário Oficial do Estado do Tocantins de no. 3530 de 22 de dezembro de 2012 que tem por finalidade estabelecer normas e critérios para compras de insumos e contratação de obras e serviços especializados. A cópia do manual publicado com respectivos indicadores de monitoramento encontra-se anexa.

6. Responsabilidade Social e Ambiental:

O projeto gerou grande ganho social com ampliação de 20 leitos disponíveis para a população de Palmas, gerando emprego, boas práticas na família do paciente internado que além de visita com cuidados assistenciais recebem orientações sobre vários aspectos

de melhoria na qualidade vida e prevenção de doenças por parte da equipe. No que tange a responsabilidade ambiental, toda a equipe prepara o cuidador e familiares para segregação dos resíduos gerados em residência, especialmente o resíduo “hospitalar”, que é devidamente transportado e retorna ao Hospital para destino final.

7. Resultados Financeiros:

Com média de 20 pacientes internados diariamente em domicílio, gerando 600 diárias e um custo de R\$ 271,59 a diária por paciente, somou-se um custeio mensal com o programa de R\$ 162.954,00. O paciente internado em leito convencional do HGPP custa em média R\$ 504,40, que multiplicados por 600 diárias, somam montante de R\$ 302.264,00. Calculando-se a diferença entre o custo com a internação convencional e o custo com a internação domiciliar obteve-se uma economia de R\$ 139.686,00 para estes 20 pacientes, uma redução média de 46,21% de gastos com os mesmos pacientes.

Desde a data da inauguração, 12 de dezembro de 2012, até 12 de abril de 2012, acumulou-se 2.400 diárias em média de pacientes internados nesta modalidade, gerando uma economia média acumulada de R\$ 558.744,00.

8. Conquistas de Certificações, Acreditações e Prêmios

O Serviço de Internação Domiciliar, no Hospital Geral Público de Palmas denominado PID – Programa de Internação Domiciliar não possui nenhuma premiação até então, mas conquistou nestes quatro meses de atividade a simpatia dos profissionais, da população e principalmente dos quase setenta usuários beneficiados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Sandra M.R.Lins de. Assistência Domiciliar. Diferencial na qualidade de vida do idoso portador de doença crônica. 2001.180.p. Dissertação (mestrado, Fisiopatologia experimental)- USP/Faculdade de Medicina, São Paulo.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina CFM nº1.668, de 07 maio de 2003, que dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste âmbito de atendimento. Diário Oficial da União, Brasília, 3 jun.2003. Seção I, p.1.

BRASIL. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, Resolução COREN-SP-DIR/006/1999, que dispõe sobre a regulamentação das empresas que prestam serviços de Atendimento de Enfermagem Domiciliar, home care.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira, DIOGO, Maria José D'Elboux. Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico. 1ª ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, Portaria nº.1.034-AJ, que instituiu o Programa de Assistência Domiciliar. Diário Oficial do Município, São Paulo, 29 de abril de 1993.

DUARTE, Dr. Francisco Moratto de Oliveira. In: Yeda Aparecida de Oliveira, DIOGO, Maria José D'Elboux. Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico. 1ª ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE.ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC N no. 11 de 26 janeiro de 2006

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº.2.529, que instituiu a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Diário Oficial da União nº 202, Brasília, 19 de outubro de 2006.