

Curso de Especialização em Atenção Domiciliar



ATENÇÃO DOMICILIAR

Módulo 2

Implantação e gerenciamento do SAD

Josimari Telino de Lacerda

Claudia Flemming Colussi

Daniela Baumgart de Liz Calderón

Edenice Reis da Silveira



Material instrucional resultado da transposição didática de conteúdo já publicado pelo Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar a Distância através da parceria entre o Ministério da Saúde (CGAD) e as Universidades integrantes da Rede Universidade Aberta do SUS (UFMA, UFC, UFSC, UFMG, UFCSPA, UFPE, UFPel, UERJ).

CRÉDITOS DO MATERIAL INSTRUCIONAL ORIGINAL

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Ministro da Saúde

Secretário de Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde (SGTES)

Secretária de Atenção à Saúde (SAS)

Coordenadora Geral de Atenção

Domiciliar (CGAD)

Responsável Técnico pelo Projeto

UNA-SUS

MÓDULO ORIGINAL PRODUZIDO POR: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora | *Roselane Neckel*

Vice-Reitora | *Lúcia Helena Pacheco*

Pró-Reitora de Pós-Graduação | *Joana
Maria Pedro*

Pró-Reitor de Pesquisa | *Jamil Assereuy
Filho*

Pró-Reitor de Extensão | *Edison da Rosa*

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor | *Sérgio Fernando Torres de Freitas*

Vice-Diretora | *Isabela de Carlos Back
Giuliano*

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento | *Antonio*

Fernando Boing

Subchefe do Departamento | *Fabício*

Augusto Menegon

Coordenadora do Curso de

Especialização | *Marta Verdi*

COMITÊ GESTOR UNA-SUS

Antônio Fernando Boing, Elza Berger

Salema Coelho, Kenya Schmidt Reibnitz,

Rosângela Leonor Goulart, Sheila Rubia

Lindner

AUTORAS

Josimari Telino de Lacerda, Claudia

Flemming Colussi, Daniela Baumgart de

Liz Calderón, Edenice Reis da Silveira

EQUIPE DE PRODUÇÃO

Coordenação Geral da Equipe | *Eleonora*

Milano Falcão Vieira

Coordenação de Produção | *Giovana*

Schuelter

Design Instrucional | *Márcia Melo,*

Giovana Schuelter

Revisão Textual | *Kátia Cristina Santos,*

Ariele Louise Barichello Cunha

Design Gráfico | *Felipe Almeida, Gregorio*

Veneziani, Rafaella Volkmann Paschoal

Ilustrações | *Rafaella Volkmann*

Paschoal, Gregorio Veneziani

Programador Web | *Cesar Costa e Luiz*

Paulo de Farias

Edição de Vídeo | *Salésio Eduardo Assi*

Cinegrafista | *Jerry Bittencourt*



Módulo 2

Implantação e gerenciamento do SAD

Florianópolis | SC
UFSC
2015

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO DOMICILIAR/UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora | *Roselane Neckel*

Vice-Reitora | *Lúcia Helena Pacheco*

Pró-Reitora de Pós-graduação | *Joana
Maria Pedro*

Pró-Reitor de Pesquisa | *Jamil Assereuy
Filho*

Pró-Reitor de Extensão | *Edison da Rosa*

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor | *Sérgio Fernando Torres de Freitas*

Vice-Diretora | *Isabela de Carlos Back
Giuliano*

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento | *Antônio
Fernando Boing*

Subchefe do Departamento | *Fabício
Menegon*

Coordenadora do Curso de
Especialização | *Marta Verdi*

REPRESENTANTES UNA-SUS/UFSC

*Antônio Fernando Boing,
Elza Berger Salema Coelho*

EQUIPE DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO DOMICILIAR

Coordenação Geral | *Marta Verdi*

Coordenadora Executiva | *Rosângela
Leonor Goulart*

Coordenadora de Avaliação | *Kenya
Schmidt Reibnitz*

Coordenadora de AVEA | *Alexandra
Crispim Boing*

Coordenadora de Tutoria | *Deise Warmling*

Supervisora de Tutoria | *Sabrina Faust*

Coordenação de Atividades de

Aprendizagem | *Melisse Eich*

Assessoria Pedagógica | *Marcia Regina Luz*

Assessoria de Mídias | *Marcelo Capillé*

Apoio de Atividades de Aprendizagem |
Maria Esther Baibich

Apoio Encontros Presenciais | *Elisângela
Miranda*

Apoio AVEA | *Cecília Giuffra Palomino*

Apoio de secretaria | *Eliane Ricardo
Charneski*

Secretaria Acadêmica | *Olivia Zomer dos
Santos, Dalvan de Campos*

Validação externa de Transposição
Didática | *Fernando Mendes
Massignan*

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE TRANSPosição DE MÍDIAS

Moodle Design | *Maicon Hackenhaar
de Araújo*

Aplicação de mídias ao Moodle | *João
Jair da Silva Romão, Kornelius
Hermann Eidam*

Desenvolvimento de Tecnologia da
Informação | *Diogo Francisco
Réus Carlos*

Design Instrucional e Revisão Textual |
Adriano Sachweh

Projeto Gráfico, Design de Capa e
Diagramação | *Laura Martins
Rodrigues*

Criação da Marca do Curso | *Pedro Paulo
Delpino*

Sumário

Apresentação do módulo	7
------------------------	---

Unidade 1

Estabelecimento de pactos e fluxos	9
------------------------------------	---

1.1 Introdução da unidade	10
1.2 O Serviço de Atenção Domiciliar e suas modalidades de atendimento	11
1.3 A infraestrutura de funcionamento do SAD	13
1.4 Retaguarda da Rede de Atenção à Saúde e outros setores	19
1.5 Fluxo de acesso ao Serviço de Atenção Domiciliar	22
1.6 Critérios e condições de elegibilidade, alta ou saída na atenção domiciliar	26

Unidade 2

Composição e formação da equipe do Serviço de Atenção Domiciliar	31
--	----

2.1 Introdução da unidade	32
2.2 Seleção e contratação dos profissionais das equipes	32
2.3 Cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)	39
2.4 Capacitação da equipe	41

Unidade 3

Divulgação e acompanhamento do Serviço de Atenção Domiciliar	51
--	----

3.1 Introdução da unidade	52
---------------------------------	----

3.2 Divulgação do Serviço de Atenção Domiciliar	52
---	----

3.3 Monitoramento e avaliação do Serviço de Atenção Domiciliar	55
--	----

Referências.....	61
------------------	----

Autores.....	64
--------------	----

Apresentação do módulo

Seja bem-vindo ao módulo Implantação e Gerenciamento do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Para a implantação de um SAD é essencial o estabelecimento de acordos, pactos, fluxos e protocolos de assistência.

Todos os componentes do sistema devem funcionar de maneira articulada e assegurar o cumprimento das ações de sua responsabilidade no momento em que forem acionados. Assim, este módulo apresenta importantes subsídios para o processo de implantação e gerenciamento de um SAD integrado à Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Na primeira unidade, você conhecerá pactos e fluxos necessários, discutindo a importância de garantir a infraestrutura de funcionamento do SAD, bem como a retaguarda da RAS e outros setores no sistema local de saúde. Trata-se do momento de conhecer as modalidades de atendimento, o fluxo de acesso e os critérios e condições de elegibilidade, alta ou saída do SAD. Essas são decisões que podem estar sob sua responsabilidade no cotidiano do trabalho em saúde.

A segunda unidade apresenta a composição e formação das Equipes de Atenção Domiciliar. São abordados aspectos relacionados à seleção e à contratação dos profissionais das equipes, assim como se trata da necessidade de estabelecer um plano de capacitação que as qualifique, a fim de garantir o cuidado integral nessa modalidade de atendimento.

Na unidade 3 você conhecerá subsídios importantes para a divulgação do SAD no seu município, assim como as ferramentas para o monitoramento e a avaliação do serviço, em busca de uma tomada de decisão fundamentada e sistematizada.

Para iniciar seus estudos no módulo, convidamos você a conhecer uma situação fictícia que auxiliará a refletir sobre o processo de implantação e gerenciamento de um SAD. Trata-se da história de um município chamado Águas Claras, que recentemente assumiu o desafio de implantar um Serviço de Atenção Domiciliar e precisa reunir informações sobre o território e sua população. Para conhecer os dados relativos à realidade do território da cidade de Águas Claras, acesse o link: <<https://unasus2.moodle.ufsc.br/mod/resource/view.php?id=6306>>.

Desejamos a todos uma boa reflexão!

Objetivo geral do módulo

Subsidiar o processo de implantação e gerenciamento do SAD integrado à rede de atenção à saúde.

Carga Horária do módulo: 30h

Unidades de Conteúdo

Unidade 1 – Estabelecimento de pactos e fluxos

Unidade 2 – Composição e formação da equipe do Serviço de Atenção Domiciliar

Unidade 3 – Divulgação e acompanhamento do Serviço de Atenção Domiciliar



Unidade 1

Estabelecimento de pactos e fluxos

1.1 Introdução da unidade

Um sistema de saúde é composto por um conjunto de instituições, órgãos, serviços e pessoas responsáveis por ações que assegurem a manutenção e (ou) a recuperação da saúde de uma coletividade. Todos os componentes do sistema devem funcionar de maneira articulada e assegurar o cumprimento das ações de sua responsabilidade no momento em que forem acionados.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é mais um dos componentes do Sistema Único de Saúde. Para sua implantação, é essencial estabelecer acordos, pactos, fluxos e protocolos de assistência. Trataremos disso nesta unidade, e ao final espera-se que você seja capaz de:

- reconhecer a importância de garantir a infraestrutura de funcionamento do SAD;
- eleger critérios de admissão dos usuários do SAD;
- identificar elementos da rede de atenção à saúde (RAS) essenciais ao bom desempenho do SAD;
- estabelecer fluxos de acesso e de informação dos usuários do SAD, bem como os diversos pontos de atenção da RAS.

1.2 O Serviço de Atenção Domiciliar e suas modalidades de atendimento

Neste início, vamos aprender sobre o SAD, suas modalidades, características e possibilidades de implantação.

O SAD é um serviço que visa reorganizar o trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica e ambulatorial nos serviços de urgência, emergência e hospitalar, a fim de reduzir a demanda por atendimento hospitalar e (ou) período de internação, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

Trata-se de um serviço que deve contemplar ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, além de reabilitação, todas prestadas em domicílio e por uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD).

O SAD pode contar também com uma Equipe Multiprofissional de Apoio denominada EMAP. Ele deve integrar a Rede de Atenção à Saúde e compor a Rede de Atenção às Urgências.

Para implantar o SAD, o seu município precisa apresentar os requisitos exigidos:

- ter porte populacional de 20 mil ou mais habitantes;
- estar coberto pelo SAMU;
- possuir hospital de referência.

Os municípios bem próximos a você, com população igual ou superior a 20 mil habitantes, também podem apresentar proposta de implantação isoladamente ou por meio de agrupamento de municípios, desde que isso seja pactuado com

a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR), se houver.

A atenção domiciliar já é realizada na Estratégia Saúde da Família, mas apenas para os casos de menor complexidade. O SAD permite ampliar essa atenção, com base em três diferentes modalidades: AD1, AD2 e AD3.

AD1

ATENÇÃO DOMICILIAR MODALIDADE 1 (AD1) Responsabilidade da Atenção Básica

- Pacientes com problema de saúde controlado/compensado.
- Necessidades de procedimentos de menor complexidade.
- Necessidade de atendimento médico com frequência maior que semanal.

AD2

ATENÇÃO DOMICILIAR MODALIDADE 2 (AD2)

- Pacientes com necessidade de procedimentos mais complexos, com uso de recursos/insumos contínuos ou temporários até estabilização do quadro.
- Necessidades de acompanhamento no mínimo semanal.
- Não há necessidade do uso de equipamentos.

AD3

ATENÇÃO DOMICILIAR MODALIDADE 3 (AD3)

- Apresenta todos os itens da modalidade AD2, exceto o último.
- Paciente necessita de uso de equipamentos ou de procedimentos especiais.
- Acompanhamento contínuo.

Figura 1 - Modalidades da atenção domiciliar: AD1, AD2 e AD3.

1.3 A infraestrutura de funcionamento do SAD

Os elementos essenciais para a implantação e o funcionamento do SAD precisam ser identificados, tais como:

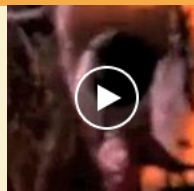
- a infraestrutura;
- o estabelecimento de protocolos assistenciais e fluxos de acesso do paciente a todos os serviços;
- pontos da rede de atenção à saúde;
- suporte social necessário.

Também é importante conhecer as possibilidades de localização da sede desse serviço, o local de funcionamento e coordenação do SAD, assim como o funcionamento e a disponibilização de insumos e equipamentos, fatores importantes para a implantação e o gerenciamento do Serviço de Atenção Domiciliar.

Não há necessidade de construir uma sede para o serviço. Entre as várias possibilidades existentes está a utilização de espaços físicos das Unidades de Pronto Atendimento ou de edifícios da Secretaria Municipal de Saúde. Existem vários arranjos no Brasil, e no depoimento adiante você pode conferir um deles.

Multimídia

Para conhecer mais sobre esse assunto, assista ao depoimento da Gestora do SAD de Blumenau-SC.



Mesmo diante de uma grande diversidade de maneiras de planejar e organizar o espaço físico, permanece a dúvida sobre quantas salas devem ser destinadas para o SAD. Além de uma sala para a coordenação e uma de reuniões, é preciso observar alguns aspectos importantes, como facilidade de deslocamento, equipamentos de informação e comunicação (por telefone ou internet) com outros setores/serviços. Também é fundamental um local para acondicionamento de equipamentos e materiais/insumos para o atendimento domiciliar.



Atenção

Alguns equipamentos e materiais/insumos não ficam necessariamente alocados na sede do SAD. Eles podem ser solicitados quando necessário e compartilhados com outros serviços.

A equipe fará a maior parte de suas atividades fora da sede, muitas vezes necessitando da disponibilidade e facilidade no deslocamento do material e dos equipamentos. Por esse motivo, precisará contar com um espaço físico que otimize o uso dos equipamentos disponíveis.

Os processos político-institucionais envolvem:

- a discussão e aprovação de trâmites para a disponibilização de materiais/insumos;
- a definição de fluxos e pactos com diferentes serviços dentro e fora do setor saúde;
- a articulação e o contato permanente com esses serviços para viabilizar o cumprimento ou a revisão desses fluxos e pactos ao longo da evolução dos processos.

Desta forma, é possível verificar que a coordenação de um serviço complexo, como o SAD, requer habilidade e agilidade nos processos administrativos e político-institucionais.

Ressaltam-se como processos administrativos a inclusão de diferentes processos de trabalho das EMADs, envolvendo:

- o agendamento das visitas;
- o transporte das equipes durante todo o período de trabalho;
- a discussão e aprovação dos tramites burocráticos para disponibilização de materiais/insumos;
- a discussão e o acompanhamento da evolução dos diferentes projetos terapêuticos e nos respectivos contextos familiares e ambientais em que as equipes atuam;
- a viabilização dos espaços de educação permanente.

Leitura complementar

Para conhecer mais aspectos estruturais e de coordenação do SAD, leia o Capítulo 1 - Gestão do Cuidado na Atenção Domiciliar do Volume 1 do Caderno de Atenção Domiciliar, disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf> ou <<https://unasus2.moodle.ufsc.br/mod/resource/view.php?id=5671>>.



A viabilização dos equipamentos e insumos hospitalares é essencial para o funcionamento do SAD. Alguns deles podem ser disponibilizados por meio de licitação específica.

Para os itens que já se encontravam na lista de equipamentos e insumos do município, é possível ampliar a quantidade solicitada e estabelecer fluxo de fornecimento de serviços pré-hospitalares ou hospitalares sob responsabilidade da gestão municipal.

Em municípios que não participam da gestão hospitalar, é possível contratar empresas especializadas, por meio de licitação, para o fornecimento e a instalação de equipamentos e insumos (por exemplo, para a manutenção de equipamentos como CPAP/BIPAP e concentrador de O₂).

Os mecanismos de disponibilização desses itens devem estar assegurados antes do SAD começar a funcionar, com destaque especial para o item “medicamentos”. Antibióticos de alto custo, anticoagulantes especiais e analgésicos potentes, em especial os opioides, são itens muito requisitados e precisam estar disponíveis.

É recomendável uma revisão da Relação Municipal de Medicamentos (REMU-ME) de seu município! Ela deve estar adequada às necessidades do SAD, com critérios próprios de fornecimento das classes de medicamentos utilizados pelo serviço, a fim de assegurar sua disponibilidade em quantidade suficiente.



Link

Por sua vez, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) está instituída pelo Decreto nº 7508/11, em seu Capítulo IV, da Assistência à Saúde, na seção II. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>.



Figura 2 - RENAME.

Independentemente do mecanismo adotado pelo município para a aquisição do material, sua disponibilização deverá seguir um fluxo de atendimento estabelecido para esse fim. Cada município deve estabelecer seu próprio fluxo. Apresentamos adiante uma sugestão de fluxo para disponibilizar insumos e equipamentos para pacientes do SAD:

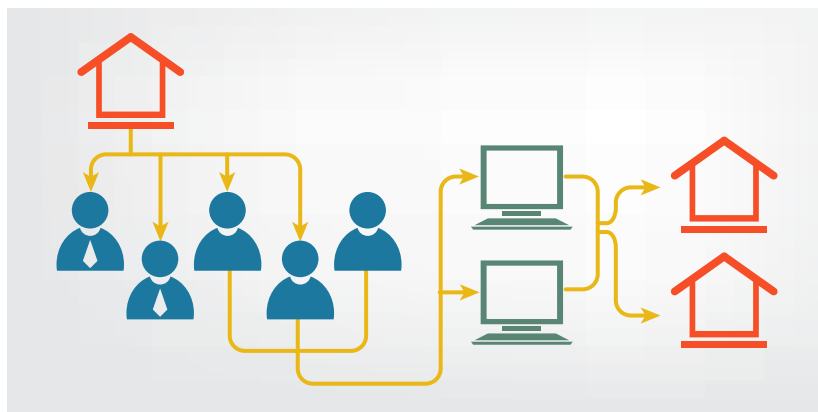


Figura 3 - Exemplo de fluxo para disponibilizar insumos e equipamentos para pacientes do SAD.

Neste caso, o fornecimento dos materiais de uso hospitalar para usuários do SAD deverá obedecer os seguintes critérios:

- os usuários devem ser cadastrados no SAD de acordo com o protocolo de ingresso estabelecido pelo município;
- o fornecimento será na quantidade e tipologia estabelecidas mediante o cumprimento das rotinas que acompanham esse documento.

Deste modo, temos o fluxo de atendimento descrito a seguir:

1. Os instrumentos e equipamentos serão estabelecidos por profissional do SAD, com designação para esse fim. A quantidade e o tipo de material dependerão do diagnóstico da patologia de base e do projeto terapêutico estabelecido para o usuário.
2. O profissional responsável pelo SAD deve emitir um parecer em documento específico, em que deverão constar os seguintes dados: nome, endereço e número de registro do usuário; especificação, quantidade e justificativa dos materiais solicitados.
3. Esse documento deve ser encaminhado pelo profissional ao coordenador do SAD/Distrito/Regional/SMS para análise técnica e parecer do responsável.

Caso esse parecer seja favorável, será emitido um comunicado ao setor próprio de disponibilização (almoxarifado/Central/SMS/hospital/UPA/UBS), conveniado ou contratado (hospital/empresa), para o fornecimento do material da **primeira remessa** e para previsão de aquisição das **remessas subsequentes**. O material será encaminhado ao local de funcionamento do SAD e entregue no domicílio do usuário mediante assinatura de um Termo de Compromisso pelo responsável.

No caso de equipamento fornecido por empresa contratada, esta vai se encarregar da instalação e manutenção periódica de tal equipamento, devendo avisar imediatamente o SAD quando a instalação estiver concluída.

A empresa deverá também se encarregar de capacitar o cuidador para o manuseio do equipamento e deixar mecanismo acessível de contato para casos de mau funcionamento e substituição do maquinário.

1.4 Retaguarda da Rede de Atenção à Saúde e outros setores

A identificação dos elementos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) são essenciais ao bom desempenho do SAD. Compreender a necessidade de estabelecer a organização dos fluxos assistenciais que se darão entre o SAD e a RAS também fundamental para sua implantação e seu gerenciamento.



Figura 4 - Elementos da RAS.

A integração com os demais componentes da rede de serviços do município e região é essencial para o bom desempenho do SAD. Isso assegura o acompanhamento da evolução do caso, com agilidade para solucionar eventuais intercorrências. Observe o esquema a seguir.



Figura 5 - Componentes integrados da rede de serviços do município.

Agora, acompanhe a descrição de cada componente apresentado no diagrama anterior.

Atenção Básica	Apoio dos profissionais do NASF, acompanhamento e seguimento dos casos controlados/compensados.
Apoio diagnóstico	Exames laboratoriais, exames de imagem e Rede Telemedicina.
IML	Serviço de verificação do óbito.

Atendimento especializado	Ambulatórios especializados, núcleos de reabilitação, leitos de retaguarda e UPAS.
Assistência farmacêutica	Medicamentos especiais de uso restrito (opioides, anticoagulantes, antibióticos de largo espectro).
Transporte do paciente	SAMU, polícia militar, bombeiros e carro próprio da secretaria.

É importante estabelecer instrumentos/formulários específicos para o encaminhamento do paciente entre os diferentes pontos de atenção na RAS, de modo que se assegure a circulação de informação sobre a evolução do caso e seja facilitado o acompanhamento e atendimento/resolução dos problemas.

Leitura complementar

Para refletir um pouco mais sobre os desafios e a importância da integração da atenção domiciliar com outros pontos da rede, recomendamos a leitura do **Capítulo 3 – Pressupostos da Atenção Domiciliar**, **Capítulo 4 – Gestão do serviço de atenção domiciliar**, do Volume 1 do Caderno de Atenção Domiciliar, e do **Capítulo 7, item 7.5 – Óbito no Domicílio**, do Volume 2 do Caderno de Atenção Domiciliar, disponíveis em:

- **Volume 1:** <<https://unasus2.moodle.ufsc.br/mod/resource/view.php?id=5671>> ou <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf>
- **Volume 2:** <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf> ou <<https://unasus2.moodle.ufsc.br/mod/resource/view.php?id=5670>>



1.5 Fluxo de acesso ao Serviço de Atenção Domiciliar

Os fluxos de acesso e de informação dos usuários e os diversos pontos de atenção da RAS precisam estar claramente estabelecidos para definição dos encaminhamentos dos pacientes para o SAD. É possível receber pacientes de qualquer um dos serviços que compõem a rede de atenção, como UBS, SAMU e hospitais. Além disso, a solicitação de acesso ao SAD também pode ter origem no judiciário ou por iniciativa dos próprios pacientes, familiares ou vizinhos.



Atenção

Protocolos e fluxos de acesso com critérios claros de elegibilidade devem ser definidos e divulgados amplamente. Porém, até isso se estabelecer, o processo de implantação do SAD deve incluir mecanismos de busca ativa de pessoas que necessitam de atendimento domiciliar em serviços hospitalares e UPAS, principalmente.

Confira agora um descritivo de cada tópico do fluxo de acesso ao SAD.



Figura 6 - Fluxo de acesso ao SAD.

Solicitação

- Realizada em instrumento próprio, corretamente preenchido e encaminhado ao SAD. Recomenda-se contato telefônico.
- Descrição detalhada de condições clínicas, históricos, exames realizados, intercorrências e justificativas.
- A família deve estar ciente da solicitação e de acordo.

Análise do pedido

- Realizada por um membro da EMAD para averiguar critérios de elegibilidade.
- Agendamento de visita pré-admissional e (ou) de ambiência para a análise das condições domiciliares.
- Reunião da equipe para a definição da admissão.

Emissão de parecer

- Quando um pedido não for aceito, caberá ao SAD encaminhar um documento ao solicitante com a exposição dos motivos que justificam a negativa.
- Quando um pedido for aceito, o SAD deverá agendar a primeira visita preferencialmente com a presença de todos os integrantes do EMAD para avaliação conjunta, orientações e assinatura do Termo de Consentimento.
- Elaboração do projeto terapêutico. Solicitação e encaminhamento para disponibilização dos insumos e equipamentos necessários ao caso.

Evolução do caso

- A evolução do caso pode resultar nos seguintes desfechos: melhora do quadro, piora, óbito.
- No caso de melhora com estabilização do quadro, o SAD deverá encaminhar o paciente para a modalidade AD1, sob cuidados da equipe de atenção básica.
- No caso de piora, o paciente deverá ser removido para o setor de atenção à urgência e emergência ou internação hospitalar.
- O óbito será atestado pelo médico do SAD responsável pelo atendimento na data e no horário de sua ocorrência. Nos finais de semana e período noturno, quando não houver funcionamento do SAD, o atestado será emitido por órgão competente. A EMAD fará visita pós-óbito aos familiares.

Mesmo com esse fluxo bem definido, podem surgir dúvidas. Por exemplo, considere um paciente que tenha recebido alta hospitalar e sido encaminhado para o SAD. Ao fazer a visita ao domicílio, o profissional da EMAD constata que este não apresenta condições adequadas para manter o paciente em tratamento domiciliar. Quais os encaminhamentos a serem feitos após essa constatação?

É necessário recordar que a admissão ao SAD depende das condições clínicas de cada paciente, da existência de cuidador para acompanhar cotidianamente o caso e das condições de ambiente domiciliar.

No caso proposto, o último critério não foi atendido. Antes da negativa e da manutenção do paciente no hospital, é preciso que a equipe de atenção domiciliar oriente os familiares sobre quais seriam as melhorias a serem adotadas e convoque-os a, juntos, buscarem alcançar tais condições.

É de suma importância procurar alternativas em outros serviços e políticas do poder público. Se ainda assim não houver condições, será preciso avaliar outro local para o tratamento, como instituições de longa permanência para idosos. Tais cuidados buscam assegurar a qualidade do tratamento e a segurança do paciente.

Além de avaliar e emitir parecer admissional, a equipe deve elaborar o Projeto Terapêutico Singular e encaminhar o pedido dos equipamentos e insumos necessários a cada caso. Esse exemplo reforça a necessidade de esse fluxo ser bem estabelecido.

Leitura complementar

O detalhamento dos mecanismos de admissão no SAD está no **Capítulo 5 – Perfil de elegibilidade do paciente para atenção domiciliar**, do Volume 1 do Caderno de Atenção Domiciliar, disponível em:

<<https://unasus2.moodle.ufsc.br/mod/resource/view.php?id=5671>> ou
<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf>.



O Projeto Terapêutico Singular (PTS) constitui-se de ações de caráter clínico ou não, visando atender às necessidades do paciente. O PTS é proposto pela equipe de atenção domiciliar e deve ser discutido com a equipe da UBS, os familiares e o cuidador. Nele, devem constar os seguintes dados:

- diagnóstico;
- metas;
- definição das responsabilidades;
- reavaliação.



Leitura complementar

Para aprofundar seus conhecimentos sobre Projeto Terapêutico Singular na atenção domiciliar, recomendamos a leitura do **Capítulo 1 – Gestão do Cuidado na Atenção Domiciliar**, no Volume 2 do Caderno de Atenção Domiciliar. Acesse:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf>

ou <<https://unasus2.moodle.ufsc.br/mod/resource/view.php?id=5670>>.

1.6 Critérios e condições de elegibilidade, alta ou saída na atenção domiciliar

Há critérios de admissão e de alta, ou saída dos usuários, que definem quem pode ser atendido no SAD. Podem ser critérios clínicos e critérios administrativos.

- **Critérios clínicos:** definem o tipo necessário de modalidade de atenção domiciliar.
- **Critérios administrativos:** devem ser aplicados em todos os casos.

Para visualizar os critérios clínicos nas modalidades AD2 e AD3 e critérios administrativos para todas as modalidades, observe o diagrama a seguir.



CRITÉRIOS CLÍNICOS

	MODALIDADE AD2		MODALIDADE AD3
	<ul style="list-style-type: none">• Procedimentos de maior complexidade passíveis de realizar no domicílio, como curativos e drenagem de abscesso.• Monitoramento de sinais vitais.• Adaptação do uso do dispositivo de traqueostomia, uso de órteses/próteses, uso de sondas e ostomias.• Reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem serviços de reabilitação.• Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica.• Acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso.• Necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória.• Necessidade de medicação endovenosa ou subcutânea.• Necessidade de fisioterapia semanal.		<ul style="list-style-type: none">• Existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para AD2.• Necessidade de uso de, no mínimo, um dos equipamentos/procedimentos adiante:<ul style="list-style-type: none">a. oxigenoterapia e suporte ventilatório não invasivo (CPAP, BIPAP e concentrador de O₂);b. diálise peritoneal;c. paracentese.



CRITÉRIOS ADMINISTRATIVOS

TODAS AS MODALIDADES

- Local de moradia no território de atuação da EMAD.
- Existência de cuidador no caso de dependência funcional.
- Consentimento formal do paciente ou familiar responsável com a assinatura do Termo de Consentimento Informado.
- Concordância e encaminhamento do médico assistente responsável pelo caso na UBS, UPA, no hospital ou em outro serviço anterior.
- Ambiência domiciliar minimamente adequada aos cuidados domiciliares (rede elétrica, água potável, espaço físico adequado ao uso de equipamentos).

Figura 7 - Critérios clínicos e administrativos de elegibilidade, alta ou saída na atenção domiciliar.

Pacientes com, por exemplo, necessidade de monitoramento, assistência de enfermagem ou de procedimentos diagnósticos de sequência, com urgência, de maneira continuada, que necessitam de ventilação mecânica contínua, não serão atendidos no SAD. Caso pacientes admitidos no SAD evoluam para esses quadros, deverão ser imediatamente encaminhados ao hospital.

A **alta** é o ato que determina o desligamento do paciente do serviço com base em algumas situações em andamento:

- a melhora das condições clínicas, com transferência para a modalidade AD1, sob responsabilidade da Atenção Básica;
- agravamento do quadro que justifique internação hospitalar;
- piora das condições domiciliares mínimas com comprometimento da segurança da atenção domiciliar;
- inexistência de cuidador nos casos de dependência funcional;
- mudança do paciente da área de abrangência do SAD;
- solicitação de desligamento pelo paciente ou por familiares;
- não cumprimento das condições terapêuticas e acordos assistenciais após inúmeras tentativas de repactuação;
- óbito.

A decisão de alta ou desligamento do serviço deve ser feita mediante avaliação do quadro por membros da EMAD, após ampla discussão do caso pela equipe. O processo deve ser documentado em formulário específico.



Leitura complementar

Alguns estudos apontam inúmeras vantagens para o serviço, o paciente e os profissionais de saúde quando da implantação do SAD. Sugerimos a leitura de duas revisões sobre o tema:

LACERDA, M. R.; GIACOMOZZI, C. M.; OLININSKI, S. R.; TRUPPEL, T. C. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde Soc.**, 2006; 15(2): 88-95. REHEM, T. C. M. S. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/09>>.

REHEM, T. C. M. S. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Trad. LAB. Ciência & Saúde Coletiva, 2005; 10(supl.): 231-242. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000500024&script=sci_arttext>.



Encerramento da unidade

Parabéns! Você concluiu a unidade 1 do módulo Implantação e Gerenciamento do SAD. Portanto, já viu que os desafios são muitos. Esperamos que tenha conseguido sanar suas dúvidas. Boa sorte na implantação do SAD em seu município!

Unidade 2

Composição e formação da equipe do Serviço de Atenção Domiciliar

2.1 Introdução da unidade

Nesta unidade, será apresentado um conjunto de tópicos relacionados com a composição e formação das equipes de atenção domiciliar. Você perceberá que tanto a composição quanto a formação das equipes são essenciais para a garantia do cuidado integral no âmbito da atenção domiciliar.

Tendo em vista os objetivos desta unidade, procuramos abordar os tópicos mais relevantes para o gestor municipal nas etapas de seleção e contratação de profissionais para composição das equipes de atenção domiciliar, cadastro no SCNES e capacitação de tais equipes.



Leitura complementar

Para compor e formar a equipe do SAD, é imprescindível a leitura da PORTARIA Nº 963, de 27 de maio de 2013, que redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>.

2.2 Seleção e contratação dos profissionais das equipes

Para iniciar, vamos conhecer a composição necessária à implantação da equipe de saúde do SAD, bem como saber identificar os mecanismos de seleção e contratação dos profissionais da equipe do SAD.

Definir e selecionar os profissionais de saúde que farão parte da equipe é de suma importância na implantação do SAD.

No momento anterior ao da seleção e contratação dos profissionais, é necessário estabelecer o número de equipes EMADs e EMAPs que o município implantará segundo a população adstrita e seu perfil de morbidade, conforme se demonstra por meio dos dados. Após essa definição, é possível pensar na forma de contratação.

2.2.1 Composição mínima das equipes de atenção domiciliar (EMAD)

A composição mínima de uma EMAD depende da população de cada município. Porém, esteja atento, porque nenhum profissional componente da EMAD poderá ter carga horária semanal inferior a 20 (vinte) horas.

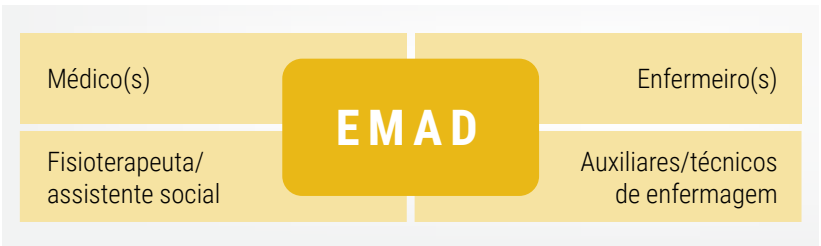


Figura 8 - Composição básica de uma EMAD.

Composição mínima das equipes de atenção domiciliar EMAD Tipo 1 para municípios com população igual ou superior a 40 mil habitantes.

Médico(s)	Com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho.
-----------	--

Enfermeiro(s)	Com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho.
Fisioterapeuta – assistente social	Com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho.
Auxiliares – técnicos de enfermagem	Com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho.

Figura 9 - EMAD Tipo 1 - composição mínima.

Composição mínima das equipes de atenção domiciliar EMAD Tipo 2 para municípios com população igual ou superior a 20 mil habitantes.

Médico(s)	Com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 20 (vinte) horas de trabalho.
Enfermeiro(s)	Com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho.
Fisioterapeuta – assistente social	1 (um) fisioterapeuta com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho ou 1 (um) assistente social com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho.
Auxiliares – técnicos de enfermagem	Com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho.

Figura 10 - EMAD Tipo 2 - composição mínima.

A composição mínima das equipes multiprofissionais de apoio (EMAP) será determinada segundo as necessidades locais. Deve apresentar uma composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, cuja soma das cargas horárias semanais dos componentes acumule, no mínimo, 90 (noventa) horas semanais, dentre os seguintes profissionais:

- assistente social;
- fisioterapeuta;
- odontólogo;
- psicólogo;
- fonoaudiólogo;
- farmacêutico;
- nutricionista;
- terapeuta ocupacional.

Municípios que têm uma EMAD implantada poderão, ou não, implantar uma EMAP para suporte e complementação das ações de saúde da atenção domiciliar. Para municípios maiores, há a possibilidade de, a cada três EMADs a mais, implantar mais uma EMAP. Veja a seguir os parâmetros estabelecidos na Portaria nº 963.

Cada EMAD atenderá uma população adstrita de 100 mil habitantes. Em municípios com população menor que cem mil habitantes, a EMAD atenderá população adstrita igual à população do município.



Figura 11 - Quantidade de usuários de referência para o funcionamento das EMADs.

As EMADs serão organizadas com uma base territorial, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida. Elas vão se relacionar com os demais serviços de saúde que compõem a rede de atenção à saúde, em especial com a Atenção Básica.

Ao atingir a população de 150 mil habitantes, o município poderá constituir uma segunda EMAD, e poderá constituir, sucessivamente, uma nova EMAD a cada 100 mil novos habitantes, de acordo com o diagrama a seguir.

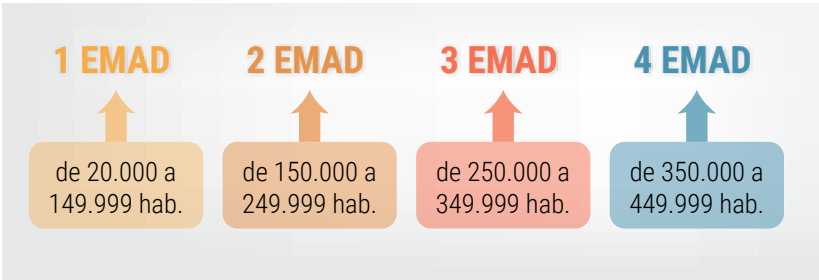


Figura 12 - Etapas de constituição de novas EMADs no município.

Todos os municípios com uma EMAD implantada poderão implantar uma EMAP. A cada três EMADs a mais, a cidade fará jus à possibilidade de implantar mais uma EMAP, conforme está ilustrado a seguir.

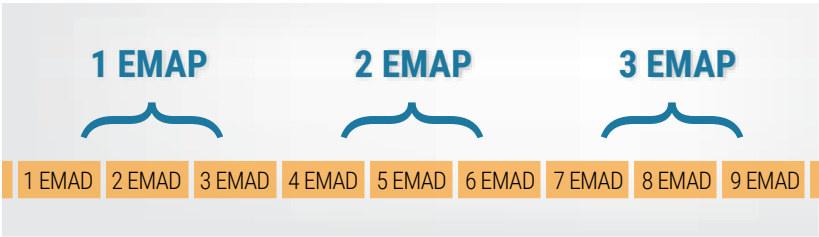


Figura 13 - Etapas de constituição de novas EMAPs no município.

Após discutir com a equipe da gestão de Atenção Básica, é possível decidir a modalidade, a composição e o número de EMADs. Porém, se o município não contar com EMAP, deverá garantir a integralidade da atenção aos usuários por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e (ou) ambulatórios especializados.

Quando o número de equipes de atenção domiciliar e sua composição estiverem definidos, será necessário definir o perfil dos profissionais que devem compor as equipes.

2.2.2 Perfil dos profissionais das equipes de atenção domiciliar

Todos os profissionais devem comprometer-se com ações intersetoriais e interdisciplinares, de promoção, prevenção, tratamento e (ou) reabilitação, além dos processos de educação permanente, gestão, responsabilidade sanitária e organização territorial do serviço de saúde.

Deste modo, é importante fazer o levantamento dos profissionais que tenham esse perfil, que já trabalharam com atenção domiciliar, ou que tenham interesse em desenvolver as competências, habilidades e atitudes exigidas nessa área.

2.2.3 Fluxo da seleção e contratação

Uma vez definidos quantos profissionais vão compor a equipe de atenção domiciliar no município, é necessário seguir para a etapa de seleção e contratação dos profissionais das equipes de atenção domiciliar. Acesse o link para visualizar um fluxograma que ilustra bem esse trâmite: <<https://unasus2.moodle.ufsc.br/mod/resource/view.php?id=6380>>.

2.2.4 Passos para a seleção e a contratação dos profissionais das equipes de AD

Mesmo conhecendo todo o fluxograma, para compreender melhor o processo de seleção e contratação dos profissionais das equipes de atenção domiciliar você pode conferir os quatro passos principais, descritos a seguir.

1. Estabelecer comunicação com servidores efetivos e (ou) contratados, comunicando a respeito da formação das equipes para o SAD, o que poderá ser feito por meio de formulário, disponibilizado via intranet, e-mails, comunicação interna etc.
2. Levantar servidores efetivos e (ou) contratados, potencialmente qualificados e capazes ou que demonstrem interesse de serem membros das equipes de atenção domiciliar.
3. Levantamento feito por: recomendação ou indicação do profissional por conhecimento técnico na área; banco de talentos, caso sua Secretaria já tenha disponibilizado.
4. Fazer concurso público e (ou) seleção pública. Não sendo identificados servidores na Secretaria de Saúde com perfil indicado para a composição mínima das EMADs e EMAPs, você deverá dar seguimento à contratação. No setor público, a contratação pode ocorrer por meio de concurso público ou seleção pública.

Atenção

É importante que neste momento seja feita a articulação com o setor de recursos humanos/gestão de pessoas da Secretaria/Prefeitura, para que seja providenciada legalmente a abertura do edital. Todas essas etapas, desde contratação até capacitação das equipes, devem acompanhar a evolução do perfil de necessidade e da demanda da população.



2.3 Cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)

Com os profissionais que farão parte da EMAD selecionados e contratados, e a portaria ministerial publicada, habilitando o Serviço de Atenção Domiciliar do município, a próxima etapa é cadastrar os profissionais e a equipe no SCNES.

Leitura complementar

Para que haja melhor compreensão desta etapa, recomendamos a leitura dos seguintes documentos:

- Portaria nº 761, de 8 de julho de 2013, sobre normas para o cadastramento no CNES de estabelecimentos e equipes que farão parte da atenção domiciliar, disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0761_08_07_2013.html>
- Manual técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – versão 2, disponível em: <ftp://ftp.datasus.gov.br/cnes/Download/manual_de_preenchimento_SCNES.zip>



O estabelecimento de saúde inscrito no SCNES em que a EMAD ou a EMAP será alocada deve ser, preferencialmente, o mesmo já informado no Projeto de Implementação da AD. Por sua vez, as equipes que compõem o SAD devem ser incluídas no SCNES com os códigos descritos. Confira adiante os códigos:

22	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR TIPO 1 (EMAD 1)
23	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE APOIO (EMAP)
46	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR TIPO 2 (EMAD 2)
47	EQUIPE DE CUIDADOS DOMICILIARES

As equipes EMAD Tipo 1 (22), EMAD Tipo 2 (46) e EMAP (23) devem ser lotadas nos respectivos estabelecimentos. Confira adiante as lotações:

- 02 – CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA.
- 04 – POLICLÍNICA.
- 05 – HOSPITAL GERAL.
- 07 – HOSPITAL ESPECIALIZADO.
- 15 – UNIDADE MISTA.
- 20 – PRONTO SOCORRO GERAL.
- 21 – PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO.
- 36 – CLÍNICA/AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO.
- 62 – HOSPITAL DIA ISOLADO.

- 68 – SECRETARIA DE SAÚDE.
- 69 – CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA OU HEMATOLÓGICA.
- 71 – CENTRO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA.
- 73 – PRONTO ATENDIMENTO.
- 77 – SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR ISOLADO.

Respeitando os critérios apresentados aqui, o próximo passo é o cadastro no SCNES, conforme as orientações descritas na leitura complementar proposta a seguir.

Leitura complementar

Acesse o link para visualizar o passo a passo do cadastramento no SCNES:

<<https://unasus2.moodle.ufsc.br/mod/resource/view.php?id=5672>>



2.4 Capacitação da equipe

Depois de formada, a equipe é cadastrada no SCNES. A partir desse momento deve-se pensar em estratégias de capacitação desses profissionais, o que é muito importante para a qualificação do processo de trabalho da atenção domiciliar e para sua viabilização como componente transversal da rede de atenção à saúde do município.

Um programa de capacitação deverá ser desenvolvido não só para profissionais das equipes de atenção domiciliar, mas para todos os profissionais da rede de atenção à saúde que estejam direta ou indiretamente vinculados ao SAD, assim como para os cuidadores.

Também é muito importante a qualificação do processo de trabalho da atenção domiciliar e sua viabilização como componente transversal da rede de atenção à saúde do município.

A capacitação, entendida como educação permanente, tem o papel de desenvolver nos profissionais habilidades necessárias para qualificar o atendimento, tornando a prática do cuidado mais adequada. A educação permanente consiste num processo de aprendizagem visando à transformação das práticas e do processo de trabalho a partir da problematização.

Veja a seguir o quadro com algumas estratégias tanto para a capacitação como para a educação permanente, baseadas nos Cadernos de Atenção Domiciliar.

Capacitação		
Tipo	Conteúdo	Público-alvo
Seminário: implantação do serviço de AD	Conceitos, princípios de AD, critérios de inclusão e desligamento, organização do serviço, fluxos.	Gestores dos serviços que compõem a rede de atenção à saúde e complementam o cuidado em AD (AB, UPA, hospitais, regulação, SAMU, distritos sanitários etc.).
Oficina de capacitação para profissionais	Elementos de abordagem familiar, classificação de complexidade do cuidado em AD, situações clínicas e procedimentos comuns, cuidados paliativos, urgências no domicílio.	Profissionais das equipes de AD2 e AD3.

Oficina de capacitação para cuidadores	Guia Prático do Cuidador (BRASIL, 2008).	Cuidadores.
Educação permanente		
Tipo	Conteúdo	Público-alvo
Fórum de atenção domiciliar	Análise de indicadores, apresentação de casos, estudo de casos-controle, estudo de eventos-sentinelas, constituídos com base nos pacientes que transitam na rede.	Gestores e profissionais que compõem a rede de atenção à saúde e complementam o cuidado em AD (AB, UPA, hospitais, regulação, SAMU, distritos sanitários etc.).
Reuniões em coordenação do SAD	Qualificação de assistência, aprimoramento dos protocolos e fluxos de encaminhamento.	Gestores dos serviços que compõem a rede de atenção à saúde e complementam o cuidado em AD (AB, UPA, hospitais, regulação, SAMU, distritos sanitários etc.).
Reuniões periódicas da equipe	Análise de indicadores, discussão de casos clínicos, elaboração de projetos terapêuticos e discussão sobre conflitos e tensões do cotidiano.	Profissionais das equipes de AD1, AD2 e AD3.
Oficinas temáticas	Temas demandados pelos profissionais das equipes de AD.	Profissionais das equipes de AD2 e AD3.
Oficina pedagógica cuidadores	Trocas de experiências.	Cuidadores.

Agora, veja o quadro que descreve os eventos propostos como estratégias para capacitação e educação permanente.

Capacitação

Seminário: implantação do serviço de AD

Deve ser realizado no início da implantação do serviço, para que o público-alvo compreenda o seu funcionamento e identifique suas responsabilidades dentro da rede de atenção, viabilizando a operacionalização da AD no município.

Oficina de capacitação para profissionais

Consistem em oficinas de caráter técnico, cujo objetivo é instrumentalizar e preparar os profissionais para atuarem na atenção domiciliar. O conteúdo a ser trabalhado deve estar baseado no Caderno de Atenção Domiciliar, volume 2 (BRASIL, 2012b).

Oficina de capacitação para cuidadores

Consistem em oficinas de caráter técnico, cujo objetivo é instrumentalizar e preparar os cuidadores para atuarem na atenção domiciliar. Baseada no Guia Prático do Cuidador (BRASIL, 2008), a oficina de capacitação para os cuidadores deve ter enfoque no treinamento para as atividades diárias de cuidado, como higienização, troca de bolsas coletoras, banho no leito, administração de medicamentos, identificação de sinais de alerta, administração de dietas enterais e cuidados com as sondas.

Educação permanente

Fórum de atenção domiciliar

Tem o objetivo de efetivar a implantação e a qualificação do SAD no contexto da rede de atenção do município, por meio de análise de indicadores, apresentação de casos, estudo de casos-controle e estudo de eventos-sentinela, baseados nos dados dos pacientes que são atendidos na rede. São definidas as responsabilidades de cada ponto de atenção e são pactuados os encaminhamentos com base no diagnóstico dos problemas. Para que seja um local de discussão, aprendizado e aperfeiçoamento contínuos, sua viabilização vai se dar preferencialmente por meio da criação de um espaço virtual de acesso exclusivo pelos profissionais e gestores dos serviços envolvidos.

Reuniões em coordenação do SAD

As unidades solicitantes são aquelas que realizam encaminhamento de pacientes para o SAD, por isso devem conhecer os protocolos e fluxos preestabelecidos dentro da rede de assistência. Essas reuniões, que devem ser periódicas, consistem numa estratégia de aprimoramento dessas relações, cujo objetivo é qualificar a assistência, efetivar e aprimorar esses protocolos e fluxos de encaminhamentos relacionadas à AD, com revisão e readequação dos critérios quando necessário.

Reuniões periódicas da equipe

- Reunião de uma equipe, reunião entre uma EMAP e as EMADs que ela apoia, ou reunião do coordenador com todas as equipes do SAD. Seus objetivos são: planejar e avaliar o processo de trabalho, com base na análise de indicadores; discutir casos clínicos; elaborar projetos terapêuticos; discutir sobre conflitos e tensões do cotidiano. Este espaço ajuda a: identificar soluções e encaminhamentos para os problemas e desafios do cotidiano; adequar o processo de trabalho; aprender com os erros e acertos, construindo grupalidade por meio da disseminação dos saberes e das trocas de experiências; construir coletivamente projetos, protocolos assistenciais e capacitações. Cada equipe também pode realizar sua própria reunião, definida a partir de suas próprias necessidades, desde que seja pactuada com o coordenador do SAD e tenha periodicidade definida previamente.
- Discussão de casos com outros pontos de atenção (equipes do SAD e outras equipes da rede de atenção). Seu objetivo é discutir situações específicas do processo de trabalho e gestão do cuidado, com enfoque nos casos mais complexos. Na perspectiva do apoio matricial, por exemplo, as equipes do NASF, com as equipes de Saúde da Família, podem oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico pedagógico às equipes do SAD, atuando de modo compartilhado e integral no cuidado à saúde.

Oficinas temáticas

Tem o objetivo de qualificar o processo de trabalho na AD, discutindo temas demandados pelos profissionais com base em experiências, dúvidas ou dificuldades identificadas na prática. Além disso, a coordenação do SAD pode sugerir temas como os que seguem:

- o desafio do cuidado continuado no SUS;
- limites e compartilhamento da atenção domiciliar realizada na AB e SAD;
- modos de fortalecer a intersetorialidade;
- cuidando do cuidador;
- terminalidade da vida: cuidados paliativos e fluxo para óbito;
- abordagem peculiar ao idoso frágil domiciliado;
- desospitalização: o quê, como, quando e para quem.

Oficina pedagógica cuidadores

A educação permanente dos cuidadores consiste no acompanhamento e suporte fornecidos pelo serviço de saúde para qualificar o cuidado prestado, assim como minimizar as dificuldades inerentes a essa atividade, por meio da escuta ativa, de ações educativas, da criação de espaços coletivos ou grupos de apoio. As oficinas pedagógicas são espaços nos quais os cuidadores conversam, aprendem, compartilham experiências, angústias, medos e dificuldades. As pessoas do grupo formam uma rede de apoio social, já que todos estão unidos pelo mesmo motivo. Podem ser realizadas na própria comunidade, facilitando assim a participação dos cuidadores e a aproximação da realidade local.

Para a organização das oficinas, sugerimos algumas dicas com aspectos a serem considerados para sua viabilização. Veja com mais detalhes a seguir.



Definição do(s) objetivo(s), do público-alvo e do conteúdo da oficina

Estes três aspectos são interdependentes e norteiam toda a organização de uma oficina, por isso devem ser os primeiros a serem definidos.



Instituições responsáveis/parceiras

A Secretaria Municipal de Saúde pode ser a instituição responsável pela realização da oficina, assim como pode viabilizar parcerias com a Secretaria de Estado da Saúde, o Polo de Educação Permanente em Saúde, as universidades públicas ou privadas, Escolas de Saúde Pública, entre outras instituições.



Definição de local, datas e horários

O local deve ser apropriado em termos de acesso e capacidade física. A carga horária total da oficina depende do conteúdo e da forma como este será abordado. A distribuição dessa carga horária deve considerar a viabilidade da participação do público-alvo. Uma carga de 12 horas pode ser dividida, por exemplo, em 3 períodos de 4 horas, ou em 2 períodos de 6 horas.



Identificação dos recursos necessários

A viabilização da oficina depende da disponibilidade dos recursos necessários para realizá-la. Você deve fazer um levantamento dos recursos humanos, materiais e financeiros, especificando a quantidade de cada item.



Definição dos responsáveis para cada função

Além de definir os coordenadores, facilitadores, apoiadores etc., é necessário identificar as responsabilidades de cada um.



Divulgação da oficina

A elaboração e o encaminhamento do convite para os participantes da oficina devem ser realizados com antecedência suficiente para garantir a participação de todos.

Figura 14 - Boas práticas para a organização das oficinas.



Encerramento da unidade

Parabéns, você chegou ao fim da unidade 2 do módulo Implantação e Gerenciamento do SAD! Nesta unidade, você viu a importância da composição e formação das equipes para a garantia do cuidado integral no âmbito da atenção domiciliar, assim como a necessidade de estabelecer um plano de capacitação que as qualifique para tal modalidade de atendimento.

Unidade 3

Divulgação e acompanhamento do Serviço de Atenção Domiciliar

3.1 Introdução da unidade

Ao implantar um serviço de saúde, é lançado o desafio de garantir a qualidade da atenção prestada aos usuários que dele necessitam. No contexto da atenção domiciliar, a melhoria da qualidade ocorre a partir da reorganização das ações, baseada no conhecimento da realidade local.

O monitoramento e a avaliação tornam-se ferramentas indispensáveis nesse processo, subsidiando a tomada de decisão fundamentada e sistematizada.

Nesta unidade, você encontrará subsídios para fazer a divulgação do SAD no seu município, assim como realizar o monitoramento e avaliação do serviço.

3.2 Divulgação do Serviço de Atenção Domiciliar

Com o SAD preparado para entrar em funcionamento no município, contando com a infraestrutura necessária, com as equipes contratadas e com os insumos e equipamentos já disponibilizados, faz-se necessário utilizar uma estratégia de divulgação.

Divulgar o SAD é importante para que a comunidade e a própria rede de serviços de saúde o reconheçam. Para divulgar o SAD em seu município, você pode utilizar várias estratégias.

No diagrama a seguir você vê algumas estratégias de divulgação.



Mídia impressa

Consiste na confecção e distribuição de pôsteres, folhetos e cartazes com informações resumidas e objetivas sobre o serviço. Esses materiais podem ser distribuídos em eventos, cursos, reuniões, ou podem ser disponibilizados nos pontos de atenção à saúde da rede municipal, onde também podem ser afixados cartazes com a divulgação do serviço. A mídia impressa será fundamental na divulgação inicial do serviço, assim que este for implantado no município.



Mídia eletrônica

Consiste na divulgação do serviço nos sites governamentais e institucionais, como o da Secretaria Municipal de Saúde. Nesse espaço de divulgação cabe maior detalhamento sobre o funcionamento do SAD, com respostas a dúvidas frequentes e contatos para maiores informações. Esse meio deve ser constantemente atualizado, e o link de acesso deve constar na mídia impressa.



Divulgação na imprensa

Trata-se da divulgação por meio da publicação de reportagens, textos ou notas em jornais impressos, assim como entrevistas em rádio ou programas de TV locais.



Divulgação em eventos

A divulgação em eventos pode ser feita por meio de distribuição de mídia impressa, publicação de trabalhos, apresentações orais, distribuição de brindes etc. Pode ser realizada mesmo em eventos com outras temáticas, mas que tenham como participante o público-alvo do serviço de atenção domiciliar. A realização de um evento para fins de divulgação do serviço pode ser uma estratégia voltada aos profissionais da Rede de Atenção à Saúde, à comunidade ou a ambos.

Figura 15 - Estratégias de divulgação do SAD.

Clique no link a seguir para ver um exemplo de divulgação na imprensa:

<https://www.youtube.com/watch?v=EMNLjJi2qx0>.

Além dessas estratégias, a divulgação do serviço deve ocorrer por meio da **identidade visual**, que representa visualmente a instituição e o serviço prestado por meio de logomarcas. Veja alguns exemplos nas imagens a seguir.



Figura 16 - Exemplos de identificação visual do SAD.

Lembre-se de que a logomarca do Melhor em Casa já é conhecida em muitos lugares e pode ser utilizada, desde que sejam seguidos os padrões especificados nos manuais de identidade visual.



Figura 17 - Logomarca do Melhor em Casa.

Leitura complementar

Conheça o Manual de Identidade Visual do Melhor em Casa, clicando no link: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2013/outubro/18/doc7-181013.pdf>.



3.3 Monitoramento e avaliação do Serviço de Atenção Domiciliar

O gerenciamento e acompanhamento do SAD no município utiliza como estratégias o monitoramento e a avaliação a partir dos quais são produzidas as informações necessárias para o planejamento e a reformulação das ações do serviço.

Tanto para o monitoramento como para a avaliação do serviço, é necessário estabelecer uma rotina de registro, sistematização e análise das informações produzidas com base em todas as ações em atenção domiciliar. É fundamental que as informações sejam corretamente registradas nos sistemas de informação disponíveis.

Os registros das ações da atenção domiciliar podem ser feitos no Sistema de Informação Hospitalar (SIH), no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA). Confira o detalhamento sobre os sistemas de informação que atualmente embasam o monitoramento e avaliação do SAD enquanto não houver sua substituição pelo e-SUS.

Sistema de Informação Hospitalar (SIH)

Os estabelecimentos de saúde habilitados no código 13.01 (Internação Domiciliar) informam e captam recurso por meio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Desde a publicação da Portaria n.º 963 (BRASIL, 2013) não é mais possível que outros estabelecimentos de saúde sejam habilitados no código 13.01, mas aqueles que já estavam habilitados nesse código permanecerão utilizando a AIH.

Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB ou SIAB)

As equipes de Atenção Básica, conforme previsto na Portaria n.º 963 (BRASIL, 2013), são responsáveis pela modalidade AD1. Assim, as ações realizadas no domicílio por essas equipes devem ser registradas no SISAB. Caso o município ainda não tenha implantado o e-SUS, esse registro deve ser realizado no SIAB.

Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e o RAAS-AD

O Registro Ambulatorial das Ações em Saúde na Atenção Domiciliar (RAAS-AD) é o modo de captação das informações em atenção domiciliar do SIA. Ele foi instituído pela Portaria n.º 276, de 30 de março de 2012 (BRASIL, 2012c), com o objetivo de incluir as necessidades relacionadas ao monitoramento das ações e dos serviços de saúde conformados em Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012c).

Figura 18 - Atuais sistemas de informação de monitoramento e avaliação do SAD.

O RAAS-AD deve ser um instrumento norteador para a gestão do SAD, pois dispõe de um conjunto de informações que refletem diretamente na prática

das equipes, aponta fragilidades e potencialidades da rede de cuidado em AD, além de revelar questões indispensáveis ao planejamento de ações à luz das necessidades do usuário.

De acordo com a Portaria n.º 963 (BRASIL, 2013), a falha na alimentação do SIA, por meio do Sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) ou de outro que o substitua, por período superior a 60 dias, implicará a suspensão do repasse financeiro pelo Ministério da Saúde.

Saiba mais

Na página eletrônica do Programa Melhor em Casa você pode acessar em Materiais de apoio o link “Outros Documentos”, em que poderá ler os manuais e documentos das seções RAAS-AD e Notas técnicas: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_melhor_em_casa.php>.

Acesse também o vídeo tutorial de instalação do RAAS-AD, clicando no link: <https://www.youtube.com/watch?v=9yX-BQ_xYEw>.



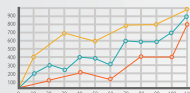
O e-SUS é uma estratégia do Ministério da Saúde para reestruturar e integrar os vários sistemas de informação, a fim de permitir um registro da situação de saúde individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde.

O SISAB utiliza o e-SUS AB, que foi desenvolvido para adequar o sistema de informação às necessidades da Atenção Básica. Ele é composto pelo Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC-AB) e pela Coleta de Dados Simplificada (CDS-AB). Seus instrumentos de coleta de dados integram os diversos sistemas de informação existentes na Atenção Básica, reduzindo a necessidade de registrar as mesmas informações em mais de um instrumento (fichas/sistemas).

Caso seja necessário, entre no site a seguir e acesse todas as informações, os documentos e arquivos necessários para a instalação do sistema em seu município: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>.

Para o monitoramento, é necessário que haja o adequado preenchimento dos prontuários dos pacientes, dos sistemas de informação já mencionados, e que sejam estabelecidas e padronizadas planilhas de controle a serem preenchidas pelas equipes de AD (1, 2 e 3).

Utilizando planilhas eletrônicas, por exemplo, é possível gerar tabelas e gráficos que serão bastante úteis para o monitoramento. Veja a seguir algumas informações que as equipes de um município podem registrar em planilhas.



Registros municipais

- Origem dos encaminhamentos.
- Faixas etárias.
- Patologias.
- Média de visitas por paciente.
- Internações hospitalares e domiciliares.
- Altas.
- Motivos do desligamento do SAD.
- Taxa de permanência no SAD.
- Taxa de infecção.
- Agravos (cateter, ostomias, entre outros).
- Óbitos.
- Cuidados paliativos.
- Produtividade das equipes e dos profissionais.

Figura 19 - Exemplos de informações registradas em planilhas.

Perceba que essas informações interessam tanto aos gestores, que as utilizam na tomada de decisão, na avaliação de efetividade e impacto da política e na prestação de contas à sociedade, como às equipes do SAD, para avaliar o próprio processo de trabalho em aspectos como resolutividade, abrangência, integração com a rede de atenção à saúde, perfil epidemiológico, demográfico e (ou) social dos usuários.

A avaliação é uma ferramenta imprescindível para o planejamento das ações na atenção domiciliar. Você pode avaliar o SAD do seu município sob diversos aspectos, como qualidade, resolubilidade da assistência, satisfação do usuário e desempenho da equipe.

Seja qual for o aspecto a ser avaliado, é necessário que você escolha alguns indicadores e parâmetros com base nos quais emitirá um juízo de valor (bom/ruim, satisfatório/insatisfatório, entre outros). Para ter auxílio nessa tarefa, você pode consultar um quadro com alguns dos indicadores da RDC 11 de 2006, do Manual Instrutivo do Melhor em Casa e do Manual de Monitoramento e Avaliação do Melhor em Casa. Eles estão classificados em indicadores de estrutura, processo e resultado. É importante que você analise esses indicadores e identifique se são adequados à sua realidade. Cada localidade tem suas especificidades, portanto você pode propor e utilizar outros indicadores para monitoramento e avaliação do SAD no seu município. Acesse no link: <<https://unasus2.moodle.ufsc.br/mod/resource/view.php?id=6381>>

Observe que esses indicadores estão num contexto de avaliação baseado no referencial teórico de Donabedian (estrutura, processo e resultado). Se você quiser avaliar outra dimensão do serviço, como a satisfação do usuário, terá de utilizar outros indicadores que permitam o julgamento desse aspecto do serviço.



Encerramento da unidade

Parabéns, você chegou ao fim da unidade 3 do módulo Implantação e Gerenciamento do SAD!

Nesta unidade, você encontrou subsídios para estruturar a divulgação do SAD no seu município, assim como realizar o monitoramento e a avaliação do serviço.

Esperamos que os exemplos aqui trabalhados, referentes ao município de Águas Claras, possam auxiliá-lo na implantação e no gerenciamento do SAD no seu município. Lembre-se de consultar documentos e leituras complementares aqui referenciados, que trazem informações adicionais importantes para esta etapa de estruturação do serviço.



Referências

Unidade 1

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. **Caderno de Atenção Domiciliar**. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Unidade 2

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, maio 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 761, de 8 de julho de 2013. Estabelece normas para o cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, julho 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. **Caderno de Atenção Domiciliar**. v. 2 Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde/CNES** – Versão 2. 162 p. 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 141, n. 32, Seção 1. p. 37-41.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Unidade 3

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. **Manual de Identidade Visual Melhor em Casa Versão 1.0**. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2013/outubro/18/doc7-181013.pdf>>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. **Manual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Domiciliar/Melhor em Casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 208, 28 out. 2011. Seção 1. p. 44.

_____. Ministério da saúde. Portaria n.º 276, de 30 de março de 2012. Institui o sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 64, 2 abr. 2012. Seção 1. p. 50, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **RAAS – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde: Manual de Operação do Sistema**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível

em: <ftp://ftp.datasus.gov.br/siasus/Documentos/Manual_Operacional_RAS_V_1_3.pdf>.

-----. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Atenção Domiciliar. Nota técnica n.º 61. **Orientação para acesso aos procedimentos RAAS AD via TABNET.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_ras_ad_tabnet.pdf>.



Autores

Josimari Telino de Lacerda

- Endereço do currículo na plataforma Lattes:
<<http://lattes.cnpq.br/3150002833629910>>

Claudia Flemming Colussi

- Endereço do currículo na plataforma Lattes:
<<http://lattes.cnpq.br/2969799668909234>>

Daniela Baumgart de Liz Calderón

- Endereço do currículo na plataforma Lattes:
<<http://lattes.cnpq.br/1656991690462967>>

Edenice Reis da Silveira

- Endereço do currículo na plataforma Lattes:
<<http://lattes.cnpq.br/0935157546731756>>

