

Programa Multicêntrico
de Qualificação Profissional
em Atenção Domiciliar
a Distância

**ATENÇÃO DOMICILIAR
NA REDE BÁSICA DE SAÚDE**

Belo Horizonte/MG
2 0 1 3

© 2013, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

A reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação é permitida desde que seja citada a fonte e a finalidade não seja comercial. Os créditos deverão ser atribuídos aos respectivos autores. Licença Creative Commons License Deed Atribuição-Uso Não-Comercial Compartilhamento pela mesma Licença 2.5 Brasil. Você pode: copiar, distribuir, exibir e executar a obra; criar obras derivadas. Sob as seguintes condições: atribuição - você deve dar crédito ao autor original, da forma especificada pelo autor ou licenciante; uso não comercial - você não pode utilizar esta obra com finalidades comerciais; compartilhamento pela mesma licença: se você alterar, transformar, ou criar outra obra com base nesta, você somente poderá distribuir a obra resultante sob uma licença idêntica a esta. Para cada novo uso ou distribuição, você deve deixar claro para outros os termos da licença desta obra. Qualquer uma destas condições pode ser renunciada, desde que você obtenha permissão do autor. Nada nesta licença restringe os direitos morais do autor.
Creative Commons License Deed - <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.pt>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Departamento de Gestão da Educação na Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G, sala 739
CEP: 700.58-900 – Brasília - DF
Tels.: (61) 3315-3848 / 3315-2240
Site: www.saude.gov.br/sgtes
E-mails: sgtes@saude.gov.br / degges@saude.gov.br

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência
End: SAF/Sul, trecho 02, lotes 05/06, térreo, sala 11 – Edifício Premium, torre II
CEP: 70.070-600
Tel: (61) 3315-6238
Site: www.saude.gov.br/sas
Email: peessoacomdeficiencia@saude.gov.br

Universidade Aberta do SUS

Secretaria-Executiva
End: Avenida L3 Norte, Campus Universitário Darcy Ribeiro
Gleba A, SG 10, Brasília - DF
CEP: 70.904-970
Tel: 55(61)3329-4517
Site <http://www.unasus.gov.br/>
Email: unasus@saude.gov.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Medicina
Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – Nescon
End: Av. Alfredo Balena, 190 - 7º andar.
CEP: 30130-100
Tel: 31-34099673
Site: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br>
Email: nescon@nescon.medicina.ufmg.br

CURSO: "Atenção Domiciliar na Rede Básica de Saúde"

Coordenação-geral

Edison José Corrêa

Consultoria Técnica

Leonardo Cançado Monteiro Savassi

Mariana Borges Dias

Coordenação técnico-científica

Maria Auxiliadora Córdova Christófaró

Coordenação técnico-educacional

Estela Aparecida Oliveira Vieira

Sara Shirley Belo Lança

Elaboração

Kênia Lara Silva

Amanda Medeiros

Artur Oliveira Mendes

Clarissa Terenzi Seixas

Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

Projeto Gráfico e Diagramação

Marcelo Reggiani

Tecnologia da Informação e comunicação

Breno Valgas de Paula

Cecília Emilianiana de Lélis Adão

Daniel Miranda Junior

Gustavo Storck

Equipe de produção

Evandro Lemos da Cunha

Sérgio Vilaça

Bethânia Geysa Glória

Edgard Antônio Alves de Paiva

Filipe Carrijo Storck

Isabela Quintão da Silva

A848 Atenção domiciliar na rede básica de saúde / Kênia Lara Silva ... [et al.]; Belo Horizonte : Nescon/UFMG, 2013. 87 p.

ISBN: 978-85-60914-32-6

1. Serviços de cuidados de saúde domiciliares. I. Araújo, Maria Rizoneide Negreiros de. II. Seixas, Clarissa Terenzi. III. Mendes, Artur Oliveira.

IV. Medeiros, Amanda. V. Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar a Distância.

CDU: 613

CDD: 362.1

SIGLAS E ABREVIATURAS

AD	Atenção Domiciliar
AD1	Atenção Domiciliar tipo 1
AD2	Atenção Domiciliar tipo 2
AD3	Atenção Domiciliar tipo 3
CGAD	Coordenação Geral de Atenção Domiciliar
CIR	Comissão Intergestora Regional
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
DAB	Departamento de Atenção Básica
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMQAAD	Programa Multicêntrico de Qualificação em Atenção Domiciliar a Distância
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RBS	Rede Básica de Atenção à Saúde
SAD	Serviços de Atenção Domiciliar
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIEX/UFMG	Sistema de Informação da Extensão na UFMG
SUS	Sistema Único da Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS



Sumário

Apresentação do Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar a Distância	9
Apresentação dos Autores	10
Apresentação do Curso - Atenção Domiciliar na Rede Básica de Saúde	11
Introdução ao Curso – Atenção Domiciliar na Rede Básica de Saúde	16
UNIDADE 1 - Atenção Domiciliar: território, redes de atenção e necessidades de saúde	19
Parte 1 - Territórios e regiões de saúde	20
Parte 2 - Território e redes de atenção à saúde	23
Parte 3 - Práticas de saúde no território e atenção domiciliar	26
Parte 4 – A territorialidade e necessidades de saúde	29
UNIDADE 2 - Gestão e organização da atenção domiciliar na Rede Básica de Saúde	33
Parte 1 - Diretrizes da atenção domiciliar na rede básica de saúde	34
Parte 2 - Implantação da atenção domiciliar na Rede Básica de Saúde na atenção básica: requisitos e processos	38
I. Finalidades e objetivos	
II. Elegibilidade e complexidade	
III. Demanda de cuidados e tecnologias assistenciais.	
Parte 3 -Programação da atenção domiciliar na rede básica de saúde: fluxos de serviços e articulações na RAS	47

UNIDADE 3 - Atenção Domiciliar na Rede Básica de Saúde:avaliação e monitoramento	53
Parte 1 – Avaliação e monitoramento: conceitos básicos	54
Parte 2 - Objetivos e implicações da avaliação e monitoramento: a visita domiciliar em pauta	56
Parte 3 - Indicadores para a avaliação de qualidade da atenção domiciliar	59
Parte 4 - Matriz da avaliação e monitoramento	61
UNIDADE 4 - Atenção Domiciliar na Rede Básica de Saúde: classificação, níveis de complexidade e riscos.	65
Parte 1 - Complexidade e riscos	66
Parte 2 – O modelo de atenção às condições crônicas	68
UNIDADE 5 - Atenção domiciliar na rede básica de saúde: plano de cuidado individual	71
Parte 1 - Ações de natureza complementar e compartilhada	73
Parte 2 - Ações assistenciais específicas	78
I. Equipe de Enfermagem	
II. Enfermeiro	
III. Médico	
IV. Agente Comunitário de Saúde	
V. Núcleo de Apoio a Saúde Família (NASF)	
CONCLUSÃO DO CURSO	84
REFERÊNCIAS	86



Sobre o Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar a distância (PMQAAD), consulte: www.unasus.gov.br/cursoAD



Apresentação

Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar a Distância.

O Programa Multicêntrico de Qualificação em Atenção Domiciliar a distância (PMQAAD) reúne ações da Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica/Coordenação Geral de Atenção Domiciliar (SAS/DAB/CGAD) e da Secretaria e Gestão do Trabalho e da Educação/ Universidade Aberta do SUS (SGTES/UNA-SUS), do Ministério da Saúde, desenvolvidas pelas seguintes Instituições de Educação Superior da Rede UNA-SUS:

1. Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)
2. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)
3. Universidade Federal do Ceará (UFC)
4. Universidade Federal do Maranhão (UFMA)
5. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
6. Universidade Federal de Pelotas (UFPEl)
7. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
8. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Com este Programa, o Ministério da Saúde (MS) objetiva ampliar a qualificação de profissionais de saúde em atenção domiciliar, na estratégia de educação a distância, como atividade a ser desenvolvida de forma articulada na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS). Com abrangência nacional, este Programa é voltado para gestores e profissionais da área da saúde.

Reúne cursos autoinstrucionais que serão disponibilizados ao público-alvo na modalidade de cursos de extensão. No amplo contexto de exigências científicas, políticas, tecnológicas e éticas, que fundamentam e são transversais à atenção à saúde no âmbito do domicílio, cada curso toma como objeto de estudo um determinado eixo temático.

A perspectiva é que este Programa cumpra importante papel na qualificação de gestores e profissionais de saúde com vistas à organização, à implantação, ao monitoramento e à avaliação de Serviços de Atenção Domiciliar (SAD).

A presente proposta tem a política de atenção domiciliar como objeto, especificamente sua organização, execução e avaliação no âmbito da Rede Básica de Saúde (RBS).

Na sua elaboração, foram atendidas as orientações da UNA-SUS e normas e diretrizes, definidas pela UFMG, para cursos de extensão.

Para os fins do seu desenvolvimento e respectivos registros obedece ao que define o Sistema de Informação da Extensão na UFMG (SIEX/UFMG).

Apresentação dos autores

Kênia Lara Silva

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Enfermeira. Professora Emérita da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Gerente da Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais de 1999 a 2008. Membro da Coordenação do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família/Programa Ágora/ Universidade Federal de Minas Gerais.

Clarissa Terenzi Seixas

Enfermeira. Doutora em Ciências Sociais pela Université Paris Descartes/Sorbonne V. Professora da Faculdade São Camilo (Rio de Janeiro), em Belo Horizonte. Pesquisadora sobre o tema Atenção Domiciliar em Saúde.

Artur Oliveira Mendes

Médico de Saúde da Família do Centro de Saúde Jardim Montanhês – Belo Horizonte, Minas Gerais. Especialista em Saúde de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Médico de Família e Comunidade. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Minas Gerais. Conselheiro Municipal de Saúde de Belo Horizonte/Minas Gerais. Presidente da Associação Mineira de Médicos de Família e Comunidade 2011-2013.

Amanda Medeiros

Terapeuta Ocupacional em Atenção Primária. Consultora da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais para Visita Domiciliar.

Apresentação do curso

Atenção domiciliar na rede básica de saúde

Este é um dos cursos do Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar a distância, produzido pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (Nescon/UFMG) em parceria com o Ministério da Saúde, Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde e Universidade Aberta do SUS (MS/SGTES-UNASUS).

Este curso é direcionado aos profissionais de saúde (nível superior e médio) e gestores do SUS, e sua elaboração resultou da contextualização da atenção domiciliar no âmbito da atenção básica à saúde, considerando três categorias de análise:

- A Política Nacional de Atenção Básica à Saúde.
- A Política Nacional de Educação Permanente.
- O processo de trabalho em saúde, especificamente na rede básica de atenção à saúde.

O curso aborda a organização da atenção domiciliar no âmbito da rede básica de saúde tendo como propósito sua organização e articulação com as Redes de Atenção de Saúde do SUS. Esses processos definiram a estrutura deste curso, em uma introdução e cinco unidades educacionais.

Na **Introdução** estão apresentados o conceito de atenção domiciliar e de suas modalidades (AD1, AD2 e AD3) e diretrizes, aspectos gerais da sua implantação na RBS.

As unidades educacionais (UE) são as seguintes:

Unidade 1 – Atenção domiciliar: território, redes de atenção e necessidades de saúde.

Contextualiza a atenção domiciliar na dinâmica do trabalho da Rede Básica de Saúde (RBS). O propósito é contribuir para a organização e implantação da atenção domiciliar como ação programática articulada aos serviços das RAS do território/município/regiões de saúde.

Para tanto, inclui território: regiões de saúde; redes de atenção à saúde e necessidades de saúde como bases para as atividades a serem desenvolvidas pelas equipes na Unidade Básica de Saúde (UBS).

Unidade 2 - Gestão e organização da atenção domiciliar na Rede Básica de Saúde.

Aborda da gestão e da organização da AD1, com destaque para as diretrizes da Atenção Domiciliar e da Atenção Básica como políticas de estado, os requisitos e processos para implantação da Atenção Domiciliar na rede básica de saúde (AD1), sua organização e programação.

Objetiva, assim, dar aos profissionais de saúde e gestores elementos estruturantes para a organização e a gestão da atenção domiciliar na RBS.

Unidade 3 - Atenção domiciliar na Rede Básica de Saúde: avaliação e monitoramento.

Aborda avaliação e o monitoramento da atenção domiciliar na Rede Básica de Saúde (AD1) como essenciais para sua efetivação como ação que qualifica e amplia o acesso aos serviços das RAS/SUS.

Contempla: atividades e conteúdos centrados nos conceitos básicos de avaliação e monitoramento, na visita domiciliar—seus objetivos, avaliação, acompanhamento e implicações para a AD1—, nos indicadores para a avaliação da qualidade da atenção domiciliar na Rede Básica de Saúde (RBS).

Unidade 4 - Atenção domiciliar na Rede Básica de Saúde: classificação, níveis de complexidade e riscos.

Objetiva o estudo da classificação e níveis de complexidade e riscos, como fundamentos críticos para a definição da AD1, destacando o modelo de atenção às condições crônicas, eixo que centraliza as demandas e necessidades do SUS. Aborda as diretrizes do Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) onde a AD1 se conforma como referencial sua viabilidade e efetividade no âmbito da RAS.

Unidade 5 – Atenção domiciliar na Rede Básica de Saúde: plano de cuidado individual.

Contempla o plano de cuidado individual e destaca os seguintes temas: ações de natureza complementar e compartilhada o que implica compreender a AD1 como uma ação cuja natureza coletiva, interdisciplinar, multiprofissional do trabalho em saúde é essencial, inclusive na parceria estruturante dos diferentes cuidadores (profissionais) e não profissionais (familiares e outros); ações específicas de profissionais/trabalhadores nucleares das equipes de saúde das UBS, distinguindo a atuação: da equipe de enfermagem destacando as ações próprias do enfermeiro; do médico; do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Objetivo Geral: qualificar a atuação de profissionais de saúde da atenção básica para a realização de procedimentos e cuidados à pessoa em domicílio.

Público-alvo do Curso: profissionais de saúde que atuam na rede de atenção a saúde do SUS.

Carga Horária: 45 horas *on-line*.

Na organização e indicação das atividades de aprendizagem *on-line* do curso estão disponíveis um conjunto de mídias e recursos didáticos como ambiente virtual de aprendizagem (AVA): vídeos, atividades autoinstrucionais e textos de referências disponíveis para leitura e impressão.

Para responder aos objetivos de qualificação dos diferentes profissionais e trabalhadores - público-alvo do curso - e considerando a natureza coletiva e dialógica das ações no campo da atenção domiciliar, as ações de aprendizagem foram definidas na perspectiva de atender a complementariedade do trabalho em equipe e também as especificidades da atuação dos diferentes trabalhadores da RBS, em especial:

- Dos profissionais de nível superior
- Do gestor.
- Do auxiliar de enfermagem e do técnico de enfermagem.
- Do Agente Comunitário de Saúde.

Todas as atividades de aprendizagem deste Curso são autoinstrucionais, serão desenvolvidas sem a participação de tutor, preceptor ou professor. Você observará que neste curso foram evitados vocábulos frequentemente utilizados na gestão e na atenção à saúde: indivíduo, usuário, paciente. Exceto em citações diretas, estes termos foram substituídos por “pessoa” uma vez que se compreende esta terminologia como mais significativa.

Paciente, pessoa...

Especialmente na atenção primária à saúde, temos substituído o vocábulo “paciente” por “pessoa”, pois a utilização do termo “paciente”, em sua própria definição, retira os aspectos volitivos e a autonomia daqueles que buscam ajuda para seus problemas de saúde, determinando um comportamento passivo. O uso do termo “paciente” está mais de acordo com outros cenários do sistema de cuidados à saúde (p. ex., hospitalar), nos quais a pessoa fica submetida às regras e normas daquele ambiente. O termo “pessoa” lembra aos profissionais de saúde e ao sistema que a autonomia e a participação de quem é cuidado são fundamentais para o sucesso do manejo. Por fim, o uso do termo “pessoa” vai ao encontro do segundo componente do método proposto pela autora (entendendo pessoa como um todo), no qual reforça a necessidade de um entendimento integral e uma participação efetiva da pessoa-que-busca-ajuda no cuidado à saúde (STEWART *et al.*, 2010, p. 21).

No desenvolvimento das atividades de aprendizado deste curso, você poderá buscar mais informações e aprofundamento em relação aos temas estudados. A orientação é: acesse as referências que são indicadas como leituras obrigatórias, recomendadas e demais referências. Para tanto acesse

as versões online disponibilizadas na Biblioteca Virtual do Nescion: www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca.

Importante: este curso guarda relação com os demais do Programa. Você poderá acessar o site da UNA-SUS e inscrever-se/matricular-se em todos os que forem do seu interesse <<https://arouca.unasus.gov.br/plataformaarouca>>.

Esperamos que ao final do curso você seja capaz de:

- conceituar território, regiões e redes de saúde relacionando-os à organização, implantação e avaliação dos serviços da rede básica de saúde;
- conceituar atenção domiciliar no contexto da política nacional de atenção básica distinguindo AD1, AD2 e AD3;
- identificar indicadores e critérios a serem utilizados na classificação de complexidade individual, familiar e domiciliar para os fins da organização, implantação e avaliação da atenção domiciliar na RBS;
- relacionar as ações de natureza complementar, compartilhada e específicas desenvolvidas pela equipe da RBS na atenção domiciliar;
- avaliar a necessidade e as condições para a organização, implantação e avaliação da AD1 considerando o perfil sanitário e as necessidades de saúde da população adscrita ao território de referência da UBS.

Bom estudo!

Introdução

Atenção domiciliar na rede básica de saúde

Atenção domiciliar na rede básica de saúde é um dos eixos de efetivação da Política de Atenção Domiciliar, nas redes do SUS. A articulação dos processos de formação de profissionais e de prestação de serviços de atenção à saúde potencializa o atendimento e a efetivação dos princípios e finalidades da Atenção Domiciliar concebida como a oferta de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e de suas complicações e, ainda, medidas simples de reabilitação que podem ser realizadas no domicílio.

Conforme dispõe a Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, a atenção domiciliar é uma *“nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde”* e será organizada em todos os municípios do país em três modalidades:

I - Atenção Domiciliar tipo 1 - AD1;

II - Atenção Domiciliar tipo 2 - AD2;

III - Atenção Domiciliar tipo 3 - AD3.

A **AD1** destina-se àquelas pessoas com problemas de saúde controlados ou compensados, que apresentam dificuldade (ou impossibilidade) de locomover-se até a Unidade Básica de Saúde (UBS), que necessitam de cuidados com menor frequência e menos aporte e recursos dos serviços de saúde.

AD2 destina-se a pessoas que apresentam dificuldade (ou impossibilidade) de locomover-se até a UBS e que apresentam problemas de saúde que exigem cuidados mais frequentes e complexos do que os indicados na AD1, além de demandarem recursos de saúde e acompanhamento contínuos, inclusive de diferentes serviços da rede de atenção.

Na modalidade **AD3**, estão aquelas pessoas com problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até a UBS, com necessidade de maior frequência de cuidado, mais recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos.

A modalidade AD1 é uma ação programática da Unidade Básica de Saúde (UBS), sob a responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo a equipe de Saúde da Família (SF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em que a visita domiciliar regular – no mínimo, uma vez – por mês – é componente estruturante para a sua organização, implantação, realização e monitoramento.

A atenção domiciliar nas modalidades AD2 e AD3 são de responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).

A expectativa em relação à AD1 é que seja compreendida e implantada como ação programática da UBS, com base na análise situacional e necessidades de saúde da população adscrita a seu território de referência. O planejamento da AD1 deve contemplar:

- Ações de gestão, execução e avaliação.
- Definição dos meios, insumos, aportes e infraestrutura pertinentes a sua efetivação.
- Fluxo e protocolos da sua articulação com outros serviços das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Nesta direção, o público-alvo do curso são profissionais e trabalhadores da saúde (níveis médio e superior) e gerentes de serviços da rede básica de saúde.

LEITURA OBRIGATÓRIA

Leia a Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013, que redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS. Acesse: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/119205-963.html>>



unidade **1**



unidade 1

Atenção Domiciliar: território, redes de atenção e necessidades de saúde

Nesta unidade, vamos trabalhar com conceitos e questões relacionadas a territórios, redes de atenção à saúde e necessidades de saúde da população como princípios e diretrizes para a organização, gestão e realização das ações de saúde que conformam a atenção domiciliar como programa da política nacional que pretende a efetividade e qualidade do SUS.

Esperamos que ao término desta unidade você seja capaz de:

- conceituar territórios, regiões de saúde e relação com as Redes de Saúde;
- manejar os dados e as informações do Sistema de Informação da Unidade Básica de Saúde onde atua e rever a configuração do território e o perfil de necessidades da população adscrita;
- reconhecer os aspectos principais no território para subsidiar o planejamento e programa de trabalho da Unidade Básica de Saúde da RBS;
- reconhecer a importância do funcionamento da Rede de Atenção à Saúde para o atendimento oportuno à pessoa que necessita de atenção domiciliar.

parte 1:

Territórios e regiões de saúde

Vamos abordar a organização da atenção à saúde com base no Modelo de Atenção Centrada na Pessoa, em contraposição ao Modelo de Atenção Centrada na Doença. Assim, o objeto será, sempre, a produção de atos, ações e procedimentos planejados e executados na esfera da prestação do cuidado às pessoas.

Considerando, portanto, o entendimento de pessoa como um todo e a necessidade de participação efetiva da pessoa-que-busca-ajuda no cuidado à saúde, o ponto de partida da assistência domiciliar é a contextualização da pessoa no primeiro espaço de organização social: a família.

Com base nestes paradigmas – cuidado, atenção centrada em pessoa, família, participação, vamos desenvolver o conceito de território tomando suas variadas dimensões, organizadoras dos níveis de atenção à saúde. Na sua caracterização, estão consideradas a organização estrutural e social, a população e suas necessidades e a organização do sistema de saúde (seus equipamentos, profissionais e processos de trabalho).

Na geografia, o termo território tem significados distintos em função do enfoque utilizado. Vamos entender alguns conceitos de territórios com base nas concepções de alguns autores.

Para Hasbaert (2007), a concepção de território pode ser agrupada em três vertentes básicas: política (referente às relações espaço-poder); cultural (que prioriza a dimensão simbólica e mais subjetiva); e econômica (como fonte de recursos).

Santos (2007) compreende território sob a perspectiva do uso. Para este autor, o território usado constitui-se como um todo complexo em que se tece uma trama de relações complementares e conflitantes. Deve ser compreendido como uma totalidade que vai do global ao local. Em sua análise, argumenta que o território em si não é um conceito, ele só se torna um conceito quando o consideramos na perspectiva do seu uso. Tal entendimento é demasiadamente importante, visto que tem como preocupação principal a ação e a utilização desempenhada pelos seres humanos na produção do espaço.

Robert Sack (1986) diz que território está ligado ao controle de pessoas e/ou recursos através do controle de uma área.



Sentidos, significados e impactos do modelo de atenção centrado na pessoa e do modelo de atenção centrado na doença serão retomados em outras unidades deste curso. Contudo, é importante neste começo ler e refletir sobre conceitos de saúde e doença. São conceitos importantes para conhecermos cada vez mais sobre o território, nosso ponto de partida para a organização da atenção à saúde.

Recomendamos a leitura do artigo

Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico (BAKES *et al.*, 2009). Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf>

GUIDADO

essencial para a sobrevivência é a manutenção da condição de ser humano (BOFF, 2002).

Nos estudos geográficos, o território é uma ferramenta importante para o reconhecimento e a delimitação dos espaços. Aqui, considerando a área saúde, fala-se de territórios porque de fato há diferentes territórios incorporados nos espaços da geografia.

O Ministério da Saúde, ao instituir as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), considerou a regionalização como um eixo estruturante do pacto de gestão para orientar a descentralização dos serviços de saúde, os sistemas de referência e contrarreferência e, assim, superar a fragmentação da atenção e da gestão na **Região de Saúde** e melhorar a eficiência e a efetividade e a oferta dos serviços de saúde (BRASIL, 2010a).

Desde o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), estabeleceu-se a liberdade de adequação de estratégias para as diferentes realidades municipais possibilitando a constituição de distintos arranjos de gestão da organização do modelo assistencial. Considerando que a municipalização dos serviços de saúde foi reiterada como diretriz operacional do SUS e base para um novo desenho organizacional, reafirma-se a noção de território e a necessidade de se delimitar, para cada sistema local de saúde, uma base territorial de abrangência populacional, na perspectiva de se implantarem práticas em saúde capazes de responder – com resolutividade, equidade e integralidade de ações – as necessidades e os problemas de saúde de cada área delimitada, por conferir autonomia ao sistema municipal para gerenciar os seus serviços. O Pacto estabelece o conceito de Regiões de Saúde e de Mapa de Saúde e a criação, por exemplo, da Comissão Intergestora Regional (CIR), do contrato Organizativo da Ação pública de Saúde (COAP), entre outros instrumentos. Consolida a essencialidade do elemento território na organização da oferta de serviços de atenção à saúde (BRASIL, 2011a).

O Pacto pela Saúde trouxe, então, a oportunidade de as esferas municipal, estadual e federal reverem as definições de regiões de saúde a partir do conhecimento das realidades locais, das ofertas de serviços disponíveis e das necessidades de saúde da população (GADELHA *et al.*, 2011).

Assim, as regiões de saúde, assumiram a responsabilidade pela atenção básica à saúde e por parte da atenção da média complexidade.

Esses princípios são fundamentais para que gestores, trabalhadores de saúde definam o planejamento das ações de saúde a partir do conhecimento da rede de serviços existente, da realidade social onde vivem e onde se relacionam as pessoas que compõem a população adscrita, incluindo as pessoas com necessidades de assistência domiciliar. A organização da Atenção Básica à Saúde (ABS), como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, apresenta-se como uma estratégia de superação da fragmentação das ações

do sistema de saúde.

Território configura-se, portanto, como território-processo, como produto de uma dinâmica social onde sujeitos sociais se movimentam e se tencionam na arena política (MENDES, 2009). Os territórios são espaços, lugares onde vivem as pessoas com as suas características sociais, políticas, culturais e econômicas. É um espaço de organização social, de defesa da vida, de relações de conflito e de produção. Nesta mesma linha, Gadelha *et al.*, (2011, p. 3004), discutindo os elos entre desenvolvimento social e saúde, enfocam o território como “*espaço concreto da vida social no qual as políticas e estratégias públicas e privadas se encontram e mostram seu grau de convergência ou divergência*”.

Região de Saúde

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Mapa da Saúde

É uma ferramenta instituída pelo Decreto n.º 7.508 de 28 de junho de 2011 e deve mostrar informações sobre vários indicadores em saúde e descrever a distribuição dos recursos humanos, das ações e dos serviços de saúde ofertados pelo SUS, rede conveniada e iniciativa privada facilitando o acesso, o monitoramento e a análise das informações da saúde e permitir:

- Aos gestores e profissionais de saúde -a avaliação, o planejamento e a execução de ações e serviços em saúde.
- À população - o entendimento das ações adotadas.

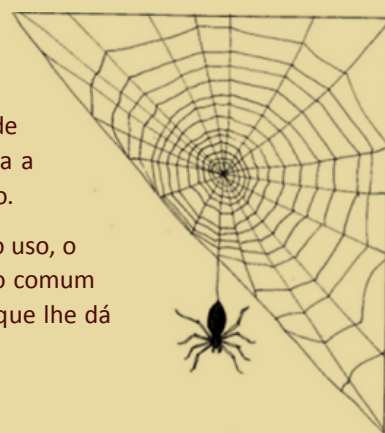
parte 2: Território e redes de atenção à saúde

Os territórios são espaços, lugares onde vivem as pessoas com as suas características sociais, políticas, culturais e econômicas. São espaços de organização social, de defesa da vida, de relações de conflito e de produção.

Redes têm diferentes conotações para as pessoas e por região do nosso país. No nordeste, é um equipamento singular e desempenha uma função social porque serve de aconchego, de local de descanso do corpo e da alma e serve também para a manutenção da espécie.

A rede que a aranha constrói é um emaranhado de linhas e “nós” que se comunica entre si com a finalidade de manutenção da espécie. É ela que facilita a captura de insetos para a sua alimentação.

Independente das várias conotações e do uso, o que confere à REDE significado e sentido comum é: a rede sempre tem um ponto central que lhe dá sustentabilidade.



Na área da saúde o uso do termo rede é recente e sofre diferentes interpretações por aqueles que se dedicam à gestão dos processos de trabalho. Porque pensamos assim? A rede sempre existiu, o que não existia era uma política pública de organização da oferta de serviços de saúde em rede que priorizasse a economia de escala e escopo.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são constituídas de diversos **pontos de atenção**, onde são ofertadas as ações de saúde pelos diferentes serviços que pactuaram as ofertas: domicílio, unidade básica de saúde e suas equipes de profissionais – incluindo as equipes de saúde da família –, unidade de pronto atendimento, serviços complementares, hospitais de referência, centro de alta complexidade. Conforme define o **Decreto n.7508 de 28 de junho de 2011** (BRASIL, 2011a), Rede de Atenção à Saúde é o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, a fim de garantir a integralidade da assistência à saúde. As RAS estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas na Comissão Intergestora Regional (CIR). Está sob a responsabilidade dos entes federativos a definição dos seguintes elementos, em relação às Regiões de Saúde: limites geográficos, população adscrita, rol de ações e serviços a serem ofertados e respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

Economia de escala é a oferta organizada de serviços de saúde de forma concentrada para atender o maior número de pessoas, considerando as distâncias para atender ao princípio da acessibilidade e, assim, realizar com qualidade e com os mesmos equipamentos tecnológicos muitos procedimentos.

Economia de escopo é o aumento da variedade de serviços ofertados numa mesma unidade operacional (MENDES, 2009).



Segundo o MS, a Rede caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. O seu objetivo é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

Acesse o texto: Rede de Atenção à Saúde – RAS, portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=35699&janela=1>

Na Figura 1 são apresentadas as características para construção das RAS.

Figura 1- Características para construção das Redes de Atenção à Saúde



Fonte: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=35699&janela=1

Assim, a oferta de serviços de saúde precisa de definição de limites para a configuração de uma região de atenção à saúde em que se viabilizará a organização desta oferta em redes de atenção à saúde (RAS).

No processo de municipalização dos serviços de saúde, os centros urbanos e seus entornos são os limites críticos em que se identificam demandas da oferta de serviços, a serem analisadas considerando a economia de escala. Não se pode esquecer das distâncias domicílio-serviço que a pessoa precisa percorrer para ter acesso a determinados serviços classificados como essenciais (GADELHA *et al.*, 2011).

A simples definição dos **pontos de atenção** para a construção da rede de atenção à saúde não pode seguir um modelo único de organização, porque as evidências têm nos mostrado que é necessário um conjunto de atributos para o seu funcionamento porque, por sua vez, em muitos territórios, eles não são identificados com muita clareza.

Pontos de atenção

São espaços de oferta de determinados serviços de saúde com diferenciação de níveis de complexidade e densidade tecnológica. Pelo exemplo da teia da aranha, são os “nós” que dão sustentabilidade à estrutura. Os domicílios se caracterizam como o primeiro ponto de uma rede de atenção quando se planeja a oferta de serviços de saúde (BRASIL, 2010c).

Tais atributos incluem:

- Definição de territórios e população e (com suas necessidades que vão definir a oferta de serviços de saúde).
- Identificação dos serviços, suscetíveis de pactuação, existentes nos territórios.
- Estruturação da Rede de Atenção Básica à Saúde.
- Existência, na RBS, de Diretrizes Clínicas de Linhas do Cuidado, com definição de recursos materiais, humanos e a forma de corresponsabilização dos profissionais vinculados às Unidades Básicas de Saúde.

A Rede de Atenção Básica de Saúde (RBS) sozinha não dá conta de atender às necessidades de saúde da população. É, portanto, necessária a definição de apoio complementar dos demais pontos de atenção, no momento certo e no lugar certo (MENDES, 2009).

Para a operacionalização da RBS, a construção de apoio matricial e, ainda, a valorização da educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos no processo de trabalho, é uma necessidade para consolidar uma ampla corresponsabilidade do profissional e da pessoa com a saúde. Para o seu bom funcionamento, é imprescindível a existência de outros componentes que atuem horizontalmente, como sistemas logísticos de transporte sanitário em saúde, regulação do acesso à atenção, prontuário clínico e de identificação da pessoa, sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica e de informação (MENDES, 2009). Essa proposição deve ser pactuada entre as três esferas de governo para garantir os insumos, entendendo que é nos territórios que as políticas públicas apresentam a sua dinamicidade por meio do fluxo e contra fluxos da população.



A Atenção Básica [...] é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações **de territórios definidos**, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a **dinamicidade existente no território** em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das **demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território**, observando critérios de risco, a vulnerabilidade, a resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deva ser acolhida. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas—**Portaria MS Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011** (BRASIL, 2011b). **Disponível em:** <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3232.pdf>

parte 3:

Práticas de saúde no território: atenção domiciliar

A territorialização das ações de saúde obedece a uma série de especificidades e múltiplas escalas que exigem concentração e descentralização de ações para que a rede seja de fato viável e funcional. As múltiplas realidades que se encontram nos territórios podem ser ilustrativas para proposições de mudanças no cenário das desigualdades sociais e econômicas que afetam as famílias que lá residem. Entendendo, assim, que cada território tem especificidades que demandam maior articulação local das políticas públicas.

Faria e Bortolozzi (2009) destacam que duas questões são fundamentais para as práticas de saúde em territórios:

- Saber, com clareza, com que concepção de território se deseja trabalhar.
- Definir as práticas de saúde que podem ser ofertadas neste espaço

Na atenção básica, a territorialização é de fundamental importância o que exige trabalhar com parâmetros populacionais, como recomendados pelo Ministério da Saúde, tanto na Unidade Básica de Saúde (UBS) que atende no modelo convencional como naquelas que atendem no modelo de estratégia saúde da família, a saber:

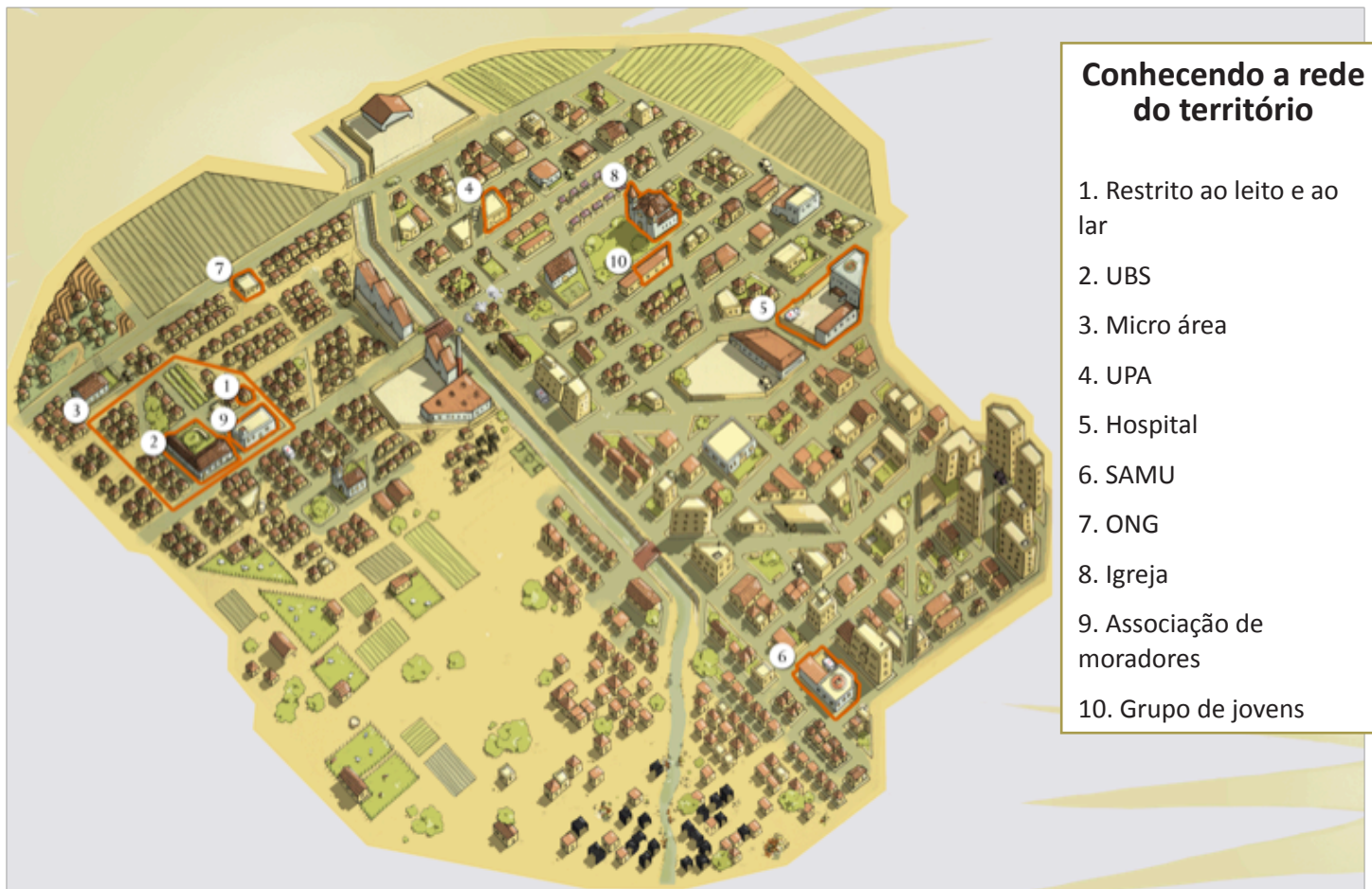
- Para UBS sem equipes de Saúde da Família e situada em grandes centros urbanos o parâmetro é de, no máximo, 18 mil habitantes;
- Para UBS com equipes de Saúde da Família, também em grandes centros, o parâmetro recomendado é de, no máximo, 12 mil habitantes, significando a necessidade de ter, no mínimo, três equipes de saúde para cobrir a totalidade da população — 3.500 pessoas por equipe (BRASIL, 2011b).



Por que trazer estas variáveis para discussão? Porque **território** é uma ferramenta que estrutura a organização do processo de trabalho em saúde e suas práticas o que pressupõe o conhecimento do perfil demográfico, epidemiológico, político, social e cultural que configura território como espaço vivo em permanente construção e movimento.

Quando falamos em número de habitantes por território de UBS, estamos atentos à variável espaço geográfico. Entretanto, necessitamos trabalhar com outras variáveis, como situar nesse espaço os territórios referidos às equipes de Saúde da Família da UBS, onde elas realizam processos estruturantes para a organização e implementação das ações programáticas da RBS. As referências populacionais são de 3.500 habitantes por equipe e, no máximo, 750 pessoas por Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Vamos agora, como um exercício, conhecer o território geográfico do município de Curupira, com aproximadamente 80.000 mil habitantes,



cobertura de 70% das ações de saúde realizadas pelas equipes de Saúde da Família e 30% cobertos por ações de saúde realizadas pelas unidades de saúde do modelo convencional.

Entre os vários pontos assinalados, todos de interesse para a atenção e o planejamento das equipes de saúde, observamos que o ponto 1 indica a existência de pessoa restrita ao leito e ao lar, possivelmente uma pessoa a ser atendida na AD1.

Dentro desse território, vamos aproximar o nosso olhar para a **Unidade Básica de Saúde de Vila Formosa 1**, que abriga os profissionais de saúde da Equipe Verde que, por sua vez, tem uma área adscrita de atuação (FARIA *et al.*, 2010).

A **Equipe Verde** tem 3.100 pessoas cadastradas e, por definição político-administrativa e classificação de risco o território da UBS foi subdividido em cinco **territórios microáreas** que representam os espaços de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde. Eles compartilham do processo de trabalho em saúde com os demais profissionais da Equipe Verde. A eles competem às ações de vigilância à saúde, incluindo as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e de mobilização social.

O território **microárea** é constituído pelos domicílios das famílias que vivem nesse “espaço geográfico vivo” cheio de sonhos, desafios para o enfrentamento das desigualdades sociais— deficiência de saneamento

básico, falta de estrutura adequada das vias públicas (acesso), deficiências de ofertas de vagas na Escola Pública, entre outras.

É, portanto, **o domicílio** o menor território dentro da Rede de Atenção à Saúde, e a assistência domiciliar à saúde compete à equipe de saúde do território do qual esse domicílio faz parte.

Atenção domiciliar, na introdução deste curso, foi conceituada como a oferta de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e de suas complicações e ainda medidas simples de reabilitação que podem ser realizadas no domicílio. Para atuar nesse **território microárea**, é importante compartilhar com as redes sociais existentes, seja aquelas estruturadas com os próprios recursos das famílias, da comunidade ou aquelas vinculadas às políticas públicas federal, estadual e municipais.

A incorporação da política de atenção domiciliar, definida pela portaria nº 963 de 27 de maio de 2013 (BRASIL, 2013) requer organização focada nas características e perfil do território de modo a atender as demandas existentes.

Para tanto os requisitos para que os Municípios tenham SAD, são:

- Apresentar, isoladamente ou por meio de agrupamento de Municípios, conforme pactuação prévia na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, quando houver na Comissão Intergestores Regional (CIR), população igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, com base na população estimada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- Estar coberto por Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192); e
- Possuir hospital de referência no Município ou região a qual integra.

Nos Municípios com população superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes, a cobertura por serviço móvel local de atenção às urgências — diferente do Samu 192 — será, também, considerada requisito para a implantação de um SAD.

Para a implantação da assistência domiciliar como uma das ações programáticas da Unidade Básica de Saúde — organizadas no modelo preconizado pela estratégia Saúde da Família e naquelas organizadas no modelo convencional — é imprescindível a identificação das necessidades de saúde das famílias cadastradas nos territórios e que, por classificação de necessidades, serão atendidas em seus domicílios, de acordo com critérios de vulnerabilidade.

Quem oferta atenção domiciliar?

O Sistema de Saúde, tendo como referências a Rede Básica e a articulação dos demais serviços da Rede de Atenção à Saúde com o **Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)** onde integram as diferentes equipes de saúde.

parte 4:

A territorialidade e necessidades de saúde

Como já visto, todas as ações, forças, fraquezas e manifestações das pessoas, os ambientes e espaços em que se movimentam e se relacionam (SANTOS, 2007) são inerentes ao conceito de território e, em consequência, à organização dos processos de trabalho em saúde. Essa organização é indissociável de, pelo menos, cinco elementos complementares:

- Demarcação de limites das áreas de atuação.
- Estabelecimento de relações, fluxos e referências entre os Serviços.
- Estabelecimento de vínculo e corresponsabilidade entre População-Serviço – Equipe de Saúde.
- Reconhecimento da população do território como “seu povo”.
- Conhecimento do ambiente social e físico adequado.

Desse entendimento, a delimitação de áreas, segundo indicadores e critérios estabelecidos, vai resultar em distintas categorias de territórios.

Assim, compreender conceitos de território e suas dinâmicas mostra-se como estratégia importante para a organização do **processo de trabalho em saúde**. Além disso, revela como as pessoas, como sujeitos individual e coletivo, produzem e reproduzem socialmente suas condições de existência. Logo, o território não é apenas o lugar de diagnóstico de situação; é também o espaço da tomada de decisão e das atuações no processo de saúde-doença-cuidado.

Tal qual acontece com o conceito de território, as necessidades, percepções e resultados das intervenções sobre quaisquer demandas de saúde de um indivíduo ou população são construídas social e historicamente (SCHRAIBER; NEMES; MENDES-GONÇALVES, 2000).

Na Constituição República Federativa do Brasil, estão inscritos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, os quais reconhecem que a saúde não se



A unidade espacial, que é a base territorial do sistema de saúde, é este território, que corresponde à área de abrangência de cada unidade básica de saúde. Neste processo de delimitação de áreas, são identificados os seguintes territórios:

- **território-distrito** – delimitação político-administrativa usada para organização do sistema de atenção;
- **território-área** – delimitação da área de abrangência de uma unidade de saúde, a área de atuação de equipes de saúde;
- **território-microárea** – área de atuação do agente comunitário de saúde (ACS), delimitada com a lógica da homogeneidade socioeconômico-sanitário;
- **território-moradia** – lugar de residência da família.

Leia mais:

O Território na Promoção e Vigilância em Saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2007), Disponível em: http://www.retsus.fiocruz.br/upload/documentos/territorio_e_o_processo_2_livro_1.pdf.

PENSE NISTO...

Responder às necessidades de saúde significa implementar ações que incidam sobre os determinantes, e não somente na doença:

- Quais são as necessidades de saúde que estão sendo apreendidas pelos serviços de saúde?
- Como o plano de trabalho da Unidade contempla essas necessidades?
- Qual é a composição das equipes que realizam as ações e atividades desse plano?
- Como você percebe que as pessoas da área de abrangência compartilham e se utilizam das práticas implementadas pelas equipes da Unidade?

Necessidades de saúde

Extrapolam as questões relativas a problemas de doenças e demanda de serviços médicos, abarcando as vulnerabilidades que “expressam modos de vida e identidades”, envolvendo as condições necessárias para se ter saúde. (SANTOS; BERTOLOZZI; HINO, 2010).

PARA SABER MAIS

Sobre APS

Leia o texto:

“A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate”. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em:

<http://apsredes.org/site2012/wpcontent/uploads/2012/03/aps_verde_new.pdf>.

Acesso em: 07 jun. 2013.

aprimora somente com a atenção à doença. Com base nessa definição, responder às necessidades de saúde deveria significar implementar ações que incidissem sobre os determinantes, e não só na doença. Pode-se, então, afirmar que a concepção de saúde – doença expressa pela doutrina e princípios do SUS, sanciona necessidades de saúde ampliadas. Logo, as respostas deveriam ser mais complexas, para além das ações curativas (CAMPOS; BATAIERO, 2007).

Tais questionamentos, bem como quaisquer tentativas de reorganização das práticas de saúde implicam, portanto, a identificação dos problemas e das necessidades de saúde da população de um dado território.

Sem desconsiderar a importância dos indicadores sociais e epidemiológicos, precisamos estar atentos para o fato de que as demandas aos serviços de saúde não podem ser analisadas apenas pelos indicadores tradicionais. Assim, equilibrar a equação entre o atendimento à demanda espontânea e a oferta organizada de serviços, planejada a partir da situação de saúde da população daquele território, constitui um dos grandes desafios para os atores da atenção primária à saúde (APS). Além disso, é necessária atenção, pois os sistemas de saúde reconhecem e legitimam algumas necessidades de saúde em detrimento de outras, podendo até criar novas necessidades.

Entretanto, grande parte das necessidades de saúde tem sido institucionalmente determinada, prescindindo da percepção das pessoas da área de abrangência, ou seja, estão sendo abordadas pelos serviços de saúde como sinônimo de demanda de cuidado de agravos, dentro de uma percepção ainda bastante identificada com a doença (CAMPOS; BATAIERO, 2007).

Ao reconhecer o caráter integral da noção de

‘problema de saúde’, muda-se a perspectiva como um todo, passando a incluir, para além da doença, dos modos de transmissão e dos fatores de risco, as necessidades e/ou determinantes dos modos de vida e saúde (SILVA; BATISTELLA; GOMES, 2010). Assim, as intervenções devem produzir, nas pessoas, como sujeitos individuais e coletivos, graus crescentes de autonomia nos seus estilos de vida, o que requer que confiem nos serviços e nos profissionais de saúde (HINO *et al.*, 2009).

Além disso, a identificação e a análise de problemas de saúde dependem da perspectiva de quem os analisa, variando em função da posição da pessoa na estrutura das relações sociais: assim, o que é problema para uns pode não ser considerado problema para outros.

Diante de tamanha complexidade, percebe-se que o enfrentamento das necessidades de saúde requer a mobilização de múltiplos saberes e fazeres, o que fortalece a centralidade do trabalho da equipe multiprofissional (CECÍLIO, 2001) da qual o agente comunitário de saúde (ACS) é um dos integrantes (SILVA; BATISTELLA; GOMES, 2010). Da mesma forma, ressalta-se a necessidade da ação intersetorial.

Pensar a equidade e a integralidade da atenção impõe a compreensão de que o micro está no macro e vice-versa, o que repercute nos modos e nas práticas de saúde e nos leva a pensar que, para a construção da integralidade da atenção à saúde, precisamos repensar o processo de trabalho. O ponto de base de esse repensar é a escuta cuidadosa das necessidades de saúde das pessoas. Esse é o que permite as suas equipes potencializarem as intervenções em relação às demandas trazidas pelas pessoas, individual ou coletivamente (grupo, família ou organizações).



Tendo como princípio que a complexidade das necessidades de saúde implica e requer diferentes saberes e “fazeres”.

Leia o texto:

“Construindo a Intersetorialidade” (MACHADO, [2011]). Disponível em: http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3153&Itemid=82&ei=S01LUbr-HbW04AOVkiDQDg&usg=AFQjCNGV1JTiM3cilRja3-xia5XArvcCog



A discussão e as análises que tomam como objeto de estudo as necessidades de saúde, sua complexidade, multideterminações e interações e o que implicam para os Serviços de Saúde é recorrente e estruturante para a organização da atenção à saúde.

Leia o texto

Problemas, Necessidades e Situação de Saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. (SILVA; BATISTELLA; GOMES, 2010). Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?livro_id=6&area_id=2&capitulo_id=17&autor_id=&arquivo=ver_conteudo_2





unidade 2



unidade 2

Gestão e organização da atenção domiciliar na rede básica de saúde

Esta Unidade aborda as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e suas implicações para a organização e gestão da AD na Rede Básica de Saúde, destacando critérios de elegibilidade para a atenção domiciliar e de classificação da pessoa a ser assistida. Inclui estratégias que permitem programar as ações a serem desenvolvidas para implantação da atenção domiciliar e estabelecimento de fluxos e articulações na RAS.

Esperamos que, ao término desta Unidade, você seja capaz de:

- compreender a importância da definição de critérios para a elegibilidade na atenção domiciliar no âmbito da RBS;
- analisar estratégias para a programação de ações a serem desenvolvidas na atenção domiciliar a partir da avaliação de critérios de elegibilidade e classificação e riscos referentes a pessoa a ser assistida, da família e do domicílio;
- analisar o fluxo e as articulações dos Serviços da RAS no município/ território de referência.

parte 1:

Diretrizes da Atenção Domiciliar na Rede Básica de Saúde

A institucionalização da atenção domiciliar de forma sistemática no âmbito do SUS advém do histórico de experiências com essa modalidade no país a partir de 1990, seguindo uma tendência mundial.

Em outras partes do mundo, esse modelo tem sido adotado para racionalizar a utilização dos leitos hospitalares, reduzir os custos da assistência e estabelecer uma lógica de cuidado pautada na humanização, em uma tentativa de superar a crise do modelo de atenção hospitalar (SILVA *et al.*, 2010).

Apesar de não se configurar como um “novo” espaço do cuidar, a adoção do domicílio, como lugar do cuidado no sentido terapêutico, demanda clareza nas concepções e finalidades deste modelo de atenção de modo a subsidiar sua organização e gestão resolutiva para a pessoa a ser assistida e sua família e custo-efetivo para o sistema de saúde.

A decisão por organizar a atenção domiciliar como política pública no país é oriunda da experiência e do conhecimento acumulados ao longo de diversas pesquisas nos diferentes *locus* de implantação: desde experiências no âmbito hospitalar (em maior concentração), até serviços especializados e a rede básica de saúde.

A atenção básica, como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no país, apresenta características singulares que permitem elegê-la como espaço primordial para qualificar o cuidado no domicílio.



Os fundamentos e diretrizes da Atenção Básica no Brasil estão definidos na **Portaria n. 2.488** (BRASIL, 2011b), que aprova a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

Neste momento, apenas um recorte:

A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes:

I - ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade;

II - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para

assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;

III - adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;

IV - coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica; e

V - estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social (BRASIL, 2011b).

Dada a sua extensão em todo o território nacional como modalidade substitutiva ao modelo de atenção vigente, o leque de competências da Atenção Básica é amplo e deve garantir a atenção integral aos cidadãos pelos quais é responsável no seu território de abrangência.

No que diz respeito à atenção domiciliar, a PNAB define como característica do processo de trabalho das equipes da Atenção Básica, entre outras:

[...] XII. realizar atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos. (BRASIL, 2011b).

Assim, a atenção domiciliar é uma das ofertas de ação programática nas UBS's com caráter substitutivo ou complementar às ofertas já existentes.

A instituição da Atenção Domiciliar no âmbito do SUS foi estabelecida pela Portaria n.º 2.029, de 24 de agosto de 2011, substituída pela Portaria n.º 2.527 de 27 de outubro de 2011, ambas revogadas em 2013, por meio da Portaria n.º 963 de 27 de maio de 2013.

A regulamentação desta política no Brasil segue as diretrizes:

- ser estruturada na perspectiva das redes de atenção à saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial;
- estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde e com serviços de retaguarda;
- ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da atenção à saúde;
- estar inserida nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades da pessoa, reduzindo a fragmentação da atenção à saúde;
- adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e
- estimular a participação ativa da pessoa, da família, do cuidador e das equipes de saúde da RAS.

Para tanto, definiu-se que o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) seja organizado em três modalidades de serviço, de acordo com os níveis de

complexidade e frequência de atendimento.

Quadro 1 - Modalidades de serviço na Atenção Domiciliar

Modalidade	Equipe
AD1	DA UBS e NASF*
AD2	EMAD e EMAP*
AD3	EMAD e EMAP*

*EMAD: Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar / EMAP: Equipe Multiprofissional de Apoio / NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

De competência das equipes de atenção básica, a modalidade AD1 destina-se à pessoas que:

- possam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde;
- necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- não se enquadrem nos critérios previstos para as modalidades AD2 e AD3.

A AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de visitas regulares ao domicílio com frequência, no mínimo, mensal, podendo ser apoiadas pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e ambulatorios de especialidades e de reabilitação. É importante destacar que as três modalidades de oferta da atenção domiciliar não são excludentes, são complementares na perspectiva da integralidade. Por isso, é importante organizar os serviços de forma que, ao se esgotar a capacidade de atuação da AD1, haja serviços AD2 e AD3 habilitados e articulados para a continuidade do cuidado.

parte 2:

Implantação da atenção domiciliar na Rede Básica de Saúde: requisitos e processos

A implantação de todo serviço demanda planejamento. No caso específico da atenção domiciliar, ao se pensar na sua implantação de forma programática na Rede Básica de Saúde, alguns aspectos devem ser considerados para orientar o planejamento:

- finalidades e objetivos da oferta de atenção domiciliar na básica de saúde;
- elegibilidade e classificação da pessoa;
- programação da atenção domiciliar na básica de saúde;
- fluxos dos serviços e articulações na RAS.

I. Finalidades e objetivos da AD1

De modo tradicional, nas experiências brasileiras, o cuidado no domicílio é impulsionado pela lógica de racionalização da utilização dos leitos, sem que se explore plenamente seu potencial substitutivo em relação à produção do cuidado. Assim, muitos serviços apresentam como objetivo apenas a desospitalização ou liberação de leitos das unidades de saúde.

A modalidade AD1 apresenta como finalidade a prestação da assistência de forma oportuna e de qualidade seja para promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento ou reabilitação de um conjunto de pessoas elegíveis para essa modalidade de atenção. É importante ter clareza dessa finalidade uma vez que a programação das ações e os planos de cuidado decorrentes dependem dos objetivos a serem definidos pela equipe e pactuados com o usuário, sua família e a rede de atenção à saúde.

II. Elegibilidade e complexidade

Do conjunto da população de cada município, apenas uma parte será alvo das ações de atenção domiciliar nas diferentes modalidades (AD1, AD2 ou AD3).

Para compreender como deve ser realizada essa distinção entre o público-alvo dos serviços de Atenção Domiciliar nas modalidades AD1, AD2 ou AD3, utilizaremos critérios de elegibilidade para a atenção domiciliar, ou seja, as condições que uma determinada pessoa deve preencher para ser incluído nas ações de assistência domiciliar. Esses critérios são baseados na estabilidade da condição de saúde, no grau de dependência e na complexidade da demanda de cuidados e tecnologias assistenciais, como veremos a seguir.

Na nossa sociedade, a autonomia das pessoas é um valor cultural que mantém uma relação muito próxima e complementar com a capacidade das pessoas

Condições de saúde crônicas e agudas e grau de dependência estão tratados na quarta Unidade deste curso

de sobreviverem sem ajuda para as atividades básicas e instrumentais de vida diária, denominada de independência. Quando as pessoas tornam-se dependentes, na maioria das vezes, há também comprometimento da autonomia, pois nem sempre a capacidade de decidir por si é levada ao seu sentido prático.

A dependência pode ser definida como a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem ajuda, quer devido a limitações físico-funcionais, quer devido a limitações cognitivas, quer à combinação entre essas duas condições. Acrescentamos também a dependência estrutural, que inclui os aspectos financeiros, e acomete grande parte da população brasileira.

- Dependência estrutural: resultante da circunstância cultural que atribui valor ao homem em função do que e enquanto produz.
- Dependência físico-funcional: decorre da incapacidade funcional, ou seja, falta de condições para realizar as tarefas da vida diária.
- Dependência cognitivo-comportamental: é socialmente induzida, pois advém do julgamento e das ações de outrem.

Na definição da população alvo das ações de atenção domiciliar, em especial aquela da modalidade AD1, a restrição da capacidade funcional é um critério de elegibilidade. As equipes de atenção básica, através de busca ativa ou demanda espontânea, devem identificar, no conjunto da população adstrita àquela equipe, aquelas pessoas que, por dependência funcional, constituem alvo das ações de atenção domiciliar. Para tal, é necessário empregar instrumentos que permitam proceder a essa identificação e classificação.

Não existem escalas, protocolos ou manuais padronizados para sua utilização pelos serviços de Atenção Domiciliar, ficando a critério das equipes a utilização de modelos já existentes ou a criação de modelos próprios. Indicaremos, agora, alguns dos modelos que vêm sendo utilizados no Brasil e no mundo no âmbito da atenção domiciliar.

Bellehumeur *et al.*, (2007) apresentam um quadro que sintetiza, em três pontos, a avaliação sobre as restrições e a impossibilidade do indivíduo de deambular e sair do domicílio. Esses critérios podem orientar as equipes na avaliação de candidatos potenciais para inclusão em serviços de atenção domiciliar.

- Não deambula/restrito ao leito.
- Pode sair somente com grande esforço ou dificuldade.
- Pode sair poucas vezes, por um período curto, acompanhado, para consultas e exames médicos.

Há registro de escalas utilizadas para este fim em todo o mundo, tendo várias delas sido traduzidas para o português e adaptadas ao Brasil, como o Índice de Barthel, e a Escala EK. Mostraremos, a seguir, as escalas que têm sido mais frequentemente empregadas no Brasil:

- Escala de Avaliação de Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola.
- Índice de Katz modificado.

Quadro 2 – Escala de Avaliação de Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola.

Grau 0	Vale-se totalmente por si mesma. Caminha normalmente.
Grau 1	Realiza suficientemente as atividades da vida diária (AVDs). Apresenta algumas dificuldades para locomoções complicadas.
Grau 2	Apresenta algumas dificuldades nas AVDs, necessitando de apoio ocasional (bengala e andador).
Grau 3	Apresenta graves dificuldades nas AVDs, necessitando de apoio em quase todas. Caminha com muita dificuldade, ajudado por pelo menos uma pessoa.
Grau 4	Impossível realizar, sem ajuda, qualquer AVD. Capaz de caminhar com extraordinária dificuldade, ajudado por pelo menos duas pessoas.
Grau 5	Imobilizado na cama ou sofá, necessita de cuidados contínuos.

Fonte: Kassab (2008)

Ao utilizar-se a Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola, por exemplo, as pessoas com graus 3-4 seriam elegíveis para a modalidade AD1, enquanto as pessoas com grau 5 se enquadrariam no perfil de pessoas da AD2 e AD3.

Definição de independência da Organização Mundial de Saúde: [...] a capacidade para realizar funções relacionadas com a vida diária -- ou seja, a capacidade de viver de forma independente na comunidade, sem ajuda ou com pequena ajuda de outrem (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005).

Disponível em: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf

Quadro 3 - Índice de Katz (Original)

Nome:		Data da avaliação: ___/___/___
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" dignifica supervisão, orientação ou auxílio pessoal.		
Banho - banho de leito, banheira ou chuveiro		
Não recebe assistência (entra e sai da banheira sozinho se essa é usualmente utilizada para banho)	Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna)	Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo
Vestir - pega roupa no armário e veste, incluindo roupas íntimas, roupas externas e fechos e cintos (caso use)		
Pega as roupas e se veste completamente sem assistência	Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos	Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido
Ir ao banheiro - dirigir-se ao banheiro para urinar ou evacuar: faz sua higiene e se veste após as eliminações		
Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã)	Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar
Transferência		
Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)	Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio	Não sai da cama
Continência		
Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar	Tem "acidentes"* ocasionais *acidentes= perda de urina ou fezes	Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente
Alimentação		
Alimenta-se sem assistência	Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão	Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral
Fonte: Katz ; Akpom ,1976, citado por Duarte;Andrade e Lebrão (2007)		

Quadro 4 - Índice de Katz (Original) – Tipos de Classificação

Index de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
0	Independente nas seis funções (banhar-se, vestir-se, alimentação, ir ao banheiro, transferência e continência)
1	Independente em cinco funções e dependente em uma função
2	Independente em quatro funções e dependente em duas funções
3	Independente em três funções e dependente em três funções
4	Independente em duas funções e dependente em quatro funções
5	Independente em uma funções e dependente em cinco funções
6	Independente em todas as funções

Fonte: Katz ; Akpom ,1976, citado por Duarte;Andrade e Lebrão (2007)

Quadro 5 - Índice de Katz (Modificado)

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPEDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistencial apessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação, assistencial apessoal ou cuidado integral
Banhar-se Pontos: _____	Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como costas, genitais ou uma extremidade incapacitada.	Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho.
Vestir-se Pontos: _____	Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos.	Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido.
Ir ao banheiro Pontos: _____	Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda.	Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usar urinol ou comadre.
Transferência Pontos: _____	Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis.	Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira.
Continência Pontos: _____	Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar).	É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga.
Alimentação Pontos: _____	Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa.	Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral.
LEGENDA		
Total de pontos: _____	6 pontos = Independente	4 pontos = Dependência moderada
		2 pontos ou menos = Muito dependente

Fonte: Katz ; Akpom ,1976, citado por Duarte;Andrade e Lebrão (2007)

É importante ter claro que a capacidade funcional de locomoção até uma unidade de saúde é apenas um dos critérios de elegibilidade para a assistência domiciliar na atenção básica. Além disso, como citado anteriormente, deve ser avaliada também a complexidade do cuidado e das tecnologias assistenciais demandadas.

III. Demanda de cuidados e tecnologias assistenciais.

Um dos critérios para a inclusão da pessoa na atenção domiciliar na UBS é a necessidade de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das UBS (BRASIL, 2011a).

A avaliação de complexidade de cuidados é um tema de difícil parametrização, pois requer além da identificação dos equipamentos demandados para a assistência, a avaliação dos procedimentos e ações a serem executados no domicílio.

Há um entendimento que muitas práticas cuidativas foram transferidas e incorporadas à rotina de cuidados executados pela pessoa “cuidador” no âmbito do domicílio.

Consideradas de “menor complexidade assistencial” exigiram orientação e capacitação da pessoa, da família e cuidadores que assumiriam a responsabilidade da sua execução. Incluem-se nesse rol: os curativos, os cuidados com dispositivos (sondas, ostomias), a vigilância e o monitoramento de sinais e sintomas, a administração de medicamentos por via oral e subcutânea.

O planejamento e a implantação da atenção domiciliar, em qualquer uma das modalidades de assistência devem ser pensados não como uma forma de desafogar os serviços com consequente transferência de responsabilidades para a família. Ao contrário, a implantação deste modelo de atenção como política pública vem reforçar o compromisso do Estado com uma parcela significativa da população para a qual o domicílio é locus de primeira escolha para o cuidado. Assim, a avaliação da complexidade da assistência demandada deve considerar a capacidade dos cuidadores familiares e a capacidade de autocuidado dos indivíduos, a presença oportuna da equipe de atenção básica na orientação dos cuidados e o suporte adequado para ações de maior complexidade. Existem diferentes instrumentos elaborados para avaliação de complexidade assistencial:

Quadro 6- Avaliação de complexidade assistencial da Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar (ABEMID)

Tabela de avaliação de complexidade assistencial - ABEMID ⁴		
Efetuada em: ___/___/___		
Nome do paciente:		Complexidade:
Idade:	Programação em dias de atendimento - 24h	
Convênio:	Programação em dias de atendimento - 12h	
Matrícula:	Programação em dias de atendimento - 06h	
Diagnóstico principal:		
Diagnóstico secundário:		
Descrição	Itens da avaliação	Pontos atribuídos
Suporte terapêutico	Sonda vesical permanente	1
	Sonda vesical intermitente	2
	Traqueostomia sem aspiração	2
	Traqueostomia com aspiração	5
	Aspiração de vias aéreas sup.	3
	Acesso venoso prof. contínuo	5
	Acesso venoso intermitente	4
	A. venoso periférico contínuo	5
	Diálise domiciliar	5
Quimioterapia	Oral	1
	Subcutânea	3
	Intravenosa	5
	Intratecal	5
Suporte ventilatório	O ₂ intermitente	2
	O ₂ contínuo	3
	Ventilação mec. intermitente	4
	Ventilação mecânica contínua	5
Lesão vascular/cutânea	Úlcera de pressão grau I	2
	Úlcera de pressão grau II	3
	Úlcera de pressão grau III	4
	Úlcera de pressão grau IV	5
Grau de atividade da vida diária relacionada aos cuidados técnicos	Independente	0
	Semi-dependente	2
	Dependente total	5
Dependência de reabilitação Fisioterapia/ Fonoaudiologia/Etc	Independente	0
	Dependente	2
Terapia nutricional	Suplementação oral	1
	Gastronomia	2
	SNE	3
	Jejuno Deo	3
	Nutrição parental total	5
		Total:

Classificação dos pacientes	
Inferior a 7 pontos	Paciente não elegível para internação domiciliar
De 8 a 12 pontos	Baixa complexidade
De 13 a 18 pontos	Média complexidade
Acima de 19 pontos	Alta complexidade
Ao obter um escore 5, o paciente migra automaticamente para média complexidade	
Observações:	
<p>I) Quanto ao grau de atividade de vida diária</p> <p>1 - Entende-se por paciente independente aquele que pode ser acompanhado por cuidador ou familiar</p> <p>2 - Entende-se por parcialmente dependente aquele que apresenta duas ou mais das condições abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Somente se mobiliza do leito com ajuda de terceiros b) Apresenta nível de consciência com confusão mental c) Faz uso de medicações intravenosas de caráter intermitente d) Necessita de curativos especializados/cirúrgicos diários <p>3 - Entende-se por totalmente dependente aquele que:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Apresenta-se em prótese ventilatória contínua ou intermitente com três ou mais intervenções diárias b) Apresenta-se inconsciente/comatoso ou totalmente restrito ao leito, associado à necessidade de algum dos suportes terapêuticos: cateter vesical, traqueostomia, acesso venoso e diálise domiciliar c) Faz uso de medicações intravenosas de caráter contínuo d) possui cirurgia de fixação da coluna, em decorrência de instabilidade grave, com menos de 60 dias de P.O. 	
<p>II) Quanto à classificação:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Se o somatório de pontos obtidos for menor ou igual a 7 pontos, o paciente será considerado não elegível para iniciar ou manter-se no programa de internação domiciliar b) Se o somatório de pontos obtidos for de 8 a 12 pontos, o paciente será considerado de baixa c) Se o somatório de pontos obtidos for de 13 a 18 pontos, o paciente será considerado de média d) Se o somatório de pontos obtidos for igual ou superior a 19 pontos, o paciente será considerado de alta e) Ao obter uma pontuação cinco, o paciente migra automaticamente para média complexidade f) Ao obter dois ou mais pontuações cinco, o paciente migra automaticamente para alta complexidade, independente do total de pontos obtidos (com cuidados de enfermagem de 24 horas) 	
<p>Obs. 1 - Em TODOS os itens de avaliação, EXCETO os relacionados à coluna SUPORTE TERAPÊUTICO, os pontos NÃO se somam, SEMPRE prevalecendo o item de MAIOR pontuação</p> <p>Obs. 2 - Entende-se por DEPENDÊNCIA TOTAL DE CUIDADOS a necessidade de enfermagem 24h</p> <p>Obs. 3 - Entende-se por DEPENDÊNCIA PACIAL DE CUIDADOS a necessidade de enfermagem 12h</p>	

Fonte: Dal Ben; Gaidiznski (2006)



LEIA:

DAL BEN, L. W.; GAIDIZNSKI, R.R. sistema de classificação de pacientes em assistência domiciliária. *Acta Paul. Enferm.* v. 19, n. 1, .100-8, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a16v19n1.pdf>>

SAVASSI, L. C. M. *et al.* Proposta de um protocolo de classificação de risco para atendimento domiciliar individual na atenção primária à saúde. *JMPHC.* v.3, n. 2, 2012. Disponível em: <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/66>

Note-se que essa Escala de Avaliação da Complexidade Assistencial foi desenvolvida para avaliar a complexidade da assistência para internação domiciliar. Um modelo adaptado para a assistência domiciliar na atenção básica pode ser desenvolvido e incluiria aquelas pessoas que similarmente aos itens avaliados nesta Escala estariam na classificação de menor complexidade ou sem classificação para internação domiciliar, mas que demandam ações no domicílio devido ao critério de elegibilidade da dependência funcional.

Em síntese, do total da população adscrita a uma equipe/ unidade, temos um conjunto de usuários que possuem condições físicas de locomoção até a unidade de saúde e que, portanto, devem ter ações programadas na oferta local na UBS. Logo, é preciso definir com clareza o perfil e as necessidades de saúde da população alvo das ações de atenção domiciliar na atenção básica. Esse é um tema para discussão da equipe. Isso porque as ações devem entrar na agenda da equipe de forma sistemática e regular e devem ser organizadas de maneira a atender a demanda a esse público e aos demais que necessariamente não estão no grupo elegível para atenção domiciliar.

Há também outro conjunto da população que, por avaliação funcional, demanda a atenção domiciliar por impossibilidade ou dificuldade de comparecer aos atendimentos na unidade. Esse número representa a população que deve ser incluída nas ações de atenção domiciliar, nas diferentes modalidades. Além dos critérios de avaliação funcional, deve ser considerada também a complexidade assistencial, incluindo-se na AD1 aquelas pessoas com demandas de menor complexidade.

Finalmente, estando devidamente cadastradas e identificadas a população elegível é possível programar as ações no domicílio definindo a periodicidade, os profissionais envolvidos, as metas a serem alcançadas.

PENSE NISTO...

É fundamental que a equipe da UBS saiba as finalidades e os objetivos da AD1, ou seja: Para qual direcionalidade está sendo implantado e organizado o trabalho da UBS no que se refere a AD1? Quais recursos existentes na Unidade? Qual é a relação da UBS com as demais Redes de Saúde do Município?

parte 3:

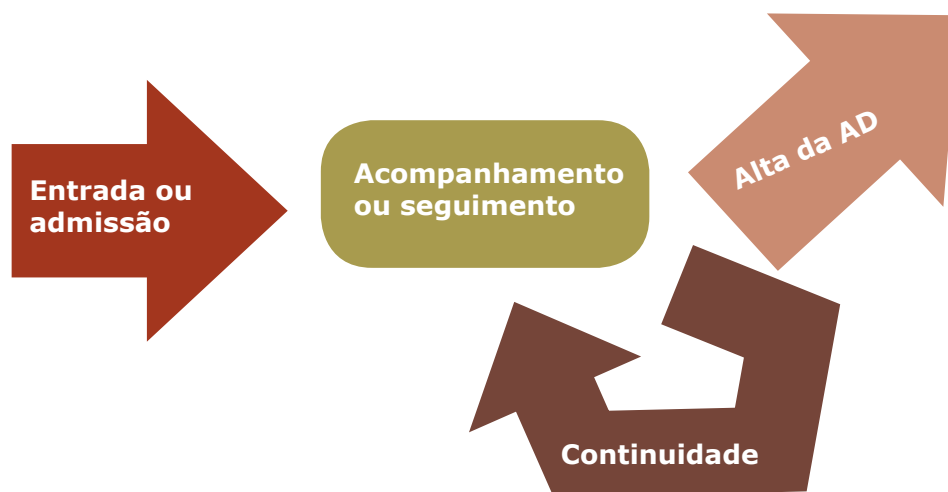
Programação da atenção domiciliar na rede básica de saúde: fluxos de serviços e articulações na RAS

A programação das ações é uma etapa importante do processo de implantação dos serviços de saúde e tem como objetivos coordenar a atenção aos portadores de condições crônicas; dimensionar o atendimento de acordo com uma estratificação de risco; viabilizar a atenção integral; gerenciar os casos de maior risco e controlar a evolução das condições crônicas na população da área de abrangência.

Uma proposta de programação para a atenção domiciliar na rede básica foi desenvolvida por Figueiredo (2010) que prevê a realização das ações no domicílio pelo médico, pelo enfermeiro e por técnicos de enfermagem de forma periódica. Naquele estudo, a classificação de AD1 e AD2 não trata especificamente dos mesmos critérios definidos na Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD). A Figura 2 apresenta um esquema das ações que devem ter sua versão final estabelecida pela equipe, de acordo com o número de pessoas em AD e as demandas de cuidado, desde que o intervalo máximo entre as visitas seja de 30 dias.

Na programação das ações, deve-se considerar que a periodicidade dos atendimentos leva em conta a estabilidade clínica da pessoa, a intensidade e frequência de procedimentos a serem realizados. Em geral pessoas com maior instabilidade clínica, demandam a presença do médico com maior frequência. A demanda por procedimentos e intervenções de enfermagem exigem a atuação da equipe de enfermagem, conforme o plano de cuidados de modo mais ativo. Nos casos de reabilitação e orientações fisioterapicas ou nutricionais o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) têm uma atuação mais frequente.

Figura 2 - Representação esquemática do processo de trabalho da atenção



A importância da articulação da Atenção Básica com as EMAD (AD2 e AD3) está definida a portaria n.º 963 de 27 de maio de 2013 (BRASIL, 2013) e estabelece que as EMAD serão organizadas a partir de uma base territorial, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida, e se relacionarão com os demais serviços de saúde que compõem a rede de atenção à saúde, em especial a atenção básica.

domiciliar na atenção básica

Lembramos que a inclusão/admissão da pessoa na atenção domiciliar deve ocorrer após avaliação, por um ou mais membros da equipe, da elegibilidade daquele indivíduo para o serviço, baseando-se nos critérios relacionados à estabilidade da condição de saúde, no grau de dependência e na complexidade da demanda de cuidados e tecnologias assistenciais, conforme explicado anteriormente. É importante ressaltar que esse processo deve ocorrer em fluxo contínuo, ou seja, a qualquer momento deve ser avaliada a possibilidade de inclusão de novos usuários nos serviços.

A inclusão na AD1 determina a elaboração de um plano de cuidados assistencial e, a partir daí, são programadas as ações que serão devolvidas pela equipe em um segundo momento, denominado acompanhamento ou seguimento. O acompanhamento consiste em visitas com espaçamento máximo de um mês entre elas, por um ou mais membros da equipe regular e, eventualmente, pela equipe do NASF. É durante essas visitas que os cuidados e orientações à pessoa e a sua família e/ou cuidador devem ser realizados.

É corrente, nessa modalidade, que as pessoas permaneçam vinculadas aos programas/serviços por longos períodos de tempo, sobretudo aqueles acometidos por condições crônicas de saúde porque, em geral, requererem, cuidados de forma intermitente. De um modo geral, esse é o público majoritário nos Serviços de Atenção Domiciliar.

Contudo, é importante que a equipe atenda-se à necessidade de reavaliação contínua das condições de saúde e dos critérios que permitam ou não manter as pessoas na atenção domiciliar, pois situações de melhora clínica ou de redução da dependência funcional são esperadas. A evolução para a alta do programa de AD é esperada, sobretudo nos casos agudos (usuários com lesões não complicadas de evolução positiva, em recuperação pós-operatória, entre outros).

Outro desfecho possível e que deve ser considerado quando do planejamento e organização do serviço é o óbito da pessoa assistida, muitas vezes no próprio domicílio.

A transferência para outros serviços (ambulatoriais, hospitalares ou para a AD2 e AD3) devem ser previstos no fluxo dos serviços/programas.

Assim, um dos pilares para a implantação da atenção domiciliar na Rede Básica em um município é a criação de mecanismos adequados e suficientes de referência e contrarreferência para os serviços, o que exige articulação com as demais estruturas do município e região – UBS, Rede de Atenção Especializada (ambulatórios, clínicas e serviços de apoio diagnóstico), hospitais, serviços de urgência e emergência. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu)



tem um papel fundamental na atenção às urgências e casos agudos e deve constituir retaguarda assistencial garantida para a atenção domiciliar.

Uma articulação imprescindível para a atenção domiciliar é com o NASF. Os gestores e profissionais devem conhecer e compartilhar com as equipes do NASF as demandas de cuidado no domicílio, em especial para os casos de reabilitação e de especialidades, para os quais há demanda de recomposição das equipes de atendimento. Nessas situações, o matriciamento pode ser uma importante estratégia que garanta a discussão dos casos e continuidade da assistência sob a coordenação da equipe de atenção básica. Em todos os casos, é a equipe de atenção básica que responde pela continuidade e coordenação do cuidado. A articulação dos serviços de atenção domiciliar com a Rede de Atenção à Saúde representa um desafio para os gestores e gerentes de Unidades de Saúde. A não efetivação dessa integração pode comprometer a continuidade dos programas e a integralidade do cuidado.

A integralidade também pressupõe a articulação com um conjunto de políticas públicas de outros setores da sociedade, principalmente com a rede de Assistência Social. Essa conexão intersetorial tem, no papel dos gestores e gerentes, seus maiores apoiadores e promotores.

A atenção à saúde no domicílio desenvolvida por uma equipe multiprofissional e por cuidadores informais (familiar, amigo, membro da comunidade, etc.) representa um esforço de reconstrução de novos modelos de atenção que buscam uma assistência integral e equânime, garantindo a qualidade de vida e estimulando a autonomia do indivíduo.

Ressaltando-se o fato de não estarem previstos em lei recursos adicionais para a assistência domiciliar na Atenção Básica, a implantação desta modalidade não se faz sem custos, uma vez que os recursos existentes na maior parte das equipes/Unidades Básicas de Saúde não são suficientes nem específicos para os cuidados

Responsabilidade da prestação da assistência na modalidade AD1 (Seção II, Art. 21 da Portaria n.º 963 de 23 de maio de 2013):

Art. 21- A prestação da assistência à saúde na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês.

§ 1º As equipes de atenção básica que executarem as ações na AD1 serão apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e ambulatórios de especialidades e de reabilitação.

§ 2º Os equipamentos, os materiais permanentes e de consumo e os prontuários dos usuários atendidos na modalidade AD1 ficarão instalados e armazenados na estrutura física das próprias UBS.

prevalentes na assistência domiciliar.

A implantação das diversas modalidades da atenção domiciliar é precedida de decisão político-institucional no sentido de assumir a atenção domiciliar como estratégia de organização tecno-assistencial em saúde.

Assim, para o seu sucesso, há que se ter uma implicação dos gestores e profissionais que permitam a incorporação da AD como estratégia da política pública.



A integralidade supõe a construção de relações de cooperação entre serviços, de modo que a pessoa disponha de amplas possibilidades de trânsito pela rede de serviços de acordo com suas necessidades. No entanto, problemas tais como dificuldade de conexão entre serviços, disputa entre equipamentos e disputa entre profissionais são frequentemente observados, predominando relações de disputa em vez de relações de cooperação e responsabilidade compartilhada. Isso ocorre em parte pelo dimensionamento dos serviços não levar em conta efetivamente as necessidades da pessoa (inclusive considerando suas singularidades e intensividade do cuidado), gerando sobrecarga dos serviços; em parte pelo desconhecimento mútuo em relação às responsabilidades e também às possibilidades e aos limites de cada serviço.

Leia mais:

Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado. Movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde (MERHY; FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003). Disponível em: < <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-11.pdf> >





3

unidade



3 unidade

Atenção domiciliar na rede básica de saúde: avaliação e monitoramento

Serviços organizados para prestar atenção domiciliar pretendem promover, manter e restaurar a saúde dos indivíduos no contexto de suas vidas, considerando os aspectos ambientais e familiares do cuidado.

Por mais que médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde prestem as mais diversas orientações e tracem os mais bem elaborados planos, precisaremos no dia a dia da dura vida real ter a segurança de que as condições e processos para o gerenciamento do cuidado acontecem. Assim, é preciso que os níveis pressóricos estejam bem controlados, tanto quanto é preciso que a família e a pessoa compreendam as razões para se usar a medicação. É necessário evitar escaras, tanto quanto o cuidador precisa compreender que sua carga de trabalho aumenta quando a pessoa sob os seus cuidados piora. Tanto quanto ensinar, é preciso saber escutar para aprender como de fato as pessoas vivem, podendo assim compreender quais são os reais desafios que precisam ser enfrentados. Nesta Unidade vamos rever processos de acompanhamento e avaliação das visitas domiciliares, realizadas no contexto da atenção domiciliar. Vamos, inicialmente, recapitular conceitos básicos de avaliação, os objetivos de uma visita na AD — mostrando os passos desse processo — os indicadores para a avaliação de qualidade da AD e a indicação de matriz de avaliação, como exemplo.

Ao final desta Unidade você deverá ser capaz de:

- compreender conceitos básicos de avaliação e monitoramento na saúde;
- nomear os resultados pretendidos durante a realização de visita domiciliar no contexto do plano individual de cuidados;
- escolher indicadores de qualidade para o monitoramento da atenção domiciliar;
- definir e utilizar uma matriz de análise para monitoramento da atenção domiciliar na RBS.

parte 1:

Avaliação e monitoramento: conceitos básicos

Ao longo do dia, vivemos várias situações de avaliação. Quando vestimos uma roupa, nós olhamos no espelho para saber se ficou boa (e trocar ou não). Quando almoçamos, sempre há a expectativa de que a primeira colherada trará aos sentidos o gosto da comida. Quando estreamos um tênis novo, o fim do primeiro dia de uso determinará o quão confortável ele é e se, o continuaremos usando. As bases desse processo, no trabalho em saúde, não são diferentes.

Avaliação é entendida como todo processo de tentar estabelecer um julgamento sobre determinado tema.

Acompanhamento é a avaliação organizada, ao longo do tempo, permitindo rever condutas para melhorar o trabalho prestado.

Avaliação formativa é todo processo avaliativo que pretende conduzir a melhorias e à implementação de mudanças rumo a melhores resultados.

Quando um médico prescreve uma medicação anti-hipertensiva, precisa saber se os resultados de seu uso foram satisfatórios e quais determinantes influenciam no resultado da terapêutica — adesão da pessoa, disponibilidade da medicação, compreensão da condição de saúde. Quando uma equipe visita uma pessoa em domicílio, com a função de assistência, precisa organizar e planejar a atividade considerando o plano de cuidado individual, a evolução do processo, que problemas não têm sido resolvidos ou têm se repetido. Inclusive, considerar as ações da equipe de saúde sobre a situação específica e sobre todo o processo de trabalho que a UBS desenvolve na AD, para o monitoramento contínuo de uma avaliação formativa.

O mérito de uma atividade precisa ser avaliado quanto à capacidade de atingir os resultados esperados. Assim, uma avaliação de qualidade de um processo de trabalho tem mérito ao basear-se nos três E'-s da gestão pública quanto à avaliação: eficiência, eficácia e efetividade.

Agora, siga seu estudo lendo este breve glossário.

Eficiência

Trata-se de eliminação do desperdício de recursos. Pode ser exemplificado pela boa utilização de recursos humanos. Sabe-se hoje de muitas equipes que se comunicam mal com os seus Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) — profissionais competentes poderiam ajudar sobremaneira na organização do cuidado a uma pessoa restrita ao lar caso fosse traçado um plano conjunto para uma intervenção.

Eficácia

Trata-se da utilização adequada dos recursos existentes. São conhecidas histórias de equipes que planejam visitas a uma pessoa com vários profissionais ao mesmo tempo, gerando uma gama variada de orientações impossíveis de serem absorvidas na íntegra pela pessoa assistida, familiar ou seu cuidador. Também ocorrem casos de deslocamento médico para prestar orientações que poderiam ser dadas por outro profissional da equipe. Para ser eficaz, o atendimento domiciliar precisa planejar a utilização dos recursos disponíveis no tempo certo.

Efetividade

É a geração de impactos positivos a partir de determinada intervenção. Assim, não faz sentido propor ações que não possam gerar resultados adequados para a organização do cuidado. Por exemplo: não adianta seguir com visitas rotineiras de avaliação de dados vitais de uma pessoa se essas informações, efetivamente, não se converterem em uma proposta de monitoramento e adequações terapêuticas.

Um processo de avaliação bem planejado, na área da saúde, precisa seguir alguns passos básicos, quais sejam:

- Definição dos resultados que são pretendidos: a visita domiciliar é uma modalidade de intervenção que pretende melhorar a qualidade de vida e as condições de saúde da pessoa. Existem processos de trabalho desejáveis, mas também objetivos específicos para cada pessoa e para o conjunto deles. Durante o planejamento da visita, em geral, parte desses objetivos será traçada.
- Escolha dos indicadores a serem avaliados: para evitar a subjetividade pessoal — como ao avaliarmos a necessidade de trocar ou não uma roupa que não nos pareceu adequada ao nos observarmos no espelho — alguns indicadores precisam ser definidos para balizar o processo de avaliação.
- Levantamento das informações, periodicamente: definição de um tempo adequado de atualização das informações pelas equipes de saúde, de acordo com características locais. Os indicadores precisam ser levantados dados de prontuário, por entrevistas ou por qualquer outro meio requerido pelos indicadores escolhidos, permitindo, assim, espelhar as condições encontradas durante o tempo em que determinada atividade ocorreu.
- Apresentação dos resultados: a equipe precisa se reunir para discutir e refletir sobre os resultados encontrados.
- Organização de propostas: à luz dos resultados que eram esperados, a equipe precisa se organizar para manter as boas práticas, rever os processos inadequados e implantar inovações durante a realização das visitas domiciliares.



Leia o texto: Auditoria e avaliação no sistema único de saúde (MELO; VAISTMAN, 2008). Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/04/Artigo-Auditoria1.pdf>

parte 2:

Objetivos e implicações da avaliação e monitoramento: a visita domiciliar em pauta

Para o processo de monitoramento e avaliação da atenção domiciliar, é necessário conhecer que objetivos foram propostos. Muitos deles foram traçados durante a implantação do serviço ou no planejamento da visita domiciliar. Contudo, durante a execução do plano de trabalho, é necessário assegurar o monitoramento dos objetivos na perspectiva da sua consecução.

Embora estejam particularizados em cada situação e plano, provavelmente os seguintes objetivos devem ser considerados no planejamento da visita domiciliar:

- **Objetivo geral:**
 - Melhorar a autonomia da pessoa assistida e sua família, para gestão do cuidado e da terapêutica proposta.
- **Objetivos específicos:**
 - Manter níveis pressóricos adequados.
 - Introduzir medidas para redução do risco de escaras.
 - Melhorar a segurança do ambiente doméstico.
 - Treinar cuidador para uso de instrumentos.

Entretanto, para que se consiga construir uma relação de ajuda que facilite atingir as metas propostas, algumas questões devem ser conhecidas.

Buscando melhor adesão e compreensão do mundo particular de cada pessoa, o método clínico centrado nas pessoas vem se desenvolvendo desde a década de 80 (STEWART et al., 2010). Diversas pesquisas têm demonstrado maior satisfação de profissionais e pessoas, bem como melhores resultados no cuidado à saúde, quando este método é observado.

Tratando-se do cuidado a pessoas em seu domicílio, a organização do cuidado e de processos de avaliação fundamentados no método clínico centrado na pessoa beneficiam o planejamento do trabalho e a atuação das equipes.

Assim, alguns passos do método clínico centrado na pessoa são:

Passo 1: Explorando a doença e a experiência da doença

As pessoas não adoecem da mesma forma. Cada qual carrega consigo uma série de entendimentos e medos sobre o que se passa. Não é possível pensar em adesão a propostas de cuidado domiciliar, especialmente no caso de pessoas acamadas, se não puderem todos (pessoa, cuidador e familiares) ter escutadas suas angústias e teorias sobre o que ocorre com o doente. Esclarecer dúvidas, desenhar um entendimento comum sobre o que está

acontecendo e acolher os receios dos envolvidos deveria ser norma de todo processo de trabalho adequado e precisa ser objeto de auditoria.

Passo 2: Entendendo a pessoa como um todo

Em geral, as pessoas que estão restritas ao lar e são atendidas no domicílio, durante as visitas, falam sobre todo o contexto de sua vida (VASCONCELOS, 2001).

Embora essencial para estabelecer a rede de apoiadores e levantar necessidades específicas para o cuidado, não raras vezes os profissionais de saúde negligenciam a atenção a este aspecto, preferindo-se ater a questões fundamentalmente biomédicas (embora, claro, não se descarte sua importância). Quem é responsável por dar o banho? Quem é responsável pela alimentação? Quem é acionado quando algo ruim acontece? A equipe precisa conhecer a pessoa como um todo para conseguir que o plano de cuidado pretendido seja factível.

Passo 3: Elaborando um plano conjunto de manejo de problemas

A organização do plano de cuidado domiciliar precisa considerar a necessidade de planejar o cuidado a partir da parceria com familiares e cuidadores (formais, informais ou comunitários).

Passo 4: Incorporando prevenção e promoção de saúde

Cuidar de pessoas adoecidas não pode se restringir à manutenção de seu estado. Aumentar sua autonomia, melhorando as possibilidades de promoção de melhor qualidade de vida, é objetivo em todo atendimento domiciliar. A equipe precisa considerar no plano de cuidados encaminhamentos, recursos e condições para melhorar a situação de saúde da pessoa assistida, como por exemplo: cuidados de fisioterapia para pessoas com sequelas de acidente vascular cerebral, participação de terapeuta ocupacional em atividades lúdicas e estímulos para a memória.

Passo 5: Intensificando o relacionamento entre pessoa e equipe

A relação de confiança entre equipe de saúde e pessoa assistida, familiares e cuidadores é reforçada na visita domiciliar, mas é preciso estabelecer acordos que, cumpridos, tendem a gerar um ciclo virtuoso de entendimentos mútuos. Exemplos: a equipe precisa estabelecer a periodicidade das visitas, informar como pode ser contatada em caso de necessidade. (evita assim a sensação de abandono).

Passo 6: Sendo realista

As situações e circunstâncias de cada pessoa, de cada família e de cada domicílio são singulares, o que implica que as equipes profissionais precisam definir o plano de cuidados e explicá-lo muito claramente para a família e assegurar que os “acordos” firmados sejam cumpridos. Um ponto importante nesse processo é esclarecer cuidadores e familiares sobre quais os recursos disponíveis como utilização do Samu de forma a reforçar a confiança e aumentar a adesão ao plano de cuidados definido.



O Método clínico centrado na pessoa foi uma técnica de abordagem da pessoa dentro do consultório, descrita por Joseph Levenstein, na África do Sul. Em suas aulas de medicina, ao ser questionado por uma aluna acerca dos motivos que levavam à satisfação de seus pacientes após a consulta, ele começou a observar e relacionar fatores que levavam ao sucesso de suas intervenções. Baseado em registros audiovisuais de suas consultas, ele desenvolveu os seis passos que posteriormente foram aprimorados por outros autores, como Ian McWhinney e Moira Stewart.

LEIA MAIS:

RUBEN, R.*et al.* Abordagem centrada nas pessoas. Rev. Bras. Med. Fam e Com. 2009. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/162/174>>.

parte 3:

Indicadores para a avaliação de qualidade da atenção domiciliar

No início do planejamento de qualquer atividade, é desejável que o grupo de trabalho discuta e defina os objetivos pretendidos com aquela intervenção (GANDIN, 1994). Para que se possa realizar uma avaliação e monitoramento, a equipe de Saúde da Família precisa determinar, também, que perguntas ou indagações precisam ser feitas para avaliar o cumprimento dos objetivos. A partir dessas perguntas são determinados indicadores.

Indicadores

São fatores, atributos ou componentes de um trabalho que ajudam a medir a qualidade e a necessidade das intervenções. Procurando fugir do senso comum, os indicadores estabelecem critérios para a análise das atividades e apontar direções ou problemas passíveis de discussão pela equipe de saúde da família.

Os indicadores podem se referir à estrutura, aos processos ou aos resultados.

- **Indicadores de estrutura** são aqueles destinados a determinar os componentes operacionais de uma atividade, tais como existência de transporte para a equipe realizar visitas, profissionais em número e qualidade o suficiente e organização de agenda que permita aos membros do grupo deixar a unidade de saúde.
- **Indicadores de processo** são aqueles que dizem respeito à formatação do trabalho. Assim, quando se analisa a adequabilidade do atendimento domiciliar ao método clínico centrado na pessoa, ou quando se discute sobre a existência ou não de um plano, pactuado com familiares, para situações de emergência, estamos falando de indicadores do processo de trabalho em saúde.
- **Indicadores de resultados** estão relacionados principalmente presença de eventos adversos, como o número de pessoas acamadas acometidas por escaras e o índice de internações e as intervenções realizadas nas visitas.

A utilização, articulada desses indicadores, permite que durante a avaliação sejam observados os diversos aspectos relacionados ao cumprimento dos objetivos.

De acordo com Samico (2010) todos esses indicadores devem ser considerados no monitoramento e devem atender algumas características:

- **Validade** - o indicador deve ser capaz de medir o que foi proposto.
- **Sensibilidade** - o indicador deve ser capaz de captar mudanças no que está sendo observado.
- **Especificidade** - as mudanças captadas precisam ser reais.
- **Relevância** - o indicador deve ter importância para orientar possíveis mudanças de rumo.
- **Simplicidade** - o indicador deve ser facilmente coletado.

- **Custo-efetividade** - os resultados do indicador devem justificar o investimento em seu levantamento.
- **Oportunidade** - o indicador deve estar disponível quando se precisar dele.

Para cada indicador, deve-se descrever: periodicidade de avaliação, forma de coleta; objetivo associado, como exemplificado a seguir:

I. Exemplo A

- **Objetivo:** Aumentar o vínculo entre equipe, pessoa assistida, familiares e cuidadores restritos ao lar.
- **Indicador:** manter comunicação com o agente comunitário de saúde de sua área de abrangência.
- **Descrição:** saber se a pessoa e seus familiares conhecem o agente comunitário de saúde e a tem como referência para encaminhamento de demandas à equipe.
- **Periodicidade:** semanal.
- **Forma de coleta:** entrevista com a pessoa e familiares.

II. EXEMPLO B

- **Objetivo:** Manter periodicidade de visitas domiciliares.
- **Indicador:** existência de plano de retorno aos domicílios.
- **Descrição:** saber se a equipe tem pactuado com as famílias retornos periódicos, devidamente baseados nas condições clínicas da pessoa, para manter periodicidade de visitas.
- **Periodicidade:** mensal.
- **Forma de coleta:** revisão de prontuários.

III. EXEMPLO C

- **Objetivo:** Reduzir complicações de escaras em pessoas acamadas.
- **Indicador:** treinamento de todos os membros da equipe no cuidado às escaras.
- **Descrição:** trata-se de garantir que os membros da equipe conheçam quais as orientações básicas para evitar escaras e quais os cuidados com as já existentes, aprofundando-se, de acordo com sua categoria profissional, no manejo delas.
- **Periodicidade:** não se aplica (avaliação é feita de acordo com oferta do treinamento).
- **Forma de coleta:** avaliação de presença na oficina de cuidados com escaras.

parte 4:

Matriz de avaliação e monitoramento da atenção domiciliar

É muito fácil se perder ao tentar levantar indicadores para análise de uma atividade. Na tentativa de circunscrever toda a realidade, corre-se o risco de tornar o processo de auditoria mais complicado do que o trabalho que está sendo avaliado.

Alguns erros são comuns quando usamos indicadores, tais como:

- Indicadores mal definidos.
- Indicadores que não podem ser operacionalizados.
- Inclusão apenas de indicadores de resultado (desconsiderando a importância da estrutura e dos processos de trabalho para atingir as metas do planejamento).
- Uso de indicadores pouco sensíveis.
- Uso de muitos indicadores.

Assim, visando facilitar o monitoramento da atenção domiciliar, podemos lançar mão do uso de matrizes, elencando apenas um pequeno número de indicadores, desde que contemplem os objetivos.

Matrizes são tabelas que permitem um raciocínio lógico. No caso da auditoria do trabalho em saúde, nas matrizes é que são dispostos os indicadores escolhidos, facilitando assim o monitoramento dos trabalhos e a avaliação dos resultados.

Na matriz precisam estar dispostos os objetivos traçados no planejamento, os indicadores (previamente escolhidos e destrinchados, como no tópico anterior), a data da avaliação e as considerações. Cada equipe deverá construir a matriz de avaliação de acordo com suas necessidades, contemplando como indicadores, pelo menos: objetivo, indicador, data da avaliação e considerações. Utilizando estes indicadores, poderíamos ter o seguinte exemplo:

Quadro 6- Exemplo de matriz de avaliação segundo indicadores

Objetivo	Indicador	Data da avaliação	Considerações
Aumentar o vínculo entre a equipe e pessoas restritas ao lar.	Manter comunicação com a agente de saúde de sua área de abrangência.	11/12/2012	Apenas dois terços das pessoas conhecem suas agentes de saúde.
Manter periodicidade de visitas domiciliares.	Existência de plano de retorno aos domicílios.	08/06/2012	Não existe registro de proposta de retorno na conduta dos prontuários.
		11/12/2012	Consta proposta de retorno em todos os prontuários, inclusive com sugestão de data.
Aumentar adesão de familiares à proposta terapêutica.	Respeito às crenças dos usuários e familiares na elaboração do projeto terapêutico.	11/12/2012	A equipe refletiu sobre o fato de que foram raras as vezes em que os familiares foram chamados a participar da elaboração do projeto terapêutico.
Reduzir complicações de escaras em pessoas acamadas.	Treinamento de todos os membros da equipe no cuidado às escaras.	11/12/2012	Todos os membros da equipe participaram do treinamento.

No exemplo, o segundo indicador teve duas avaliações durante o ano, o que permitiu compreender que a equipe tentou implantar alguma mudança na sua rotina de trabalho.

Até aqui, foram cumpridos três passos do processo de avaliação: os resultados pretendidos para o processo de trabalho foram definidos, os indicadores a serem avaliados foram escolhidos e as informações sobre eles já foram levantadas.

Agora, é preciso apresentar essas informações, confrontando-as com os objetivos pretendidos e buscando compreender se foram atingidos os resultados esperados. Em geral, é em reunião de equipe que uma auditoria, como a que está sendo aqui discutida, se dá. Reunidos, os membros da equipe de Saúde da Família, periodicamente, podem reavaliar seu trabalho e, com base em de suas conclusões, organizar propostas para melhorar o seu trabalho.

A avaliação da atenção domiciliar, por meio de auditoria, não pretende apontar culpados ou apenas levantar problemas. Trata-se, em vez disso, de uma premissa do “bom planejamento”, corroborando com a escolha de caminhos mais adequados e com a revisão do plano e organização do trabalho, refazendo assim, o ciclo de planejamento da assistência domiciliar.





4

unidade



unidade 4

Atenção domiciliar: classificação, níveis de complexidade e riscos

Nosso propósito, nesta unidade, é reafirmar e valorizar que é imprescindível contemplar e considerar elementos de ordem biológica, social e física — da pessoa a ser assistida, da família e do domicílio —, na compreensão e avaliação dos níveis de complexidade e riscos que conformam uma dada situação.

Objetivos:

- Conhecer conceitos sobre complexidade para a atenção domiciliar.
- Conhecer o conceito de risco.
- Reconhecer níveis de complexidade e risco diferentes para diferentes grupos de pessoas.
- Avaliar a relação entre complexidade, riscos e indicação do profissional da equipe para atender cada situação específica.

parte 1:

Complexidade e riscos

Quando falamos em famílias e pessoas que necessitam de assistência domiciliar, precisamos considerar todos os aspectos envolvidos e não apenas aqueles de natureza biológica. Contudo, não raramente, tratamos de situações complexas, no campo da saúde, referindo-nos a uma pessoa cujo “problema de ordem clínica” exige cuidados e uso de tecnologias de maior densidade.

Complexidade

Podemos ter, na microárea onde determinada equipe de saúde atua uma criança, filha de mãe analfabeta, portadora de asma intermitente que, devido às condições da casa em que vive (quarto mofado, à beira de um barranco e com diversos animais dentro de casa), desenvolve repetidas crises respiratórias. O mofo e o analfabetismo não são problemas de saúde. Contudo, são problemas do meio ambiente físico e social que impactam na saúde dessa criança. Pelo fato de ser uma criança asmática, talvez não necessitasse de avaliação e acompanhamento no âmbito domiciliar, contudo as condições relatadas aumentam a complexidade da situação, exigindo que a equipe organize e realize um plano de cuidados com visitas e monitoramento domiciliar.

Diferentemente, na situação de uma pessoa acamada, pós-acidente vascular cerebral (AVC), diabética e hipertensa e sem conseguir se comunicar, estamos com um quadro clínico complexo. No entanto, outra condição da família (filhos com formação universitária, casa em boas condições, cuidador especialmente contratado para atender as necessidades da pessoa, por exemplo) pode permitir que a equipe de saúde tenha um plano de visitas domiciliares com maior periodicidade que na situação anterior. É dentro do domicílio que podemos entender a rotina familiar, suas crenças e meios para se organizar perante o adoecimento de um membro, compreender as reais dificuldades para o seguimento das orientações e cuidados estabelecidos, avaliar riscos.

Risco

Na UBS onde a atenção domiciliar é uma ação programática, permite-se e exige-se dos profissionais a contextualização das suas ações na realidade vivenciada pelas pessoas, no seu dia a dia.

Quando se fala em risco, estamos falando da probabilidade de um evento ocorrer. Para a organização da assistência domiciliar, falamos principalmente de condições que aumentam o risco de eventos adversos e que, por essa razão, necessitam de atenção profissional especializada.

Como falamos da necessidade de evitar avaliações lineares, é importante, também, não fragmentar os riscos. A diversidade de determinantes e

fatores coadjuvantes na avaliação da complexidade, referida anteriormente, aplica-se também na avaliação de riscos. Por exemplo: a pessoa que vive sozinha (não tem cônjuge, não tem filhos, não compartilha residência com outra pessoa) tem maior possibilidade de não contar com cuidadores em sua velhice. A ausência de cuidadores aumenta o uso de polifármacos, o uso inadequado de medicamentos, a precariedade e as dificuldades para o preparo de alimentos, bem como cuidados higiênicos inadequados, o que, em geral, vai resultar na desestabilização do quadro clínico.

Todas as pessoas estão expostas, portanto, a múltiplos riscos que potencializam a complexidade. Ainda assim, nem todos os riscos podem ser dirimidos por profissionais da área da saúde. É necessário reconhecer essas vulnerabilidades e contemplá-las no plano de trabalho da Unidade e de cada equipe. Não se trata de cuidar de todos os aspectos relacionados às pessoas que demandam cuidados no âmbito das suas casas, mas entender que questões que extrapolam a natureza da biologia são riscos prevalentes na assistência domiciliar. Daí a importância de as equipes serem multiprofissionais de forma que a organização do projeto terapêutico considere os níveis de complexidade e risco no plano de cuidados.



Podem-se estabelecer critérios para classificar o risco e a vulnerabilidade familiar. Uma escala de critérios bem conhecida e amplamente utilizada pelas equipes de Saúde da Família ao longo de todo o país está disponível para consulta.

LEIA MAIS:

1. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares (COELHO; SAVASSI, 2004). Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000001701>
2. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012). Disponível em: <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/66>

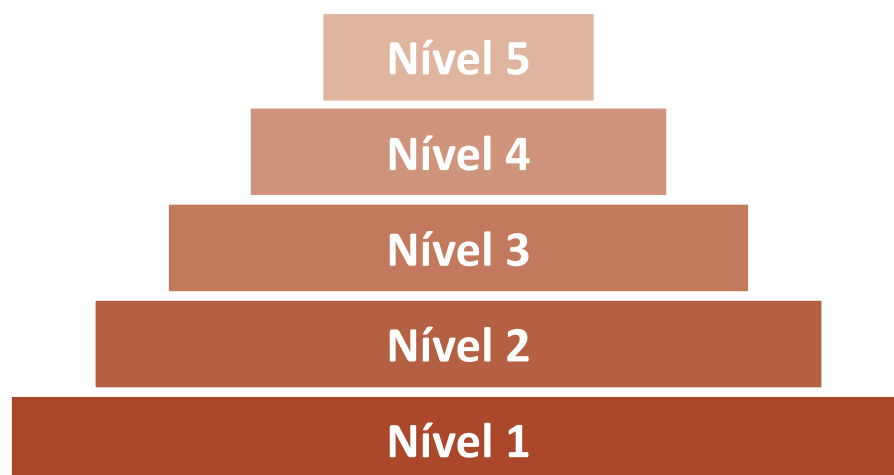
parte 2:

O modelo de atenção às condições crônicas

Denominamos condição de saúde, as circunstâncias de saúde de uma pessoa que exigem respostas. Condições crônicas, grosso modo, são aquelas que se apresentam de modo mais ou menos persistente, por pelo menos seis meses. A maioria das pessoas que recebem cuidados no âmbito do domicílio são portadores de condições crônicas.

O modelo de atenção às condições crônicas como proposto por Mendes (2012) estratifica camadas da população segundo riscos aos quais estão expostas, permitindo organizar o cuidado evitando sub-ofertas ou super-ofertas de profissionais e de cuidados à saúde. Cada camada contém a camada imediatamente superior, agregando recursos humanos e materiais, exemplificado pela pirâmide de níveis de cuidado.

Figura 3– Pirâmide de níveis de cuidados



Fonte: Adaptado de Mendes (2012).

Nível 1 - Abrange a população como um todo e diz respeito à incorporação da prevenção e promoção da saúde. É deste nível que falamos quando temos agentes de controle de zoonoses realizando visitas para avaliação ambiental ou das visitas rotineiramente realizadas pelas agentes comunitárias da saúde para cadastramento e organização do vínculo das famílias com a equipe do centro de saúde. Neste nível, é dada atenção especial aos determinantes sociais de saúde e as intervenções podem ser potencializadas pelo trabalho intersectorial (como no caso da atenção dispensada por centros de apoio a famílias ou por pastorais de saúde, muitas vezes em parceria com as equipes de saúde da família). Condições de emprego, de acesso à água potável e esgoto são tratadas neste nível.

Nível 2 - Trata da prevenção de condições de saúde. É neste nível que se incorporam ações voltadas a estilos de vida e comportamentos relacionados a riscos aumentados para a saúde. Aqui organizamos ações para redução do tabagismo (como no caso de pessoas acometidas por doença pulmonar obstrutiva crônica que têm parentes fumando dentro de casa). Neste nível, entendemos o trabalho das agentes comunitárias de saúde que, devido às exigências de sua função, procedem à observação daquelas pessoas que têm maior risco de adoecer e as orientam para irem até a UBS para avaliação e exames de rotina.

Nível 3 - Trata-se do cuidado prestado a pessoas com necessidades de baixa complexidade, organizadas e bem localizadas no ambiente familiar. Não existem estudos que definam a frequência de visitas domiciliares, mas neste nível as visitas podem ser planejadas em ritmo mais espaçado. Se por um lado a presença do médico e da enfermeira vai objetivar o acompanhamento da evolução clínica, logo a frequência de visitas desses profissionais poderá ser mais espaçada; por outro exige profundo empenho da equipe para orientar a pessoa para o autocuidado e para capacitar cuidador e familiares para os procedimentos e cuidados pertinentes.

Nível 4 - Pessoas em situações clínicas que exigem, além das ações e dos cuidados do médico e da enfermeira, a orientação e o acompanhamento de outros especialistas para organização do cuidado individual (fisioterapeutas, por exemplo).

Nível 5 - Pessoas em situações de maior gravidade e complexidade clínicas, para as quais sejam imprescindíveis: abordagem multiprofissional, plano de cuidado individual intensivo e visitas domiciliares com maior regularidade e frequência; orientações e acordos com a família e cuidador para casos de urgência.

Partindo dessa compreensão é que as equipes de saúde precisam organizar o plano de cuidados, continuamente revisto, para aprimoramento e monitoramento do cuidado prestado.



LEITURA RECOMENDADA

Leia “O Cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família”, de Eugênio Vilaça Mendes. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>





5

unidade

5 unidade

Atenção domiciliar na rede básica: plano de cuidado individual

Nessa unidade o foco é o plano de cuidado individual na atenção domiciliar UBS:

- a elegibilidade e classificação das pessoas a serem incluídas na AD;
- a programação das ações a serem realizadas pela equipe da UBS no desenvolvimento da AD;
- o estabelecimento de mecanismos que garantam os fluxos dos serviços e sua articulação com os demais pontos de atenção da rede.

De modo especial, a programação das ações deve considerar a especificidade de agir de cada profissional que compõe a equipe de Atenção Básica, a equipe de Saúde da Família e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Nesse sentido, os profissionais envolvidos estabelecem um plano de cuidados para as pessoas incluídas na oferta das ações. Esse plano de cuidados inclui ações específicas de cada profissional da equipe de atenção básica, sem perder de vista que há um conjunto de ações que são de natureza complementar e compartilhada entre profissionais.

Esperamos que, ao concluir esta Unidade, você seja capaz de:

- dimensionar a atuação dos diferentes profissionais na definição do plano de cuidado individual.
- reconhecer as ações de natureza complementar e compartilhada no desenvolvimento do plano de cuidado individual.
- identificar as ações específicas dos profissionais nucleares da Equipe de Atenção Básica: Enfermeiro, Médico, Técnico e do Auxiliar de Enfermagem, Agente Comunitário de Saúde.
- identificar as ações que estão definidas para o NASF.

A Atenção Domiciliar, além de todos os benefícios anteriormente explicitados quanto à humanização da assistência, desospitalização precoce e diminuição de custos, aparece também como possibilidade de reorganização dos processos de trabalho em saúde, configurando uma modalidade substitutiva das práticas de saúde (SILVA *et al.*, 2007).

Nesse contexto, a substitutividade pode ser compreendida como o potencial de uma modalidade ou prática para reorganizar a atenção à saúde, na busca por alternativas aos

modos hegemônicos de prestação do cuidado. Desse modo, ao se pensar na sua implantação como ação programática da RBS, a atenção domiciliar surge como uma estratégia para reordenar a produção do cuidado no SUS e exige, portanto, repensar a gestão do cuidado e a organização dos processos de trabalho na perspectiva da integralidade da atenção.

Pensar — ou repensar — os processos de trabalho de cada profissional da equipe de Atenção Básica para o cuidado no domicílio implica uma reflexão sobre os seus propósitos, objetos, meios e, principalmente, as relações entre os profissionais e a população atendida (SILVA *et al.*, 2010). Assim, para que a integralidade da atenção se efetive no cotidiano das pessoas, a centralidade das ações — sejam elas de natureza complementar, compartilhada ou específica — deve estar no cuidado à pessoa e à sua família. Isso subentende que o enfrentamento das necessidades de saúde de uma determinada família em toda a sua complexidade requer a mobilização de múltiplos saberes e fazeres, tanto da equipe multiprofissional, como do usuário e de sua família na construção do plano de cuidados.

No entanto, é importante ressaltar que a Atenção Domiciliar comporta uma grande parte de imprevisibilidade, num confronto cotidiano das equipes com o inusitado, com a singularidade de cada domicílio, de cada família e de cada situação, configurando-se como um terreno do trabalho vivo em ato (CECÍLIO, 2001; MERHY; FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003). Constitui, portanto, espaço de grande potência criativa, atravessado por determinantes externos — hábitos, crenças, formação, etc. — que influenciam tanto as equipes quanto as pessoas, requisitando grande capacidade de adaptação dos profissionais e possibilitando a inventividade das práticas cuidadoras.

Desse modo, o processo de trabalho dos diversos profissionais responsáveis pelas ações de Atenção Domiciliar no âmbito da atenção básica reconhece a pessoa e sua família como interlocutores primordiais na elaboração do plano de cuidados, demolindo os limites impostos pela “objetividade” da racionalidade científica à construção de relações produtivas entre trabalhadores e pessoas assistidas (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

O plano de cuidado individual, na perspectiva da implantação da Atenção Domiciliar na Rede de Saúde, deve ser compreendido como um instrumento estratégico para o planejamento do cuidado realizado no domicílio. Assim, o plano de cuidados sistematiza o atendimento a pessoa e aos seus familiares, de modo que esses saibam quais profissionais vão atendê-lo, qual a periodicidade do atendimento, quais as tecnologias que serão empregadas e, eventualmente, o programa de treinamento do cuidador. Sobretudo na AD1, o plano de cuidados tem como meta, em grande parte dos atendimentos, a autonomia da pessoa, por meio da educação para o autocuidado.

parte 1:

Ações de natureza complementar e compartilhada

Conforme o Caderno de Atenção Domiciliar v.1, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a atenção domiciliar no âmbito da atenção básica, insere-se no processo de trabalho da Unidade Básica de Saúde (UBS) como uma ação programática que envolve toda a equipe.

Ações das equipes de saúde no âmbito do domicílio é uma prática padrão nas UBS, e incluem pelo menos: o cadastramento, a busca ativa e ações de vigilância à saúde.

Sempre deve ser destacada a diferença dos diferentes tipos de ações, quando realizadas na unidade de saúde, daquelas destinadas ao cuidado às pessoas com impossibilidade/dificuldade de locomoção até a UBS, que demandam acompanhamento permanente ou por período limitado, no próprio domicílio.

É deste recorte de cuidados no domicílio de que trata a Portaria.⁹ 963 de 27 de maio de 2013 (BRASIL, 2013) que classifica como modalidade AD1 aquela que, pelas características da pessoa (gravidade e equipamentos de que necessita), deve ser realizada pelas equipes da UBS (equipes de Atenção Básica, Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família), com apoio eventual dos demais pontos de atenção, inclusive, das equipes especializadas – (EMAD e EMAP), contemplando:

- ações sistematizadas, articuladas e regulares;
- integralidade das ações de promoção, recuperação e reabilitação em saúde;
- necessidades de saúde de um determinado seguimento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária;
- uso de tecnologias de alta complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamento);
- registro das ações no prontuário da pessoa assistida;
- plano de atividades e orientações no domicílio, em especial quando se identifica a dificuldade de adesão às definições compartilhadas no projeto terapêutico, seja por limitações de compreensão ou pela dinâmica cotidiana das famílias com grande revezamento de cuidadores.

Na atenção domiciliar, a equipe deve respeitar o espaço da família, ser capaz de preservar os laços afetivos das pessoas e fortalecer a autoestima, ajudando a construir ambientes mais favoráveis à recuperação da saúde. Os cuidados à saúde prestados no ambiente domiciliar contribui para a humanização da atenção à saúde por envolver a família no processo de cuidado.

A organização da atenção domiciliar deve estruturar-se dentro dos princípios da PNAB/SUS, considerando as diferenças locais devem ser consideradas, em especial quanto a relação entre o número de profissionais que atua e o número de famílias sob a responsabilidade de cada equipe, bem como o aporte de referência e contrarreferência do sistema de saúde.

Assim, a implementação da atenção domiciliar como ação programática da Rede Básica de Saúde exige a reorganização do processo de trabalho pelas equipes e o alinhamento quanto as concepções e abordagens à família. Desse modo, ao pensar as ações de natureza complementar e compartilhada entre os diversos profissionais que integram as equipes de atenção básica, um aspecto fundamental a ser discutido é que, independentemente da modalidade de atenção domiciliar (AD1, AD2 ou AD3), a assistência prestada à pessoa que se encontra limitada ao domicílio e/ou ao leito é diferente daquela prestada nas instituições de saúde, seja na unidade básica, nos serviços de referência secundária ou nos hospitais.

Prestar a assistência à saúde no domicílio implica compreender que a residência é um espaço histórico e cultural de cuidado. Ao se institucionalizar a atenção neste espaço, passamos a conviver com todos os desafios e as potencialidades que isso implica.

É importante reconhecer que, ao adentrar o domicílio, a equipe deve respeitar esse espaço, onde a família e os cuidadores têm mais liberdade de criação e condução das suas atividades, como definição de horários para o banho, para alimentar-se e para e para tomar os medicamentos, exigindo que a negociação seja um princípio na elaboração do plano de cuidados.

A equipe deve, ainda, ser capaz de ajudar a construir ambientes mais favoráveis à recuperação da saúde, potencializando a participação ativa das pessoas no processo de cuidado, com o mínimo de interferência na dinâmica e nas relações sociais já estabelecidas daquele domicílio, salvo exceções.

Assim, espera-se que os profissionais responsáveis pelas práticas de cuidado realizadas no domicílio sejam capazes de atuar com criatividade e senso crítico, incluindo ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação no plano de cuidados, almejando a integralidade da atenção. Para tal, cada caso deve ser planejado e discutido pela equipe, considerando as especificidades técnicas e a singularidade de cada usuário, família, comunidade, território.

Além disso, a interdisciplinaridade é característica essencial dessa nova dinâmica de trabalho que se estabelece na AD1, mostrando-se coesas e compartilhando saberes. Há respeito mútuo e constroem-se formas de integrar as especificidades de cada profissional como essenciais para um cuidado de qualidade no cotidiano do trabalho (SILVA et al., 2010). Apesar

disso, mesmo no domicílio, médicos e enfermeiros tendem a centralizar a classificação de complexidade do cuidado e a elaboração do plano de cuidados, como o são em outras modalidades de atenção à saúde (SILVA *et al.*, 2010; FEUERWERKER; MERHY, 2008).

A potencialidade inovadora da atenção domiciliar se dá pela maior permeabilidade das equipes aos diferentes aspectos vivenciados pelas pessoas e suas famílias e pela produção de um cuidado ampliado que não se restringe aos aspectos biológicos da doença. Assim, são desenvolvidas inovações tecnológicas de cuidado e maiores possibilidades de efetivação do trabalho em equipe, que articula e compartilha diferentes saberes e práticas profissionais nos projetos terapêuticos, com ampliação da autonomia (dos usuários ou dos cuidadores).

As experiências mostram ser possível criar um novo ambiente de cuidado, atravessado por valores e crenças do cotidiano no domicílio e que, por isso também, configura novas maneiras de produção dos projetos terapêuticos, em que convivem e se atravessam os projetos dos usuários, dos familiares, da rede social, dos trabalhadores da atenção domiciliar. (SILVA *et al.*, 2010).

Podemos afirmar que as ações de natureza compartilhada entre os diversos profissionais envolvidos no cuidado são anteriores à elaboração do plano de cuidados e consistem, principalmente, na:

- identificação das pessoas elegíveis para a AD no território, considerando os critérios de elegibilidade, conforme discutido na Seção/Unidade Educacional 2;
- classificação das pessoas elegíveis quanto à complexidade individual, familiar e domiciliar, como foi tratado na Seção/Unidade Educacional 2 - sobre Gestão e Organização.

A elegibilidade e a classificação das pessoas para a AD se processa a partir da demanda espontânea, da busca ativa da equipe de atenção básica ou pelo encaminhamento de outros profissionais, equipes de AD2 e AD3 ou, ainda, de outros serviços da rede. Caso existam pessoas com indicação de atendimento na AD2 ou AD3, a equipe deve responsabilizar-se por referenciá-los para a EMAD de sua área.

Uma vez identificada a demanda de atuação, a equipe da atenção básica efetua um contato inicial com a pessoa e sua família. Muitas vezes, já são cadastrados e acompanhados pela equipe. Nesse caso, o contato inicial será realizado já para o estabelecido da programação dos atendimentos. Nos casos, em que a pessoa e a família não são cadastrados e acompanhados de forma sistemática pela equipe, deve-se realizar uma visita de avaliação inicial.

A visita de avaliação inicial tem o objetivo de estabelecer o “contrato de convivência”, ou seja, apresentar a equipe e discutir, com a pessoa e sua família, as ações a serem realizadas/monitoradas na AD1. Dessa fase consta a obtenção de autorização escrita da pessoa e/ou da família, em formulário específico, para a realização do cuidado no domicílio.

Especialmente quando a AD1 ocorre na sequência ou pós-alta de AD2, AD3 ou de outros serviços, o contrato inicial deve ser estabelecido de forma a demarcar que se trata de serviços distintos que se diferenciam na periodicidade, na complexidade dos cuidados e na composição das equipes. Esse momento é fundamental para garantir uma sequência de cuidado compartilhado com a família de forma que ela compreenda que, ao ser referenciada para a AD1, não houve “perda” na cobertura de ações e que a equipe não se desresponsabilizou pela condução do caso. Pelo contrário, esse momento deve ser compreendido como um fator positivo, tendo em vista que, na maior parte dos casos, representa sinal de evolução favorável das condições de saúde da pessoa, a ponto de ter condições de ser acompanhado com menor regularidade e com menor dependência de equipamentos e insumos.

No sentido oposto, quando a pessoa está sendo admitida pela primeira vez na AD1, o contrato inicial representa também um importante momento para tranquilizar a família e os cuidadores, que passam a contar com a segurança da presença regular da equipe de atenção básica.

O contato inicial é o momento também das avaliações específicas pertinentes no processo de trabalho dos diversos profissionais da equipe: condições do domicílio, contexto familiar, cuidadores primários e secundários e sua demanda de orientações e treinamentos, rede de apoio social e comunitária.

Com base nesse levantamento, elabora-se o plano de cuidados pactuado entre os diversos profissionais, a pessoa, a família, o cuidador e, de modo desejável, envolvendo a comunidade e outros setores sociais na conformação da rede de apoio.

No Quadro 1, de maneira não exaustiva, estão algumas ações de natureza compartilhada que podem compor o plano de cuidados individual.

Quadro 1 - Ações de natureza compartilhada para plano de cuidados em Atenção Domiciliar

Monitorar o estado de saúde do usuário, facilitando a comunicação entre a família e a equipe.
Fornecer esclarecimentos e orientações à família, alertando-a quanto aos sinais de gravidade e às condutas a serem adotadas em caso de intercorrência.
Desenvolver grupos de suporte para os cuidadores.
Participar e promover a criação de grupos de educação em saúde.
Realizar reuniões com a pessoa e família para planejamento e reavaliação regular do plano de cuidados.
Garantir o registro no prontuário domiciliar e da família na unidade de saúde.
Dar apoio à família tanto para o desligamento após a alta da AD, quanto para o caso de óbito.
Trabalhar as relações familiares na busca pela harmonia, otimizando ações para um ambiente familiar terapêutico.
Solicitar avaliação da equipe de referência, após discussão de caso.
Dar apoio emocional.
Orientar cuidados de higiene geral com o corpo, alimentos, ambiente e água (BRASIL, 2012).
Planejar e prover recursos materiais, insumos e medicamentos.
Avaliar de modo integral a pessoa enferma e seu contexto domiciliar, familiar e social.
Esclarecer a família sobre os problemas de saúde e construir plano de cuidados para a pessoa enferma.
Estabelecer forma de comunicação participativa com a família.
Promover e participar avaliações periódicas do plano de acompanhamento, consolidado a partir do plano de ação específico de cada profissional da equipe.

É importante esclarecer que, apesar de alguns parâmetros que buscam nortear a prática das equipes, cada uma delas terá uma dinâmica própria de funcionamento e organização, com a mobilização de diferentes tipos de tecnologias de cuidado em saúde e distintas implicações dos trabalhadores, configurando uma característica da modalidade (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

parte 2:

Ações assistenciais específicas

I. Da equipe de enfermagem

Os profissionais de enfermagem (auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro) estão presentes em todas as modalidades da atenção domiciliar e se inserem com diferentes graus de participação nas ações de distintas naturezas, a saber: assistenciais, de gestão do cuidado e de administração dos serviços.

Assim articulada, a equipe de enfermagem integra-se ao processo de trabalho multiprofissional e interdisciplinar que deve caracterizar a assistência domiciliar possibilitando sua efetivação em rede de atenção à saúde.

Quadro 2 – Ações para plano de cuidados em Atenção Domiciliar: auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiro.

Atua no gerenciamento de casos crônicos, com acompanhamento das pessoas por meio de visitas domiciliares ou de monitoramento por telefone.
Executa administração de medicamentos, curativos.
Desenvolve atividades de orientação - em especial dos cuidadores para a continuidade do cuidado - e atua de forma compartilhada na gestão dos casos, estabelecendo articulações com outros profissionais e serviços para garantir transporte, exames complementares, encaminhamentos para outros serviços da Rede, por exemplo.
Participa das orientações ao cuidador familiar (ajudar no cuidado corporal: cabelo, unhas, pele, barba, banho parcial ou completo, higiene oral e íntima).
Estimula e ajuda na alimentação.
Orienta e ajuda a deambulação.
Ajuda na locomoção e atividades físicas apoiadas (andar, tomar sol, movimentar as articulações, sair da cama).
Realiza mudança de decúbito e massagem de conforto.
Comunica à equipe intercorrências.
Organiza material (instrumentos, equipamentos) para executar procedimentos e cuidados de enfermagem à pessoa conforme plano individual.

II - Do enfermeiro

Nas diferentes modalidades, algumas ações são de responsabilidade exclusiva dos enfermeiros, como a supervisão dos auxiliares e técnicos de enfermagem. Por isso, no plano de cuidados, essa atividade deve estar prevista.

Não é nosso objetivo discutir neste Curso as ações da equipe de enfermagem e do enfermeiro nas modalidades AD2 e AD3, nas quais o atendimento de enfermagem se processa com maior regularidade que a habitual agenda de cuidados estabelecida para a modalidade AD1, além de configurarem ações de complexidade tecnológica diferente. Assim, discutiremos as ações que se



A enfermagem se insere nas diversas modalidades da atenção domiciliar com diferentes graus de participação e com diferentes possibilidades de atuação.

LEIA os Textos:

1. Serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar e a inserção da enfermagem em Belo Horizonte / MG (SILVA *et al.*, 2012). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a14.pdf>
2. Trabalho do enfermeiro em uma empresa de Home Care de Belo Horizonte (ALVES *et al.*, 2007). Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v25n2/v25n2a09.pdf>

inserem na agenda do enfermeiro de acordo com a programação estabelecida para a Atenção Domiciliar na Atenção Básica e que podem compor o plano de cuidados à pessoa e de sua família.

Há inúmeras vantagens ao se aplicar o plano de cuidados na prática profissional, não só do ponto de vista do enfermeiro, mas principalmente do usuário, por tornar a assistência de enfermagem personalizada, eficiente e eficaz.

Para tal, o enfermeiro deve contribuir para a elaboração de um plano de cuidados que considere a pessoa e sua família na sua singularidade, com necessidades e demandas distintas e específicas.

No que tange especificamente ao trabalho do enfermeiro, ele se insere em todas as ações de natureza compartilhada anteriormente citadas, estando muito frequentemente à frente das ações de captação, classificação e avaliação inicial. Ao realizar a avaliação inicial, o enfermeiro deve fazer a análise do caso em si, do domicílio e da dinâmica familiar afim de definir o conjunto de ações que cada caso demanda, seja do próprio enfermeiro ou do técnico de enfermagem para, a partir daí, estabelecer a periodicidade do atendimento e estimar os recursos necessários.

Vamos imaginar que o enfermeiro encontra na sua visita inicial de avaliação da pessoa idosa, com dificuldade de deambulação, classificada no nível 4 de dependência para as atividades de vida diária, cuja indicação para AD1 foi estabelecida por demanda espontânea dos filhos ao identificarem uma lesão de membro inferior. Imaginemos que se trata de pessoa cadastrada na atenção básica e acompanhada pela ESF. Nesse caso, a enfermeira deve avaliar a lesão e estabelecer, de acordo com os protocolos existentes, a melhor terapêutica a ser seguida, após discussão com os profissionais da equipe.

A definição da terapêutica vem acompanhada de uma agenda de atendimentos a ser realizada que engloba a execução dos curativos pelo enfermeiro e/ou pelos técnicos e auxiliares de enfermagem monitorados pelo enfermeiro, o treinamento dos cuidadores nos casos em que eles assumem ações cuidativas, além da orientação para o autocuidado e para o cuidado com o meio/domicílio.

Outro elemento muito importante de ser explicitado no plano de cuidados é o compartilhamento das definições com os cuidadores e a família. Consenso quanto aos horários de atendimento e estabelecimento de responsabilidades, são elementos que ampliam o sucesso da AD1 e reforçam o vínculo e a confiança mútua nas relações de cuidado.

As ações da assistência domiciliar se somam às atribuições específicas do enfermeiro definidas na Política Nacional de Atenção Básica.

Quadro 3 – Ações para plano de cuidados em Atenção Domiciliar: enfermeiro.

Realizar atenção à saúde às pessoas e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e outras conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal;
Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;
Contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e
Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

III. Do médico

Como em todas as ações que visam ao cuidado da saúde, na atenção domiciliar, em suas diversas modalidades e níveis, há aquelas que são necessárias e continuamente compartilhadas com toda a equipe multiprofissional, fundamentais para a garantia da integralidade da assistência.

Há, entretanto, muitas atividades que se definem, a cada momento, por acordos entre os membros da equipe, que levam em consideração o processo de trabalho de cada profissional dessa equipe particular, e a avaliação do contexto cultural das pessoas a serem cuidadas, de seus familiares e de outras pessoas envolvidas. Estas atividades estão listadas no quadro 4.

Contudo, em decorrência de imperativos legais, como afirmadas na Política Nacional de Atenção Básica e que devem corresponder à competência profissional específica, algumas práticas são de responsabilidade do médico:

Quadro 4 – Ações para plano de cuidados em Atenção Domiciliar: médico.

Realizar consulta médica domiciliar.
Registrar os atendimentos médicos domiciliares no prontuário da Unidade Básica de Saúde, à qual está adscrita a pessoa atendida.
Emitir prescrição do tratamento medicamentoso, nos casos exigidos pela lei.
Realizar, quando for o caso, procedimentos de sua competência, auxiliado por outros profissionais da equipe.
Indicar a transferência da pessoa cuidada para o nível de referência necessário, inclusive para a internação hospitalar.
Responsabilizar-se pelos protocolos ou instrumento de referência da pessoa cuidada pela equipe da qual ele faz parte a qualquer outro ponto da Rede de Assistência à Saúde.
Exigir os relatórios de contrarreferência contendo dados relevantes para avaliação do quadro clínico da pessoa a ser cuidada, emitidos de qualquer ponto da Rede de Assistência à Saúde.
Dar alta médica.
Verificar e atestar o óbito.

IV. Do agente comunitário de saúde.

O ACS é membro da equipe da UBS que “caminha” pelo território o que o torna referência, para a organização, realização, avaliação e monitoramento da AD1. Daí sua atuação cotidiana caracterizar-se, especialmente, pela identificação, cadastramento, registro daquelas situações e condições individuais e familiares que implicam na prestação de cuidados à pessoas, incluindo aquelas pessoas que demandam cuidados no âmbito do domicílio, Assim ACS deve colocar-se como membro de uma equipe que interage com essas pessoas e seus familiares com a responsabilidade de conhecer e participar dos cuidados devidos.

O trabalho do ACS inclui, então, entre outras, ações que podem ser solicitadas e orientadas pela Equipe estão listadas no quadro 5.

Quadro 5 – Ações para plano de cuidados em Atenção Domiciliar: agente comunitário de saúde.

Cadastrar as pessoas que estão recebendo cuidados de saúde domiciliares (dados e informações do domicílio, da família e da pessoa cuidada).
Comunicar-se e registrar na UBS suas observações (da pessoa cuidada, dos familiares em geral e do cuidador em especial e do domicílio).
Identificar, no plano de cuidado individual os motivos pessoais e familiares que justificam a prestação de cuidados domiciliares.
Comunicar a equipe de saúde a necessidade de avaliação da pessoa para AD.
Estabelecer forma de comunicação participativa com a família.
Orientar cuidados com o lixo originado no cuidado da pessoa e do lixo domiciliar (separação, armazenamento e coleta).
Servir de elo de comunicação entre a pessoa, a família e a equipe.
Identificar e mobilizar, na comunidade, redes de apoio ao plano de AD pactuado com a família;
Registrar os atendimentos.
Participar das orientações ao cuidador familiar (ajudar no cuidado corporal: cabelo, unhas, pele, barba, banho parcial ou completo, higiene).
Estimular e ajudar na alimentação.
Ajudar a sair da cama, mesa/cadeira e voltar.
Ajudar na locomoção e atividades físicas apoiadas (andar, tomar sol, movimentar as articulações)
Fazer mudança de decúbito e massagem de conforto.
Comunicar a equipe de saúde as intercorrências.



A inserção do ACS na prestação de serviços de saúde vem se consolidando na Rede de Atenção Básica naquelas Unidades organizadas com ESF. Sabemos que a AD1 deve ser implantada em todas as UBS, mesmo aquelas que ainda não contam com as equipes de Saúde da Família. Contudo, é importante reconhecer o trabalho das equipes, e nessas, o trabalho do ACS.

Leia o texto:

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2009a) Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trabalho_agente_comunitario_saude.pdf

V. Do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A composição de cada um dos NASF é definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades de saúde da população adscrita dos territórios de referência de cada UBS e das equipes de saúde a serem apoiadas. De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde n.º 154 de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008 (BRASIL, 2008), são ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem os NASF, a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de Saúde da Família.

Quadro 6 – Ações para plano de cuidados em Atenção Domiciliar: Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas.
Identificar, em conjunto com as equipes de SF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações.
Atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas ESF e de Internação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos.
Acolher os usuários e humanizar a atenção.
Desenvolver coletivamente, com vistas à intersectorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras.
Promover a gestão integrada e a participação das pessoas nas decisões.
Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, folderes e outros veículos de informação.
Avaliar, em conjunto com as ESF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos.
Elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF; e
Elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas ESF e os NASF do acompanhamento das pessoas, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.
Estimular e ajudar na alimentação.
Ajudar a sair da cama, mesa/cadeira e voltar.
Ajudar na locomoção e atividades físicas apoiadas (andar, tomar sol, movimentar as articulações)
Fazer mudança de decúbito e massagem de conforto.
Comunicar a equipe de saúde da UBS as intercorrências.



O NASF reúne profissionais imprescindíveis ao desenvolvimento da atenção à saúde nas RBS. Sua especificidade como apoio as equipes da UBS, exige a participação desses profissionais em todas as etapas do processo de trabalho, inclusive no planejamento, monitoramento e na avaliação das ações e atividades desenvolvidas na AD1.

Leia:

Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf (BRASIL, 2010b)



Conclusão do curso

O campo de trabalho da atenção à saúde domiciliar é extenso e complexo.

Nesse curso tratamos da atenção domiciliar como ação pragmática das Unidades de Saúde (UBS) da RBS.

Todas as 5 unidades educacionais do curso abordaram questões nucleares para a organização, implantação, execução, avaliação e monitoramento da AD1.

Como uma modalidade de atenção à saúde, a AD1 exige dos profissionais das equipes de saúde competências que integram de forma indissociável ações de natureza complementar e compartilhada assim como as habilidades para redesenhar a prestação de do cuidado dadas as características e particularidades da ação de saúde no âmbito da “casa” e, necessariamente, partilhada com a família. Essa especificidade deve fazer parte do processo de formação e qualificação dos profissionais da saúde.

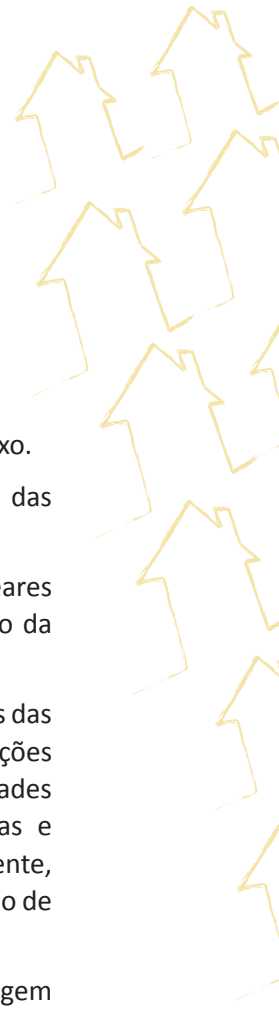
Assim, será possível um plano de cuidados que inclua a abordagem humanizada e que leva em consideração o cotidiano de vida das famílias em seus espaços de inserção, costumes e cultura; sensibilidade e eficácia nas diversas situações que surgem no contexto domiciliar.

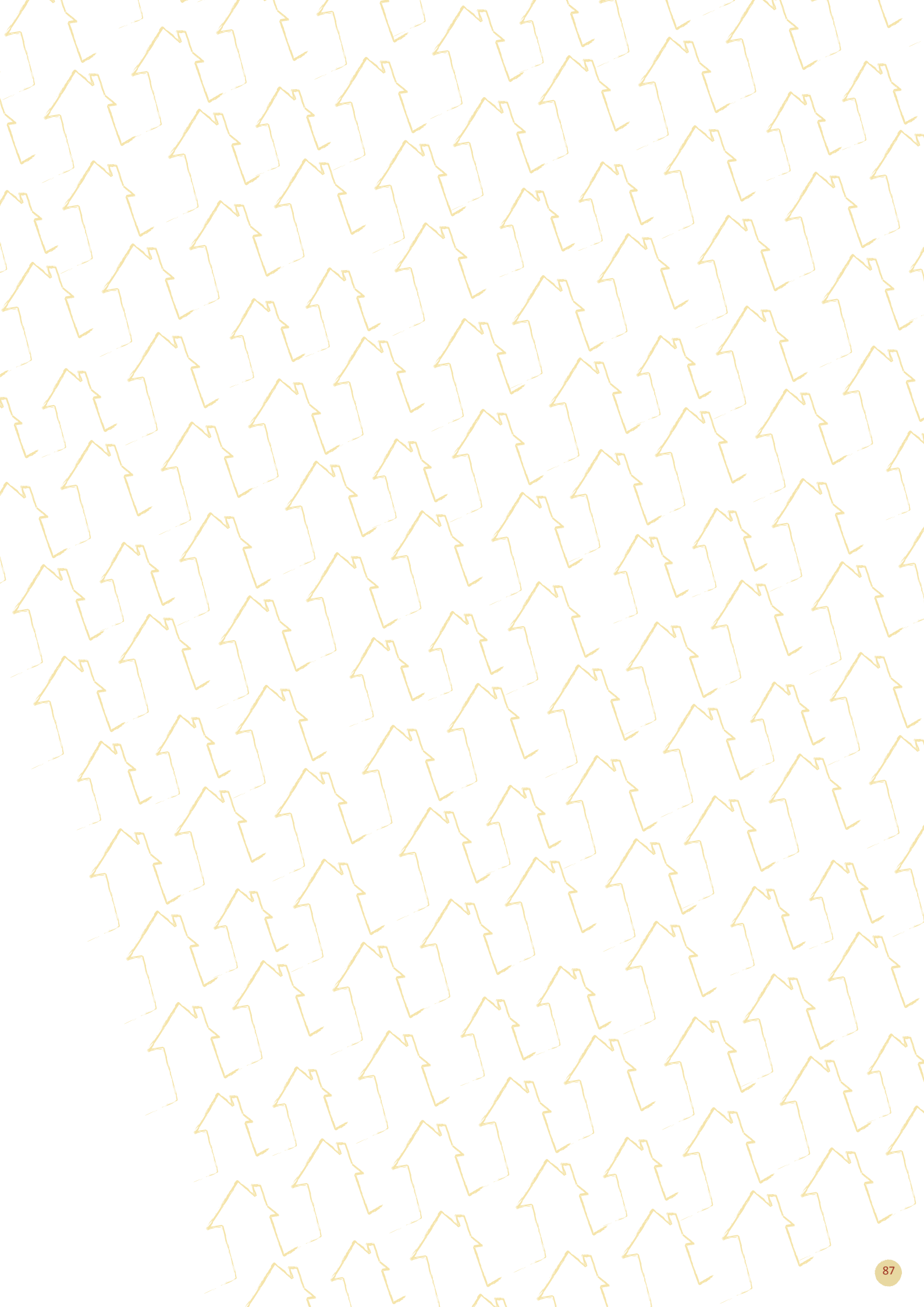
Para esse cenário, além da prestação de cuidados, há necessidade de formar equipes cujo desafio é lidar com as pessoas em seu contexto familiar o que exige profundo conhecimento e habilidades nas relações humanas além do preparo ético para decidir nas distintas e imprevisíveis situações que se apresentam.

Em termos de flexibilidade, cada profissional pôde concentrar seu foco de estudo considerando as possibilidades de ampliação da leitura, utilizando as várias citações no texto e respectivas referências apresentadas.

Este curso procurou atender ao princípio pedagógico do protagonismo: o profissional que faz o curso é o sujeito do seu próprio processo de aprendizagem.

Que esta oportunidade amplie as possibilidades e caminhos para o exercício da educação permanente, como estratégia que qualifica o trabalho e o trabalhador da saúde.





Referências

LEITURA OBRIGATÓRIA

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Seção 1, n. 101, p. 30-32. Brasília: Diário Oficial da União, 2013. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/119205-963.html>>. Acesso em: 06 jun. 2013.

LEITURAS RECOMENDADAS

BAKES *et al.* Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 111-7, jan/mar 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização de Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=35699&janela=1>. Acesso em: 07 jul. 2013.

DAL BEN, L. W.; GAIDIZNSKI, R. R. Sistema de classificação de pacientes em assistência domiciliar. **Acta Paul. Enferm.**, v. 19, n. 1, p. 100-8, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a16v19n1.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2013.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2013

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/aps_verde_new.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2013.

RUBEN, R. *et al.* Abordagem centrada nas pessoas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 16, 2009. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/162/174>>. Acesso em: 13 abr. 2013.

SAVASSI, L. C. M. *et al.* Proposta de um protocolo de classificação de risco para atendimento domiciliar individual na atenção primária à saúde. **JMPHC**, v. 3, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/56>>. Acesso em: 05 jun. 2013.

OUTRAS REFERÊNCIAS

ALVES, M. *et al.* Trabalho do enfermeiro em uma empresa de Home Care de Belo Horizonte, **Brasil. Invest. Educ. Enferm**, Medellín, v. 25, n. 2, jul./dez. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012053072007000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13abr. 2013.

BOFF, L. Saber cuidar: a ética do humano. **Compaixão pela terra**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Atenção Domiciliar. Melhor em casa : a segurança do hospital no conforto de seu lar. **Caderno de Atenção Domiciliar**. v.1. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/cap_4_vol_%201_gestao_do_sad_final.pdf>. Acesso em: 14 maio 2013.

BELLEHUMEUR, C. *et al.* Home care: cuidados domiciliares: **protocolos para a prática clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 399/GM DE 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 03 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**, republicada em 4 de março de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_04_03_08_re.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b_221210.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010c**. <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=35699&janela=1>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488 de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de saúde (PACS). Brasília: Diário Oficial da União, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 06 jun. 2013.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 11, n. 23, p. 605-618, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832007000300014&lng=pt&tlng=pt.10.1590/S141432832007000300014>. Acesso em: 06 jun. 2013.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 2001.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 1, n. 2, p.19-26, 2004. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2145.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2013.

COSTA, F. R.; ROCHA, M. M. Geografia: conceitos e paradigmas - apontamentos preliminares. *Rev. GEOMAE*, Campo Mourão, v.1, n.2 p.25-56, 2010. Disponível em: <http://www.nemo.uem.br/artigos/geografia_conceitos_e_paradigmas_fabio_costa_marcio_rocha.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2013.

FARIA, H. P. *et al.* Processo de trabalho em saúde. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. *RA'E GA*, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/raega/article/viewArticle/11995>>. Acesso em: 06 jun. 2013.

FIGUEIREDO, N. V. F. **Tecnologias para assistência domiciliar na atenção básica:** em busca de ferramentas que subsidiem o trabalho da equipe de saúde da família. 2010. 248 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, 2010.

FEUERWERKER L. C. M.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar na configuração de redes substitutivas: a desinstitucionalização das práticas e a invenção da mudança na saúde. *Rev. Panam. Salud Pública*, v. 24, n. 3, p. 180-8, 2008.

GADELHA, C. A. G. *et al.* Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 6, p. 3003-3016, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600038>. Acesso em: 04 jun. 2013.

GANDIN, D. A prática do planejamento participativo. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

HASBAERT, R. Concepções de território: para entender a desterritorialização. In: BECKER, B. K.; SANTOS, M. (Org.). **Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007.

HINO, P. *et al.* Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. spe2, p. 1156-1167, 2009. ISSN 0080-6234.

KATZ, S. *et al.* Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v. 185, n. 12, p. 914-9, 1963.

KATZ, S.; AKPOM, C. A. A measure of primary sociobiological functions. **Int J Health Serv**, v. 6, n. 3, p. 493-508, 1976.

MACHADO, L. A. Construindo a intersetorialidade. [S.l.: s. n., 2011]. Disponível em: <http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3153&Itemid=82&ei=S0ILUbr-HbW04AOVkIDQDg&usg=AFQjCNGV1JTiM3cilRja3-xia5XArvcCog>. Acesso em: 16 jun. 2013.

MENDES, E. V. **Redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MERHY, E. E.; FRANCO, J. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. **Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2003. (mimeo). Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-11.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2013.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O. Território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. Disponível em: <http://www.retsus.fiocruz.br/upload/documentos/territorio_e_o_processo_2_livro_1.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde, 2005**. 60 p: il. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS:** contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/aps_verde_new.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2013.

RUBEN, R. *et al.* Abordagem centrada nas pessoas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 16, 2009. Disponível em: <<http://www.rbmfmc.org.br/index.php/rbmfc/article/view/162/174>>. Acesso em: 13 abr. 2013.

SACK, R. D. Human territoriality: its theory and history. **New York: Cambridge University Press**, 1986.

SANTOS, M. O dinheiro e o território. *In*: BECKER, B. K.; SANTOS, M. (Org.). **Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. 3. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007.

SANTOS, P. T.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Necessidades de saúde na atenção primária: percepção de profissionais que atuam na educação permanente. **Acta Paul. Enferm.**, v. 23, n. 6, p. 788-95, 2010.

SAVASSI, L. C. M. *et al.* Proposta de um protocolo de classificação de risco para atendimento domiciliar individual na atenção primária à saúde. **JMPHC**, v. 3, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/56>>. Acesso em: 05 jun. 2013.

SAVASSI, L. C. M.; LAGE, J. L.; COELHO, F. L. G. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. **JMPHC**, v. 3, n.2, p. 178-185, 2012. Disponível em: <<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/66>>. Acesso em: 28 jun. 2013.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidade de saúde e atenção primária. *In*: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 29-47. (Saúde em Debate. Série Didática).

SILVA, J. P. V.; BATISTELLA, C.; GOMES, M. L. Problemas, necessidades e situação de saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. *In*: **O território e o conceito saúde-doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2010.

SILVA, K. L. *et al.* Atenção domiciliar no Brasil: avanços e desafios para mudança no modelo tecnoassistencial em saúde. **SIICsalud**, Buenos Aires, v. 18, n. 1, 2007.

SILVA, K. L. *et al.* Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n.1, p. 166-176, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102010000100018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 12 jun. 2013.

SILVA, K. L. *et al.* Serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar e a inserção da enfermagem em Belo Horizonte/MG. **Acta Paul.Enferm.**, v. 25, n.1, 2012.

SAMICO, I. *et al.* (Org). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

STEWART, M. *et al.* **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

