

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA  
COORDENAÇÃO-GERAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR



**Melhor em Casa**

A SEGURANÇA DO HOSPITAL NO  
CONFORTO DO SEU LAR

# **Caderno de Atenção**

## **Domiciliar**

### **Volume 1**

BRASÍLIA – DF

2012

## CAPÍTULO 3

---

### **GESTÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR - SAD**

É essencial perceber que a organização de serviços de saúde na perspectiva das RAS, incluindo a atenção domiciliar como um componente estratégico, não é um processo que se dá de forma espontânea, e sim de forma gradual e com a implementação de dispositivos que ajudem a operacionalizar esta forma de organização. A decisão técnico-política de implantar a AD e a clareza do arranjo que se quer montar a partir de princípios e diretrizes norteadores das ações provocam a capacidade de diálogo entre o conjunto de serviços e trabalhadores que compõe a rede, garantindo a qualificação da assistência prestada e o trabalho de forma integrada entre os serviços, segundo as necessidades do usuário.

Para além dos desafios de sua implantação, vale destacar uma característica que agrega complexidade à tarefa de coordenar um SAD: o cuidado realizado pelas equipes de AD acontece na casa das pessoas, inexistindo, neste caso, um estabelecimento de saúde no qual é realizado. Assim, o coordenador lida com diferentes variáveis, que vão desde as diferentes formas como cada equipe (e cada trabalhador) entende e produz seu processo de trabalho, até o deslocamento das equipes (relacionado com a situação do trânsito, agendamento de visitas nas diversas localidades, seleção de materiais necessários, entre outros) e às diferentes culturas, dinâmicas familiares e tipos de moradias. Em síntese: coordenar um SAD implica lidar com especificidades bastante diferentes de coordenar qualquer outro serviço de saúde.

O papel do coordenador é, desde o início, estratégico neste gradativo processo de implantação do serviço. Isto inclui desde questões mais “duras” de organização e gerenciamento de forma geral, passando pela comunicação do SAD com os outros pontos de atenção da rede (inseridos no setor saúde ou não), até a viabilização de ofertas em educação permanente para as equipes (fóruns, cursos, textos, espaços de reflexão do processo de trabalho e de situações vivenciadas no cotidiano). Com isso, o coordenador do SAD pode ser considerado o “guardião” dos princípios que regem a rede de atenção e o funcionamento do serviço e o “gestor” dos pactos/fluxos/protocolos pactuados e em constante aperfeiçoamento.

Dessa forma, destacamos alguns elementos importantes relativos a estas atribuições:

- ✓ Apoiar as equipes de AD na organização do processo de trabalho e na discussão/resolução de conflitos e impasses;
- ✓ Promover, acompanhar, avaliar e proceder à estruturação da Atenção Domiciliar de acordo com as diretrizes e forma de organização instituídas na Portaria Nº 2.527 de 27 de outubro 2011 e dialogando com as singularidades locais;
- ✓ Garantir a discussão periódica dos casos clínicos/situações mais complexas e relevantes para análise do processo de trabalho das equipes e organização do SAD;
- ✓ Acompanhar e apoiar da operacionalização dos Projetos Terapêuticos Singulares – PTS (ver o Cap. 1 Vol. 2 do Caderno de Atenção Domiciliar) para garantia da qualidade assistencial;
- ✓ Providenciar as escalas e controles de visitas que propiciem olhar sistêmico e integral a todos os pacientes em acompanhamento, dentro do atendimento multiprofissional;
- ✓ Induzir organização do SAD de modo que sejam realizados atendimentos das intercorrências e agravos dos pacientes em acompanhamento, quando necessário, a partir de protocolos e fluxos assistenciais estabelecidos pelos serviços;
- ✓ Garantir que ocorra o registro de todos os procedimentos executados e evolução do paciente no Prontuário de Atendimento Domiciliar;
- ✓ Promover a interlocução com todos os serviços de saúde da rede assistencial, com garantia de resolução dos problemas e encaminhamentos quando necessários (UBS/SAMU/UPA/Hospitais/Especialidades, entre outros);
- ✓ Instruir as equipes de AD na identificação de sinais de maus tratos, negligência e violência contra o paciente e, intervir, sempre que necessário, inclusive com denúncia no Ministério Público/Delegacia do Idoso e outras;
- ✓ Propor e participar da elaboração dos Manuais de Rotinas e Protocolos Clínicos das atividades referentes à Atenção Domiciliar e garantir que os mesmos sejam atualizados;

- ✓ Monitorar os indicadores para a avaliação do serviço de AD;
- ✓ Propor, planejar, promover e supervisionar as ações de capacitação, ensino e pesquisa na área de Atenção Domiciliar;
- ✓ Promover a análise dos dados da produção referentes à Atenção Domiciliar;
- ✓ Coordenar a execução das ações propostas nos Planos Anuais e Plurianuais de Saúde, relacionados à AD;
- ✓ Garantir que o serviço esteja integrado com todas as linhas de cuidados respeitando os protocolos, bem como a interlocução com todos os pontos de atenção das Redes de Saúde.

Alguns aspectos relacionados ao papel de coordenador do SAD serão destacados a seguir:

**a. Estabelecer/pactuar os fluxos com os pontos de atenção da rede:**

Este passo é fundamental para a organização dos fluxos assistenciais que se darão entre o SAD e os pontos de atenção da rede, a fim de promover o acesso a insumos, medicamentos e serviços necessários (como a rede de suporte diagnóstico, aos serviços de urgência e emergência - incluindo o SAMU, os leitos de retaguarda, a atenção básica, os ambulatórios especializados, Centros de Referência em Assistência Social – CRAS, entre outros).

O processo da construção e pactuação de fluxos pode ser estabelecido de diversas formas e seu maior objetivo é a garantia da continuidade e a qualidade do cuidado. Para isto, faz-se necessário definir os estabelecimentos nos quais as equipes estarão sediadas e a população adscrita, dentro da lógica de territorialização e equipes de referência, para que as equipes propiciem a complementaridade da assistência e não sobreposição de ações.

Para facilitar esta tarefa, sugere-se:

- Elaborar formulários específicos para a Atenção Domiciliar, que possibilitem o trânsito deste paciente com qualidade das informações e tenham por finalidade referência e contra-referência nos encaminhamentos e solicitação de exames complementares;

- Ampliar a comunicação promovendo conexão entre os pontos de atenção seja ele por contato telefônico, e-mail e/ou fax - usando instrumentos específicos já estabelecidos e acordados previamente;
- Realizar periodicamente reunião presencial entre os profissionais que atuam nas equipes de AD e os profissionais que atuam nos serviços demandantes, visando qualificar o cuidado, principalmente através da discussão dos casos/situações de maior complexidade, considerando inclusive as dificuldades sociais apresentadas.

O coordenador do SAD, como o grande “maestro” desse processo, precisa ter a capacidade de estabelecer relação com os serviços que compõem a rede de atenção à saúde, de modo a garantir ao paciente em AD o acesso aos insumos, medicamentos e serviços de que necessita e em tempo oportuno. Além disso, estar atento às mudanças necessárias nos fluxos estabelecidos e repactuações a partir das situações reais que vão aparecendo no cotidiano do trabalho.

#### **b. Acolhimento/acesso ao usuário do SAD**

Uma das maiores prerrogativas do SUS é a garantia de acesso do paciente aos serviços, insumos e equipamentos de saúde necessários ao seu cuidado. Na Atenção domiciliar, isto não deve ser diferente. Para isso, pode-se dispor de diversos tipos de protocolos, que representem as pactuações realizadas e, ao mesmo tempo, apoiem na realização de novas pactuações, de modo que o caminho do paciente na rede de atenção se dê de forma segura, na lógica da continuidade responsável do cuidado e com resolutividade.

Enfatizamos que a efetiva comunicação com os serviços de saúde da rede é essencial para o sucesso da Atenção Domiciliar, por isso a necessidade de que os protocolos e fluxos sejam previamente pactuados, incluindo a definição clara dos critérios de elegibilidade dos pacientes para a AD e sua classificação em uma das três modalidades (AD1, AD2 e AD3 – ver PT GM 2.527 de 27 de outubro de 2011 e o Cap. 4 Vol. 1 do Caderno de Atenção Domiciliar).

A solicitação que dispara a inclusão dos pacientes na Atenção Domiciliar (AD1, AD2 e AD3) pode ter por origem: hospitais (Unidades de Urgência e Emergência, Unidades de Internação, Unidades de Terapia Intensiva, Unidades Intermediárias), UBS, Unidades de Pronto Atendimento, Especialidades e Referências (ambulatórios, consultórios), SAMU, requerimentos (ex. demandas judiciais), ou por iniciativa e

necessidade do paciente, familiares e vizinhos. Essa solicitação deverá obedecer às rotinas e protocolos da AD.

Desta forma, pode-se elencar duas formas de acessar o SAD:

➤ **Indicação da AD pelos serviços que compõem a rede de atenção:** Através de fluxos e protocolos previamente pactuados, os serviços que compõem a rede de atenção podem indicar a AD e “encaminhar” o paciente para o SAD através de instrumentos específicos.

Os instrumentos específicos devem conter informações básicas e indispensáveis a continuidade do cuidado ao paciente: dados de identificação, quadro clínico, descrição de todas as necessidades de insumos (equipamentos, sondagens, curativos entre outros) e medicamentos a serem utilizados no domicílio, estado saúde/doença, exames realizados, intercorrências, identificação e contato do demandante, entre outras necessidades específicas de cada paciente (como as de ordem social).

Este tipo de acesso está relacionado, em grande medida, à alta hospitalar ou encaminhamento para o SAD a partir dos serviços de urgência e emergência. Dessa forma, deverá ocorrer sistematicamente o contato do SAD com o ponto de atenção demandante para que a alta do paciente esteja “casada” com a avaliação do SAD. Sobre este tipo de acesso, devemos considerar as seguintes questões:

- Quando relacionado às portas de urgência e emergências (por exemplo: UPA), reduz hospitalizações, e ainda, o excesso de demanda nestas “portas”. É importante ressaltar a necessidade de agilidade do SAD para avaliação e admissão dos pacientes;

- O paciente e/ou a família e sempre deverá ser bem informada e consultada a respeito da possibilidade de atenção domiciliar, como continuidade do cuidado ao paciente após alta hospitalar ou a partir de um serviço de urgência e emergência. Quando há acordo entre paciente e/ou família e profissionais de saúde, dentro do possível e dependendo das necessidades do usuário, a equipe do SAD fará visita prévia no domicílio (visita de ambiência), com a finalidade de verificar suas condições e a capacidade dos familiares em assumir os cuidados domiciliares, realizando explicações e orientações pertinentes;

- Quando a alta do paciente é adiada por algum motivo (piora do quadro clínico), o SAD deve ser comunicado para reagendar uma nova data de avaliação, não ocasionando visitas desnecessárias.

➤ **Demanda espontânea:** É possível que os próprios familiares acessem o SAD através do contato telefônico ou através da procura direto na sede. Esta forma de acesso pode ser comum, mas deve ser reconhecida como uma “situação analisadora”, que indica, talvez, dificuldade no acesso do paciente a outros serviços de saúde (atenção básica, por exemplo) ou falhas na comunicação destes serviços com o SAD. Cabe ressaltar que as equipes de AD devem sistematicamente, através de levantamentos de dados estatísticos dos casos de demanda espontânea, provocar discussões com os serviços de saúde do território a fim de estabelecer (ou restabelecer) os fluxos assistenciais, pois se espera que este tipo de acesso ocorra de forma ocasional. Considerando estes eventos como “situações analisadoras”, pode-se considerar o SAD como um “Observatório do Sistema”.

Quando a solicitação for do primeiro tipo, será encaminhada ao SAD, mesmo se houver contato telefônico ou pessoal, através de **instrumento específico**. A solicitação deve ser detalhada, contendo as condições de saúde e doença do paciente com histórico, prescrições, exames e intercorrências. O registro do pedido de inclusão em algum instrumento é importante e só será substituído quando a solicitação puder ser feita de forma eletrônica (prontuário eletrônico, por exemplo).

A equipe receberá o encaminhamento do paciente e agendará a entrevista pré-admissional e/ou visita por membro da equipe multiprofissional, prestando esclarecimentos sempre que necessário quanto aos critérios de inclusão e exclusão dos pacientes. Nos casos mais complexos poderá ocorrer visita prévia ao paciente ainda em internação hospitalar, com a elaboração da alta programada.

Após entrevista e visita pré-admissional, o membro da equipe aplicará os critérios de inclusão e exclusão, e em conjunto com a equipe, definindo se o paciente deverá admitido ou não.

Se o paciente não contemplar os critérios de admissão no SAD, deverá ser informada à família e ao Serviço Solicitante a justificativa da não admissão juntamente com encaminhamento pertinente a cada caso.

Caso haja a decisão de incluir a pessoa na AD, será agendada a primeira visita para avaliação do paciente e admissão no SAD. Esta primeira visita domiciliar preferencialmente deverá ser realizada pela EMAD completa, visando avaliação conjunta para elaboração do plano terapêutico.

Além da assinatura do termo de **Consentimento Livre Esclarecido** realizado pelo paciente ou pelo familiar no momento da admissão no SAD, os profissionais da equipe devem informar cotidianamente acerca do:

- Dias e horários de funcionamento e de visitas da equipe;
- Participação da Família;
- Importância da presença de um cuidador;
- Equipe de Referência, com todos os contatos telefônicos e endereços;
- Orientação para casos de urgência, e acionamento do SAMU;
- Atendimento ao óbito que ocorrer no domicílio: a declaração de óbito deverá ser fornecida pelo médico da EMAD que estiver disponível na ocasião, após comunicação e constatação do óbito do paciente cadastrado e acompanhado pelo Programa, durante o período de trabalho da equipe de atenção domiciliar, excetuando-se os casos suspeitos de morte violenta. No período noturno, finais de semana e feriados, a família deverá entrar em contato com a referência para o fornecimento do atestado, orientada pela equipe de AD (ver Cap. 7 Vol. 2 do Caderno de Atenção Domiciliar).

Por fim, apesar da importância que têm os protocolos e fluxos pactuados, nada substitui o contato pessoal entre as equipes envolvidas, a discussão do caso e elaboração de planos terapêuticos integrados, na admissão e alta do paciente da atenção domiciliar, sendo esta a melhor estratégia para a verdadeira garantia de acesso preconizada no SUS.

**c. Pactuação de protocolos assistenciais (admissão, encaminhamentos, condutas clínicas, alta/desligamento e óbito):**

Outro aspecto essencial, e que dá “materialidade” à construção dos fluxos, é a definição dos protocolos assistenciais e que devem estar atrelados à existência de princípios, diretrizes e parâmetros partilhados entre todos os pontos de atenção (incluindo a Central de Regulação e a Regulação do SAMU). Isto é fundamental para que as condutas sejam uniformizadas, além de propiciar avaliação do processo de funcionamento em rede e da eventual necessidade de realização de novas estratégias.

É necessário estarem definidos, explicitados e pactuados protocolos que contenham critérios de admissão, de classificação da complexidade do quadro e programação do projeto terapêutico, assim como, para solicitação de interconsulta com especialista, alta/desligamento do serviço e orientações de como proceder quando há óbito no domicílio (Ver Cap. 4 Vol. 1 e Cap. 7 do Vol. 2 do Caderno de Atenção Domiciliar).

Todos os serviços de saúde (**unidades solicitantes**) devem conhecer e realizar encaminhamento para o SAD, tendo acesso aos fluxos e instrumentos específicos para o referido encaminhamento, dentro de critérios discutidos e pré-estabelecidos dentro da rede de assistência.

Como estratégia de aprimoramento destas relações, faz-se necessário reuniões periódicas com as Unidades solicitantes para qualificar a assistência, efetivar/otimizar os protocolos e fluxos de encaminhamentos, relacionadas à AD. Os mesmos devem ser estabelecidos dentro da lógica assistencial, estimulando a participação de todos os serviços, para que ocorra a garantia da transferência de cuidados, respeitando-se as linhas de atenção integral a saúde.

No esforço de se construir os protocolos, fluxos e pactuações, destaca-se um aspecto relevante: a possibilidade de a demanda ser maior que a capacidade do SAD de absorvê-la. Quando isso acontece, pode ser utilizada a **gestão das listas de espera**, tecnologia de gestão da clínica orientada a racionalizar o acesso a serviços que apresentam desequilíbrio entre a oferta e a demanda. Este processo de ser realizado de forma transparente e ordenada a partir da necessidade do usuário (considerando risco e complexidade de cada caso), sendo sustentado na prática, por protocolos clínicos que priorizem os riscos.

Para que isso seja possível, todos os usuários que ingressam no SAD devem ter seu risco e vulnerabilidade avaliados, com o objetivo de melhor organizar o processo de trabalho da equipe.

Nesta organização, as equipes devem considerar como ação fundamental de apoio, o matriciamento junto as Atenção Básica e ações de busca ativa nos serviços de urgência e emergência e hospitais, buscando qualificar o atendimento realizado na baixa complexidade, consolidar o entendimento sobre os níveis de complexidade e promovendo atendimento em tempo hábil segundo as necessidades dos pacientes.

Além disso, deve-se manter atualizada listagem de telefones, e-mail e endereços dos serviços públicos e afins, que interferem diretamente na assistência ao usuário,

garantindo um mecanismo ágil de contato entre os serviços, relacionado à necessidade dos usuários.

Apesar de entender sua importância, os protocolos assistenciais devem ser utilizados como uma ferramenta que facilita a comunicação entre os pontos de atenção e auxilia o acesso do usuário às tecnologias (saberes, insumos, medicamentos e exames) de que necessita. Dessa forma, as equipes de AD - e as equipes dos demais pontos de atenção - devem utilizar também sua experiência, seu bom senso e a capacidade de diálogo para que o protocolo não seja utilizado de forma “engessada”, dificultando o acesso ao invés de facilitá-lo.

#### **d. Gerenciamento Telefônico e Computadorizado**

Através do gerenciamento telefônico e ou computadorizado, podemos evoluir bastante na capacidade efetiva de melhorar o processo de trabalho, potencializando-o especialmente junto aos usuários mais frágeis e recorrentes as hospitalizações e Serviços de Urgência. Um membro da EMAD (gerenciador do cuidado) poderá utilizar o contato telefônico, como mecanismo de monitoramento (dentro da especificidade de cada usuário em acompanhamento pelo serviço) de forma a aprimorar a segurança do plano terapêutico instaurado. A integração *on line* com outras unidades da rede, via prontuário único informatizado é um ideal a ser incorporado dentro das possibilidades de cada município. Atualmente no Brasil, os serviços públicos de AD procuram adotar o monitoramento através de:

- Anotação em livro próprio e de controle diário pela equipe (responsável acordado entre a equipe e o coordenador do SAD), de todas as ligações e solicitações ocorridas na sede, com o registro em prontuário (com data/ horário) – com devidos encaminhamentos necessários;
- Leitura e encaminhamento de *e-mails* referenciados ao serviço diariamente, com a garantia de acesso e divulgação a todos os envolvidos – serviços – trabalhadores – colegiados de gestão, com as resoluções e ações desencadeantes pertinentes;
- Checagem diária e rotineira de todas as demandas oriundas de telefone, porta do serviço, fax e *e-mails* com os devidos encaminhamentos e verificação de execução das ações referentes a estas solicitações.

**e. Garantia de espaços de gestão/educação permanente:**

Para o fortalecimento do SUS e a qualificação das redes de atenção à saúde, é fundamental que os gestores e trabalhadores contem com espaços coletivos que auxiliem na gestão do processo de trabalho e na reflexão sobre o fazer cotidiano (educação permanente).

Na atenção domiciliar, modalidade de atenção transversal na rede, esses espaços são fundamentais. Na medida em que o SAD precisa e deve fazer “ponte” com o conjunto dos pontos de atenção, envolvendo diversos serviços e trabalhadores na construção da integralidade, torna-se estratégico que existam, pelos menos, três tipos de espaços coletivos de gestão/educação permanente:

**Reunião periódica de equipe:** trata-se de uma reunião na qual participa o Coordenador do SAD e as equipes de AD com o objetivo de planejar e avaliar o processo de trabalho a partir da análise de indicadores, da discussão de casos clínicos, elaboração de projetos terapêuticos e discussão sobre os conflitos/tensões cotidianos. O acúmulo produzido neste espaço ajuda a identificar soluções e encaminhamentos para os problemas e desafios cotidianos, a adequar o processo de trabalho, a aprender com os erros e acertos e a construir grupalidade, através de disseminação dos saberes, troca de experiências, construção coletiva de projetos e protocolos assistenciais e capacitações. Cada equipe também poderá realizar sua própria reunião, definida a partir de suas próprias necessidades, desde que pactuada com o coordenador do SAD e com periodicidade definida previamente.

**Discussão de casos/situações complexas com outros pontos de atenção:** outro espaço estratégico é aquele que se destina ao diálogo entre as equipes do SAD e outras equipes da rede de atenção, com o objetivo de discutir situações específicas que dizem respeito ao processo de trabalho e gestão do cuidado de alguns usuários, sobretudo aqueles identificados como complexos;

**Fórum de Atenção Domiciliar:** sugerimos este espaço como estratégico para implantação e qualificação do SAD nas localidades. Deve ser composto pelo conjunto dos serviços e gestores que compõem a rede de atenção à saúde e complementam o cuidado em AD (por exemplo: AB, UPA, hospitais, regulação, SAMU, distritos sanitários, etc.), e tem o objetivo de construir e gerir o modelo de atenção que balizará o relacionamento do SAD em rede.

A partir de um processo reflexivo sobre a análise de indicadores, apresentação de casos, estudo de casos-controle, estudo de eventos sentinela, etc., constituídos a partir dos pacientes que transitam na rede, busca-se definir atribuições e responsabilidades de cada ponto de atenção, pactuando encaminhamentos a partir do diagnóstico dos problemas.

Este espaço pode ser considerado pela gestão do SAD, como um local de discussão da rede e de educação permanente, no qual as pessoas e serviços envolvidos “enxergam” a rede como um todo e, visualizando seu papel nesta “engrenagem”, conseguem realizar autoanálise e aperfeiçoar seu processo de trabalho. Relacionado a estes encontros sugere-se que dentro das realidades de cada região, sejam agregados os diversos pontos de atenção da rede à saúde, também contemplado as relações regionais, estadual e federativa, podendo ser constituídos enquanto Câmaras Técnicas e /ou fóruns de discussões temáticas entre as equipes.

#### **f. SAD como uma ferramenta da gestão/ regulação:**

O SAD apresenta-se com possibilidade de ser um grande “Observatório do Sistema”, com responsabilidade de informar e propor ações frente às necessidades apontadas, uma vez que participa e interage com os diversos serviços, e de todas as ações relacionadas ao cuidado do paciente em AD.

Destaca-se, neste sentido, a potência dos SAD na otimização dos leitos hospitalares, por sua característica de ser uma modalidade de atenção substitutiva (abreviando internações hospitalares ou as evitando).

Para que isso se concretize, é fundamental a inclusão dos SAD nas centrais reguladoras como **serviço demandante**, bem como **serviço que tem condição em absorver os encaminhamentos de pacientes dos serviços solicitantes** – Urgência e Emergência/Hospitais/Especialidades/UBS, através dos fluxos estabelecidos pelas centrais e pactuados entre todos os serviços de saúde.

Outro fator de suma importância a ser considerado, é a análise das informações produzidas pelas equipes de AD, na perspectiva de “Observatório do Sistema”. Com o levantamento de informações como a quantidade de internações/reinternações hospitalares e domiciliares, a quantidade de medicamentos usados em âmbito domiciliar (VO, IM e EV) e os tratamentos de infecções causadas por bactérias multirresistentes

poderá disparar processos de vigilância à saúde, relativos aos serviços encaminhadores, subsidiando as discussões de protocolo que garantam a adequação da efetividade nos tratamentos propostos.

Além disso, o SAD tem possibilidade de realizar levantamentos de eventos sentinelas, dentro de marcadores específicos e gerais, que podem ser relativos às demandas sociais ou agravos epidemiológicos. É seu papel também informar altas, óbitos, desligamentos e transferências, e com isto analisar a efetividade de assistência e os vários parâmetros do perfil da população assistida.

#### **g. Prontuário**

Os prontuários são peças fundamentais e obrigatórias para o registro de tudo que se refere ao paciente, devendo estar em consonância e respeitar as normas e legislação vigentes, inclusive no que se refere à guarda e manuseio (BRASIL, 2006; CFM, 1988; 1994, 1996, 2002).

O prontuário deverá ser preenchido em duas vias, uma para o domicílio (Prontuário Domiciliar) e outra que fica com a equipe (Prontuário Institucional), e deverá conter:

- Termo de consentimento assinado pelo paciente ou seu responsável;
- Folha de admissão com identificação, dados sócio-econômicos, dados do cuidador, dados clínicos na admissão e na alta;
- Planos de cuidados/planos terapêuticos, elaborados em equipe. Conterão os diagnósticos principais e secundários, bem como os demais problemas detectados e a ação proposta para cada, incluindo a programação e o número de visitas previsto para cada profissional;
- Folhas para a evolução multiprofissional;
- Formulário de prescrição e checagem de prescrições e cuidados;
- Sumário de alta;
- As normas de funcionamento do programa, seu horário de funcionamento, telefones úteis e instruções de procedimento da família em caso de Urgência.

Mesmo utilizando as terminologias “Institucional” e “Domiciliar”, o prontuário deve ser único, sendo chamado de “Prontuário Único da Atenção Domiciliar”, pelo fato de que qualquer equipe/profissional (na UPA, por exemplo), que tenha contato com o paciente em AD deve usar o prontuário e registrar a avaliação e as condutas.

Importante ressaltar que, caso o paciente possua Equipe de Atenção Básica de referência, esta deve utilizar o mesmo prontuário.

#### **h. Transporte/ logística/infraestrutura:**

A logística de transporte na AD deve disponibilizar viaturas para transportar os funcionários e materiais para o uso no domicílio - Ex: materiais para curativo, coleta, instrumentais cirúrgicos de pequeno porte, materiais e medicamentos necessários aos atendimentos. O transporte é feito da sede do serviço para o domicílio do paciente e outras instituições, devendo estar disponível em todo o período de atendimento e funcionamento do serviço, bem como nos plantões de finais de semana e feriados. Importante ressaltar que deverá ser realizada discussão dentro das realidades e fluxos pré-estabelecidos no município relacionado ao acondicionamento e transporte dos resíduos sólidos produzidos no domicílio, com a garantia de controle dentro do preconizado através da Vigilância Sanitária.

Para o transporte de pacientes quando necessário nas urgências deverá ocorrer através do SAMU ou transporte de urgência similar. Relacionado aos exames eletivos (que não podem ser executados no domicílio) e para avaliação de especialidades o transporte deve ocorrer através de viaturas agendadas previamente (Transporte Sanitário). Em algumas experiências municipais os pacientes são transportados pelos veículos da própria EMAD, quando não relacionado à remoção de urgência e desde que o quadro clínico permita transporte em veículo não adaptado.

O mecanismo de logística deve considerar o acesso fácil para os materiais de uso hospitalar, banco de sangue e entrega de exames laboratoriais. Ressaltamos que a capacidade e resolutividade das equipes será ampliada se elas funcionarem dentro da lógica regionalização de saúde.

A infraestrutura relacionada à sede, como sugestão deve conter sala de reuniões, sala de materiais, almoxarifado, farmácia, expurgo, sala para coordenação, sala administrativa, sanitários M e F, cozinha, sala para preparar os materiais e estacionamento para os veículos, telefones e computadores, sendo que os espaços

podem ser disponibilizados e compartilhados pelas instituições onde as equipes estão sediadas (BRASIL, 2006).

O mecanismo de comunicação precisa ser ágil e adequado às necessidades de contato contínuo entre a sede/profissionais e serviços de saúde (rádio, celulares institucionais para funcionamento 12h/dia inclusive final de semana e feriado). É importante garantir e orientar como deverá ocorrer o contato dos usuários com as suas EMAD e EMAP.

Quanto ao Sistema de informação, deverá estar adequado a coleta de dados, controle dos atendimentos e levantamentos epidemiológicos, em conformidade com o Sistema indicado pela Coordenação Nacional de Atenção Domiciliar, do Ministério da Saúde.

#### **i. Planejamento para recursos materiais/insumos e medicamentos**

A modalidade de atenção domiciliar deve incluir procedimentos de profissionais de saúde e o fornecimento de material médico-hospitalar, medicamentos, insumos e outros, necessários aos cuidados integrais do paciente em domicílio. Assim, para correta realização do trabalho, faz-se necessária a composição de uma lista de materiais e medicamentos que devem constar na unidade, nas visitas domiciliares e durante a realização de alguns procedimentos.

Vários arranjos são possíveis neste processo. Alguns municípios garantem os insumos através de licitações realizadas para todo o município, incluindo as necessidades do SAD; outros, constroem fluxo com os hospitais (próprios ou conveniados)/UBS/UPA/outros para o fornecimento de insumos. O mesmo arranjo vale para os medicamentos e equipamentos.

No que diz respeito aos equipamentos, como CPAP/BIPAP e Concentrador de O<sub>2</sub>, algumas experiências municipais realizam contratação de empresas especializadas através de licitação, que se responsabilizam pela instalação e manutenção do equipamento, pelo suprimento do O<sub>2</sub> (no caso da utilização de cilindros) e substituição em caso de mau funcionamento.

Vale ressaltar que os equipamentos, medicamentos e materiais devem estar regularizados junto à ANVISA/MS, possuir sistema de controle de rastreabilidade e o transporte ser efetuado conforme orientação do fabricante. Os equipamentos devem ser calibrados periodicamente, com garantia de manutenção preventiva e corretiva e substituição dos que apresentarem problemas de operação.

Quanto à instalação dos equipamentos em domicílio, observar as seguintes condutas:

- Verificar condições de instalação;
- Realizar testes de funcionamento;
- Orientar paciente, familiares e cuidadores no manuseio dos equipamentos e riscos associados.

Todos os insumos, equipamentos e medicamentos necessários aos tratamentos dos pacientes em acompanhamento pelos SADs serão disponibilizados pelas equipes dentro do que está padronizado através das SMS, nas quantidades e frequência estabelecidas pelos protocolos assistenciais locais. Dentro do indispensável para o atendimento adequado, tanto no que se refere ao medicamentoso como nos procedimentos a serem realizados no domicílio, frente à necessidade e agravos aos quais os pacientes em AD estão suscetíveis, e os processos que a equipe deve realizar para que o tratamento ocorra de forma resolutive e com a máxima qualidade.

Por fim, é fundamental que o SAD determine a implantação e qualificação do serviço e constante aperfeiçoamento deste processo, através dos fluxos administrativos para a garantia dos insumos/medicamentos/procedimentos, o que inclui o cálculo do custo médio por paciente/mês e a previsão deste custo no planejamento orçamentário da secretaria de saúde.

#### **j. O registro ambulatorial das ações em saúde em Atenção Domiciliar (RAAS-AD)**

O Registro Ambulatorial das Ações em Saúde em Atenção Domiciliar (RAAS-AD) deve ser um instrumento norteador para a gestão do SAD na medida em que dispõe de um conjunto de informações que refletem diretamente na prática das equipes, aponta fragilidades e potencialidades da rede e cuidado em AD e revela questões indispensáveis para o planejamento de ações à luz das necessidades do usuário.

O Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde foi instituído pela Portaria nº 276, de 30 de março de 2012 com o objetivo de incluir as necessidades relacionadas ao monitoramento das ações e serviços de saúde conformados em Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

Este será um dos instrumentos para monitoramento e avaliação do SAD. Desta forma, as equipes deverão organizar seu trabalho, junto à coordenação do SAD, no

sentido de preencherem adequadamente os “campos” do formulário RAAS-AD\*, conforme orientações da CGAD/DAB/SAS/MS e CGSI/DRAC/SAS/MS nos **Manuais Instrutivos do RAAS-AD e Monitoramento e Avaliação do Melhor em Casa.**

Além do preenchimento adequado do RAAS-AD, as equipes deverão instituí-lo como uma ferramenta para o “olhar” contínuo da prática. Poderão assim, ver meios, resultados e fins. Esta construção deverá contar com a parceria gestor - equipes de saúde.

**Para saber mais:**

- Manual Instrutivo de Monitoramento e Avaliação do Programa Melhor em Casa

[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/manual\\_instrutivo\\_monitora\\_avaliacao\\_AD.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/manual_instrutivo_monitora_avaliacao_AD.pdf)

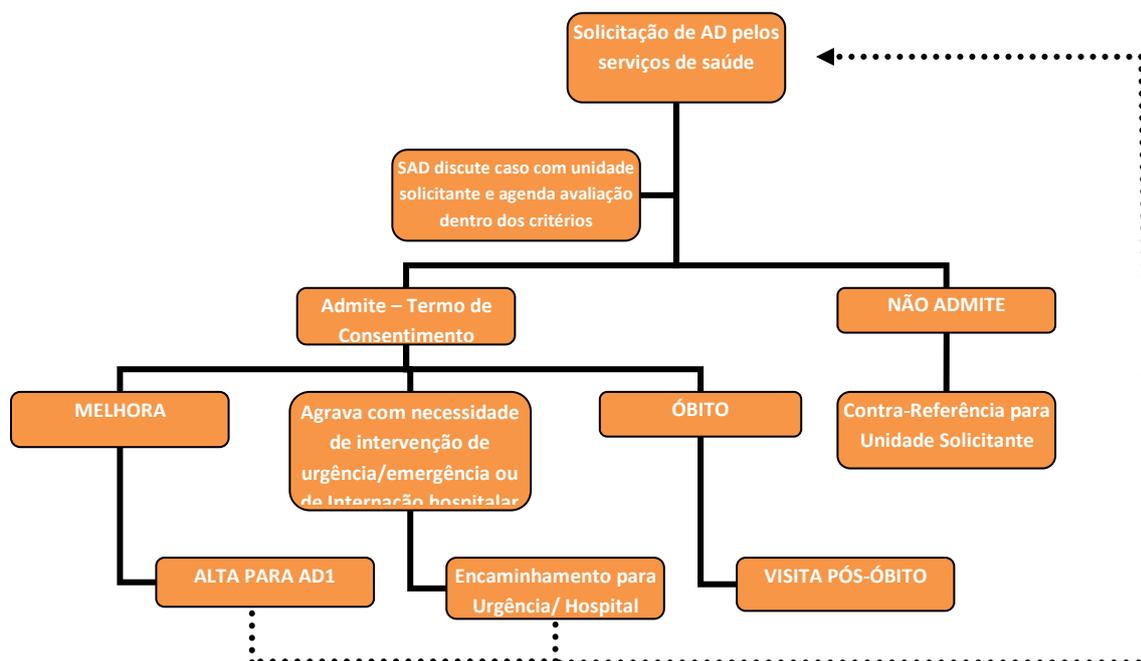
- Manual de Operações do Sistema RAAS-AD

[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/manual\\_operacional\\_ras\\_v.1.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/manual_operacional_ras_v.1.pdf)

## QUADRO 1 - AÇÕES BÁSICAS PARA IMPLANTAÇÃO DE UM SAD:

AÇÕES IMPORTANTES PARA A IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR – SAD ("Check-list")
Divulgação interna ao SUS local, para compreensão dos perfis de elegibilidade e dos fluxos de encaminhamento para o SAD
Firmar pactuação de fluxos entre os diversos níveis de atenção (AB, Hospitais, UPA, Especialidades, SAMU, Regulação)
Treinamento das equipes (com foco nos procedimentos adaptados ao ambiente domiciliar, abordagem familiar, orientações aos cuidadores).
Pactuação com assistência farmacêutica – garantia de antibioticoterapia de largo espectro, opióides, anticoagulantes etc.
Acerto dos fluxos para garantir em tempo hábil Insumos / Equipamentos (aspiradores, inaladores, equipamentos de O2, BIBAP e CPAP, camas, materiais de curativos, sondas, e outros).
Divulgação para população e Conselhos de Saúde (reuniões, mídia, folders, etc).
Viabilizar telefones celulares institucionais
Providenciar infra-estrutura mínima para sede das equipes, que podem estar compartilhadas com outras equipes de saúde.
Transporte para equipe 12 hs por dia e todos os dias da semana.
Fluxo para transporte dos pacientes, em caráter eletivo e de Urgência.
Garantia de exames complementares eletivos e de urgência – laboratoriais e de imagem.
Acertar fluxo para aquisição de dietas especiais.
Pactuar Fluxo de óbito em horários de não funcionamento do SAD.
Estabelecer parceria com a rede de apoio social/CRAS
Oficina de apresentação/pactuação rede de assistência domiciliar (AD1, AD2 e AD3) do território de abrangência da EMAD/EMAP.
Estabelecer fluxo de pacientes entre EMAP/NASF e Núcleos de Reabilitação

**FIGURA 1 - FLUXOGRAMA DO PACIENTE ELEGÍVEL NA DE ATENÇÃO DOMICILIAR**



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

BRASIL. RDC nº. 11, de 26 de janeiro 2006 – ANVISA - que dispôs sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar.

\_\_\_\_\_. Portaria N° 4.279 de 30 de dezembro de 2010 a qual estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

\_\_\_\_\_. Portaria N° 2.527, DE 27 DE OUTUBRO DE 2011 - DOU de 28/10/2011 (n° 208, Seção 1, pág. 44) - Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

\_\_\_\_\_- Manual de Monitoramento e Avaliação do Programa Melhor em Casa.

Disponível em:

[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/manual\\_instrutivo\\_monitora\\_avaliacao\\_AD.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/manual_instrutivo_monitora_avaliacao_AD.pdf),

Acessado em: 02 de julho de 2012.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E., ONOCKO, R. (Orgs.) Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. cap.7, p.229-66.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução do CFM nº 1638/02, 2002.

Brasília – DF.

\_\_\_\_\_, G. W. S; DOMITI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007

FEUERWERKER, L.C.M; MERHY, E.E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração das redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas Rev. Panam Salud Pública 2008;24(3);180-8

FRANCO TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p.15-36.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE, Magalhães Jr HM, Rímoli J,

MERHY, E. E. Saúde: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. Campinas, 1998. 254p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. [ [Links](#) ]

SILVA, K. L; Sena; ROSENI R.; SEIXAS, C. T.; FEUERWERKER, L. C. M; MERHY, E. E. Atenção Domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Revista de Saúde Pública. Vol.44, n01, São Paulo. Fev.2010.