

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA



Melhor em Casa

A SEGURANÇA DO HOSPITAL NO
CONFORTO DO SEU LAR

Caderno de Atenção

Domiciliar

Volume 1

BRASÍLIA – DF

ABRIL - 2012

CAPÍTULO 2

DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA

1. Introdução:

Este Capítulo foi elaborado, à luz do contexto atual, a partir de um Documento intitulado “Diretrizes para a Atenção Domiciliar na Atenção Básica”, produzido pelo Departamento de Atenção Básica em 2004. Contém as *Diretrizes para a Atenção Domiciliar na Atenção Básica/SUS*, com o objetivo de orientar a organização dos serviços de atenção domiciliar na atenção básica no Brasil.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

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, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011).

Pela sua organização, a Atenção Básica se constituiu como o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social.

Dentro desse enfoque, é responsabilidade das Equipes de Atenção Básica atenderem os cidadãos conforme suas necessidades em saúde. Essas necessidades, que são produzidas socialmente muitas vezes se traduzem também pela dificuldade que algumas pessoas possuem em acessar os serviços de saúde, que seja belas barreiras geográficas, pelas longas distâncias, pela forma como são organizados ou pelo seu

estado de saúde que muitas vezes os impedem de se deslocarem até esses serviços, exigindo que a assistência seja dispensada em nível domiciliar.

Com base no princípio da territorialização, a Atenção deve ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas adscritas. Desta forma, a Atenção Domiciliar é atividade inerente ao processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica, sendo necessário que estejam preparadas para identificar e cuidar dos usuários que se beneficiarão desta modalidade de atenção, o que implica adequar certos aspectos na organização do seu processo de trabalho, bem como agregar certas tecnologias necessárias para realizar o cuidado em saúde no ambiente domiciliar.

A proposta de Atenção Domiciliar inclui a reorganização do processo de trabalho pela equipe de saúde e as discussões sobre diferentes concepções e abordagens à família. Espera-se que os profissionais sejam capazes de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

A participação ativa do usuário, família e profissionais envolvidos na assistência domiciliar constitui um traço importante para a efetivação dessa modalidade de atenção. Assim, a articulação com os outros níveis da atenção e a intersetorialidade é fundamental para a construção coletiva de uma proposta integrada de atenção à saúde, bem como para aumentar a resolutividade dos serviços e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

2. Conceitos

2.1. Atenção domiciliar:

O conceito de Atenção Domiciliar foi abordado no Capítulo “Atenção Domiciliar e o SUS” do Vol. 1 do Caderno de Atenção Domiciliar.

2.2. Atenção Domiciliar na atenção básica:

Constitui um recorte da atenção domiciliar que ocorre no âmbito da Atenção Básica, inserindo-se no processo de trabalho das equipes de saúde.

Na Atenção Básica, várias ações são realizadas no domicílio, como o cadastramento, a busca ativa, ações de vigilância e de educação em saúde. Cabe

destacar a diferença destes tipos de ações, quando realizadas isoladamente, daquelas destinadas ao cuidado aos pacientes com impossibilidade/dificuldade de locomoção até a Unidade Básica de Saúde (UBS), mas que apresentam agravo que demande acompanhamento permanente ou por período limitado.

É deste recorte de cuidados no domicílio de que trata este material e que a Portaria GM/MS 2.527 de 27 de outubro de 2011 classifica como modalidade AD1 de Atenção Domiciliar, isto é, aquela que, pelas características do paciente (gravidade e equipamentos de que necessita), deve ser realizada pela Atenção Básica (Equipes de Atenção Básica – eAB e Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF), com apoio eventual dos demais pontos de atenção, inclusive, os Serviços de Atenção Domiciliar (compostos por equipes especializadas - EMAD e EMAP – cujo público-alvo é somente os pacientes em AD).

Contempla as seguintes características:

- ✓ Ações sistematizadas, articuladas e regulares;
- ✓ Pauta-se na integralidade das ações de promoção, recuperação e reabilitação em saúde;
- ✓ Destina-se a responder as necessidades de saúde de um determinado seguimento da população com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária;
- ✓ Desenvolve-se por meio do trabalho em equipe, utilizando-se de tecnologias de alta complexidade (conhecimento) e baixa densidade (equipamento);

Na Atenção Domiciliar, a equipe deve respeitar o espaço da familiar, ser capaz de preservar os laços afetivos das pessoas e fortalecer a autoestima, ajudando a construir ambientes mais favoráveis à recuperação da saúde. Essa assistência prestada no ambiente privado das relações sociais contribui para a humanização da atenção à saúde por envolver as pessoas no processo de cuidado, potencializando a participação ativa do sujeito no processo saúde-doença.

A organização da Atenção Domiciliar deve estruturar-se dentro dos princípios da Atenção Básica/SUS. As diferenças locais devem ser observadas uma vez que o número de profissionais que atuam o número de famílias sob a responsabilidade de cada equipe, bem como o aporte de referência e contra-referência do sistema de saúde pode ser determinante da qualidade da atenção.

Compete a gestão municipal a organização do sistema de saúde para a efetivação da atenção domiciliar na atenção básica, considerando os princípios e diretrizes propostas neste documento como norteadores dessas ações.

3. Princípios da Atenção Domiciliar

A atenção domiciliar potencializa o resgate dos princípios doutrinários do SUS (integralidade – universalidade – equidade) se assumida como prática centrada na pessoa enquanto sujeito do seu processo de saúde-doença. Para nortear a atenção domiciliar realizada na atenção básica, propõem-se os fundamentos descritos a seguir, que se estendem para as modalidades AD2 e AD3:

3.1. Abordagem integral à família:

Abordagem integral à pessoa em seu contexto socioeconômico e cultural, dentro de uma visão ética compromissada com o respeito e a individualidade. Assistir com integralidade inclui, entre outras questões, conceber o homem como sujeito social capaz de traçar projetos próprios, intervindo dinamicamente nos rumos do cotidiano.

A assistência no domicílio deve conceber a família em seu espaço social privado e doméstico, respeitando o movimento e a complexidade das relações familiares. Ao profissional de saúde que se insere na dinâmica da vida familiar cabe uma atitude de respeito e valorização das características peculiares daquele convívio humano. A abordagem integral faz parte da assistência domiciliar por envolver múltiplos fatores no processo saúde-doença da família, influenciando as formas de cuidar.

A construção de ambientes mais saudáveis para a pessoa em tratamento envolve, além da tecnologia médica, o reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes nas relações familiares. Os conflitos, as interações e desagregações fazem parte do universo simbólico e particular da família, intervindo diretamente na saúde de seus membros. Assistir no domicílio é cuidar da saúde da família com integralidade e dinamicidade, reconstruindo relações e significados.

3.2. Consentimento da família, participação do usuário e existência do cuidador:

A primeira condição para que ocorra a assistência domiciliar (AD) é o consentimento da família com a existência do cuidador. A assistência prestada no domicílio não pode ser imposta, já que o contexto das relações familiares é sempre mais dinâmico que as ações desenvolvidas pelos profissionais, comprometendo a eficácia terapêutica proposta. Recomenda-se que toda família esteja ciente do processo de cuidar da pessoa assistida, comprometendo-se junto com a equipe na realização das atividades a serem desenvolvidas. É de suma importância a formalização da assinatura do **Termo de Consentimento Informado** por parte da família e/ou do usuário (se consciente) ou de seu representante legal.

3.3. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade:

Para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem no processo saúde-doença é importante que a assistência domiciliar esteja pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar. A interdisciplinaridade pressupõe, além das interfaces disciplinares tradicionais, a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto em que estão inseridas. Assim, para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas e da própria comunidade, além de procedimentos tecnológicos específicos da área da saúde, a valorização dos diversos saberes e práticas da equipe contribuem para uma abordagem mais integral e resolutiva.

3.4. Estímulo a redes de solidariedade:

A participação do usuário em seu processo saúde-doença faz parte da conquista da saúde como direito de cidadania. Trata-se, pois, de investir no empoderamento de sujeitos sociais, potencializando a reordenação das relações de poder, tornando-as mais democráticas e inclusivas. O estímulo a estruturação de redes de solidariedade em defesa da vida, articulando a participação local da sociedade civil organizada (ONGs, movimentos sociais, grupos de voluntários, associações, igrejas, etc), potencializa a ação da coletividade na busca e consolidação da cidadania.

A assistência domiciliar é uma modalidade de atenção á saúde integrada aos projetos sociais e políticos da sociedade, devendo estar conectada aos movimentos de lutas por melhorias na área da saúde.

No âmbito de atuação local, a equipe de atenção básica deve identificar, parcerias na comunidade (seja com igrejas, associações de bairro, clubes, ONGs, dentre outros) que viabilize e potencialize a assistência prestada no domicílio ao usuário/família.

4. Cuidador

O cuidador é a pessoa que presta os cuidados diretamente, de maneira contínua e/ou regular, podendo, ou não, ser alguém da família. É importante que a Equipe de Atenção Básica, ao detectar que o usuário reside só, tente resgatar a família do mesmo. Na ausência da família, a equipe deverá localizar pessoas da comunidade para a realização do cuidado, formando uma rede participativa no processo de cuidar.

Entende-se que a figura do cuidador não deve constituir, necessariamente, uma profissão ou função formalizada na área da saúde, uma vez que não possui formação técnica específica.

Propõe-se que o cuidador seja orientado pela equipe de saúde nos cuidados a serem realizados diariamente no próprio domicílio.

A pessoa identificada para ser o cuidador realiza tarefas básicas no domicílio, assiste às pessoas sob sua responsabilidade prestando-lhes, da melhor forma possível, os cuidados que lhe são indispensáveis auxiliando na recuperação da pessoa assistida.

As atribuições devem ser pactuadas entre equipe, família e cuidador, democratizando saberes, poderes e responsabilidades.

A ele competem as seguintes atribuições:

- ✓ Ajudar no cuidado corporal: cabelo, unhas, pele, barba, banho parcial ou completo, higiene oral e íntima;
- ✓ Estimular e ajudar na alimentação;
- ✓ Ajudar a sair da cama, mesa, cadeira e volta;
- ✓ Ajudar na locomoção e atividades físicas apoiadas (andar, tomar sol, movimentar as articulações);
- ✓ Participar do tratamento diretamente observado (TDO);
- ✓ Fazer mudança de decúbito e massagem de conforto;
- ✓ Servir de elo entre o usuário, família e a equipe de saúde;

- ✓ Administrar medicações, exceto em vias parenterais, conforme prescrição;
- ✓ Comunicar a equipe de saúde as intercorrências;
- ✓ Encaminhar solução quando do agravamento do quadro, conforme orientação da equipe;
- ✓ Dar suporte psicológico aos pacientes em AD.

O vínculo afetivo que se estabelece no ato de cuidar é o que verdadeiramente importa, devendo ser buscado e aprimorado durante todo o cuidado realizado no domicílio. É importante buscar a participação ativa da pessoa em todo seu processo de saúde-doença, sendo sujeito, não apenas objeto do cuidar.

O cuidador também deve ter o suporte das equipes de saúde, que deve estar atenta para as dificuldades, ouvir suas queixas, atender suas demandas em saúde, incentivar a substituição de cuidadores e rever o processo de cuidado conforme sua condição.

Com o objetivo de propiciar um espaço onde os cuidadores possam trazer suas angústias, medos e dificuldades, uma vez que ao longo do tempo sentem-se sobrecarregados, recomenda-se à equipe a **organização e desenvolvimento de grupos**. O grupo de cuidadores também pode oportunizar a troca de saberes, possibilitando que diferentes tecnologias desenvolvidas pelos cuidadores possam ser compartilhadas, enriquecendo o processo de trabalho de ambos, equipe e cuidador.

Para saber mais:

- Capítulo “Papel dos Cuidadores da Atenção Domiciliar” do Vol. 1 do Caderno de Atenção Domiciliar.

5. Critérios de Inclusão e Desligamento na Atenção Domiciliar

5.1. Caracterização da Modalidade AD1 de atenção domiciliar

Nesta modalidade estarão os usuários que possuam problemas de saúde controlados/ compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária (não podendo se deslocar até a Unidade de Saúde). Os idosos que moram sozinhos devem ter sua condição avaliada pela equipe, considerando ser um relevante problema de saúde pública. Essa modalidade tem as seguintes características:

- Permitirem maior espaçamento entre as visitas;
- Não necessitarem de procedimentos e técnicas de maior complexidade;
- Não necessitarem de atendimento médico freqüente;
- Possuírem problemas de saúde controlados/compensados.

5.2. Inclusão:

- ✓ Ter tido alta da AD2/AD3 mantendo interface entre as equipes de Atenção Domiciliar e as da Atenção Básica;
- ✓ Ter, no domicílio, infra-estrutura física compatível com a realização da AD; nos casos em que as condições físicas precárias implicam em aumento de riscos para a saúde do usuário as condições do domicílio deverão ser avaliadas pela equipe multidisciplinar;
- ✓ Ter o consentimento informado do usuário (se consciente) e/ou de seu representante legal;
- ✓ Estar impossibilitado de se deslocar até o serviço de saúde;
- ✓ Necessitar de cuidados numa frequência de visitas e atividades de competência da Atenção Básica;
- ✓ Não se enquadrar nos critérios de inclusão nas modalidades AD2 e AD3.

5.3. Desligamento:

- ✓ Mudança de área de abrangência, devendo o mesmo ser transferido para a equipe responsável pela área do novo domicílio;
- ✓ Impossibilidade da permanência do cuidador no domicílio;
- ✓ Não aceitação do acompanhamento;
- ✓ Recuperação das condições de deslocamento até a Unidade de Saúde;
- ✓ Piora clínica que justifique AD2/AD3 ou internação hospitalar;
- ✓ Cura;
- ✓ Óbito.

OBS: Para desligamento, é necessário haver ampla discussão do caso com toda equipe multidisciplinar.

Para saber mais:

- Capítulo “Indicação da AD e a Organização dos Fluxos Assistenciais” do Vol. 1 do Caderno de Atenção Domiciliar.

6. Organização dos Serviços de Atenção Domiciliar na Atenção Básica

A organização da AD na Atenção Básica, dentro dos princípios aqui elencados, deve prever instrumentos que sistematizem os serviços prestados na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde – RAS (BRASIL, 2010), resolutividade e integralidade da atenção.

6.1. Processo de trabalho em equipe

A atenção domiciliar em nível da atenção básica faz parte do processo de trabalho das equipes e prima pela interdisciplinaridade. Cada caso deve ser discutido e planejado pela equipe considerando as especificidades técnicas, sócio-culturais e ações entre equipe, família e comunidade.

O **primeiro passo** é a identificação dos pacientes elegíveis para a AD na territorialização.

O **segundo passo** é classificar a complexidade destes pacientes, identificando qual modalidade de AD se enquadram (AD1/AD2/AD3). Alguns pacientes se enquadrarão na modalidade AD1, sendo possível identificar elegíveis para AD2 e até para AD3. Caso existam pacientes da AD2 e AD3, a Equipe de Atenção Básica deverá acionar a EMAD de sua área, caso exista, para elaboração compartilhada do projeto terapêutico. Se não existir Serviço de Atenção Domiciliar no município, a Equipe de Atenção Básica deverá elaborar o projeto terapêutico, acionando o NASF e/ou equipes dos serviços especializados, quando necessário, para complementar o cuidado prestado. A capacidade da Equipe de Atenção Básica de cuidar dos pacientes de AD2 e AD3, sobretudo de AD3, quando não houver SAD no município, deve ser avaliada e discutido se o paciente se beneficiaria de outra modalidade de cuidado, como a internação hospitalar.

Importante estar atento para o fato de que o mesmo paciente pode, a depender da evolução do quadro clínico, “migrar” de uma modalidade para outra. Esta questão é discutida no Capítulo “A indicação da Atenção Domiciliar e a Organização dos Fluxos Assistenciais” do Vol. 1 do Caderno de Atenção Domiciliar.

O **terceiro passo** é elaborar um plano de cuidados/projeto terapêutico (ou Projeto Terapêutico Singular – PTS, no caso de casos mais complexos) para cada paciente, contendo as condutas propostas, os serviços ou equipamentos que precisam ser acionados, a periodicidade de visitas, a previsão de tempo de permanência (geralmente os pacientes em AD1 são crônicos, tendo necessidade de cuidados contínuos), papel de cada membro da equipe e o profissional de referência (responsável por coordenar as ações propostas para o paciente).

6.2. Pactuação com a família

A atenção domiciliar pressupõe a participação ativa do usuário e familiares no processo de cuidar da pessoa assistida. Para tanto, responsabilidades devem ser pactuadas entre todos os envolvidos para que os objetivos terapêuticos sejam alcançados.

Recomenda-se uma reunião prévia da equipe com todos os membros da família envolvidos na Assistência Domiciliar para planejamento conjunto de ações a serem desenvolvidas no domicílio. Estas reuniões devem acontecer periodicamente, para avaliações e replanejamentos, enquanto durar a assistência domiciliar.

6.3. Planejamento das ações em equipe e prescrição de cuidados

Para que as atividades da atenção domiciliar atendam às necessidades do usuário/família é necessário que a equipe sistematize um planejamento de ações integrado, dinâmico, flexível e adaptável ao domicílio. Recomenda-se que a família participe ativamente no processo de planejamento, conforme citado no item 3.

Buscando garantir a operacionalização do plano assistencial estabelecido, propõe-se a utilização de um instrumento que subsidie o cuidador e a família. Deve existir **Prontuário Domiciliar** (ver Capítulo “Gestão do SAD” no Vol. 1 do Caderno de Atenção Domiciliar), onde constem todos os registros da equipe. Sugerem-se, ainda, reuniões periódicas dos profissionais de saúde para discussões clínicas e reprogramações de condutas. A prescrição de cuidados pelo enfermeiro no domicílio constitui uma atividade fundamental para direcionar as ações do cuidador e da família junto à pessoa assistida, implementando e pactuação das atividades.

6.4. Atribuições da equipe de saúde no domicílio na atenção básica

- ✓ Respeitar os princípios da assistência domiciliar, buscando estratégias para aprimorá-los;
- ✓ Compreender o indivíduo como sujeito do processo de promoção, manutenção e recuperação de sua saúde e visualizá-lo como agente corresponsável pelo processo de equilíbrio entre a relação saúde-doença;
- ✓ Coordenar, participar e/ou nuclear grupos de educação para a saúde;
- ✓ Fornecer esclarecimentos e orientações à família;

- ✓ Monitorizar o estado de saúde do usuário facilitando a comunicação entre família e equipe;
- ✓ Desenvolver grupos de suporte com os cuidadores;
- ✓ Realizar reuniões com usuário e família para planejamento e avaliação da AD;
- ✓ Otimizar a realização do plano assistencial;
- ✓ Fazer abordagem família considerando o contexto socioeconômico e cultural que a família se insere;
- ✓ Garantir o registro no prontuário domiciliar e da família na Unidade de Saúde;
- ✓ Orientar a família sobre sinais de gravidade e condutas serem adotadas;
- ✓ Dar apoio à família tanto para o desligamento após alta da AD, quanto para o caso de óbito dos usuários;
- ✓ Avaliar a condição e infra-estrutura física do domicílio;
- ✓ Acompanhar o usuário conforme plano de assistência traçado pela equipe e família;
- ✓ Pactuar concordância da família para AD;
- ✓ Buscar garantir uma assistência integral, resolutiva e livre de danos ao usuário da AD;
- ✓ 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.

6.5. O Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a Atenção Domiciliar

No contexto da Atenção Básica, o NASF é uma estratégia que busca qualificar e complementar o trabalho das equipes de Saúde da Família e outras equipes, atuando de forma compartilhada no cuidado à saúde, visando à construção de redes de atenção, e colaborando para integralidade do cuidado aos usuários. Na perspectiva do apoio matricial, o processo de trabalho do NASF pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico pedagógico às Equipes Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, etc.) e a Academia da Saúde. Atuando, desta forma, para construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os profissionais, a partir de um arranjo organizacional que objetiva ampliar a clínica, os saberes e a integração horizontal entre as distintas profissões.

O entendimento da expressão “apoio” remete a forma de organização que permite que os profissionais/apoiadores do NASF e as Equipes da Atenção Básica compartilhem práticas de cuidado para ampliar a resolução dos problemas vivenciados na atenção à população. E com esse objetivo, atuam em duas dimensões do apoio que se misturam e se complementam no processo de trabalho das equipes: o **assistencial**, que produz ação clínica direta com os usuários (atendimentos na unidade de saúde, visitas ou atendimentos domiciliares, atividades em grupos); e o **técnico-pedagógico**, que produz ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) com e para a equipe (discussões dos casos, construção de plano de cuidado ou projeto terapêutico singular, atendimento compartilhado, oficina sobre tema específico).

Para saber mais:

- Capítulo “Gestão do Cuidado na Atenção Domiciliar” do Vol. 2 do Caderno de Atenção Domiciliar.

Os profissionais do NASF, juntamente com as equipes que apoia, devem comprometer-se com ações intersetoriais e interdisciplinares, de promoção, prevenção, tratamento e/ou reabilitação, além dos processos de educação permanente, gestão, responsabilidade sanitária e organização territorial dos serviços de saúde. E para isso, devem desenvolver o diagnóstico situacional das condições de vida e de saúde dos grupos sociais de um dado território, planejando intervenções que sejam capazes de enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, ao prestar apoio no trabalho cotidiano das equipes e, mesmo, diretamente junto aos usuários. Logo, o NASF deverá trazer como ferramentas do processo de trabalho a clínica ampliada, o matriciamento, o projeto terapêutico singular e o projeto de saúde no território para implementar a realização do cuidado ao usuário e qualificação das ações das equipes.

Dentre as responsabilidades do NASF, destaca-se o cuidado aos pacientes que se encontram com dificuldade de locomoção ou alterações funcionais que limitem suas atividades, que necessitam de atenção em reabilitação, em cuidados paliativos, e estão impossibilitados, pela condição de saúde ou barreiras geográficas, de se deslocarem para as unidades de saúde, e por estas singularidades necessitam do cuidado no domicílio para continuidade da atenção. Estas situações demandam, muitas vezes, a presença de outros profissionais, como o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional, o fonoaudiólogo e outros, que compõe a equipe multiprofissional/interdisciplinar do NASF.

Para saber mais:

- Capítulo “Atenção Domiciliar e o SUS” do Vol. 1 do Caderno de Atenção Domiciliar.

A atuação do NASF, caracterizada como modalidade AD1, atendendo a critérios referentes à complexidade do cuidado, à regularidade de visitas e aos recursos utilizados, destina-se aos 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 recursos de saúde de menor densidade tecnológica. Cabendo ao NASF e as equipes que ele apóia, compondo a atenção básica, a responsabilidade pela prestação do cuidado nesta modalidade da Atenção Domiciliar.

Para saber mais:

- Capítulo “Gestão do Cuidado na Atenção Domiciliar” do Vol. 2 do Caderno de Atenção Domiciliar.

Desta maneira, tendo como foco os arranjos que se configuram para uma atenção no domicílio, o NASF é uma possibilidade e deverá atuar na lógica da corresponsabilização e gestão integrada do cuidado, incorporando os saberes de diversos núcleos profissionais. O atendimento no domicílio possibilita ao usuário se beneficiar com o cuidado prestado por uma equipe multidisciplinar/interdisciplinar, operando tecnologias leves e leve-duras, reconhecendo o potencial terapêutico da permanência no ambiente familiar, as possibilidades de ações e a diminuição dos riscos de infecção hospitalar.

7. Acompanhamento e Avaliação

Considerando que planejamento é uma ferramenta imprescindível para a atenção domiciliar, faz-se necessário a criação de instrumentos que sejam capazes de contemplar informações importantes como qualidade do atendimento, resolubilidade da assistência (índices de reinternações ou internações hospitalares após implantação da assistência domiciliar, diminuição de recidivas), número de pessoas assistidas por equipe de saúde, satisfação do usuário, desempenho da equipe, entre outras.

Os resultados das avaliações realizadas pela equipe devem estar disponibilizados para usuário/família, profissionais, comunidade e gestores.

Para avaliação da AD, sugerem-se os seguintes meios listados a seguir:

7.1. Satisfação do usuário

Desenvolvimento de pesquisas periódicas de satisfação do usuário. Sugere-se que as mesmas possam ser desenvolvidas pela gestão municipal ou em parceria com as instituições de ensino. Importante destacar que estas pesquisas devem levar em conta o contexto sócio-econômico e cultural da comunidade como critério de validade mais aproximado possível da realidade estudada.

7.2. Indicadores de avaliação

Os indicadores sugeridos para a atenção domiciliar (AD1) são apresentados no Manual Instrutivo de monitoramento e Avaliação do programa Melhor em Casa, disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/geral/manual_instrutivo_monitora_avaliacao_AD.pdf

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Portaria N° 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010 - Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.

Acessado em 23 de julho de 2012.

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

_____. Manual de Monitoramento e Avaliação do Programa Melhor em Casa. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/geral/manual_instrutivo_monitora_avaliacao_AD.pdf.

Acessado em: 02 de julho de 2012.

BRASIL. Portaria n° 2488 de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de 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). Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

Acessado em 03 de agosto de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27)

BORDAS, R. M.; SANTA MARIA, A; GONDELL, A. Intervención domiciliaria. Rol de Enfermeria, Barcelona, v. 15, n. 163, p.25-38, 1992.

BRUCE, C. Financial concepets in Home Healthcare. JONA. Vol.22, n. 5, p.29-34, may, 1992.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C.. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007).

CECCIM, R.; MACHADO, N. Contato domiciliar em saúde coletiva. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1995 (digit.).

CREUTZBERG, Marion. Vivências de famílias de classe popular cuidadoras de pessoa idosa fragilizada: subsídios para o cuidado de enfermagem domiciliar. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 200 (Dissertação de Mestrado).

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira, “Atendimento Domiciliar: Um enfoque gerontológico” São Paulo, Atheney, 1º Ed, 200;

HAPPELL, Brenda. Student nurses attitudes toward a career in community health. *Journal of Community Health*, v.23, n.4, p.269-279, August, 1998.

LACERDA, Maria Ribeiro. O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar. Curitiba: Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade Federal do Paraná, 1996. (Dissertação de Mestrado)

LACERDA, Maria Ribeiro, “Tornando-se Profissional no Contexto Domiciliar – Vivência de Cuidado da Enfermeira”, Tese de Doutorado de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

MENDES JUNIOR, Walter Vieira “Assistências Domiciliar: Uma modalidade de Assistência para o Brasil”, dissertação de mestrado Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

MERHY, E.E.; SCHIFFLER, Â.C.R. Quando a Atenção Domiciliar vaza do (no) modelo tecnoassistencial de saúde: o caso de Sobral/CE. Universidade Federal do Rio de Janeiro - Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde.)

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*, São Paulo: 2010;34(1):92-96)

OLIVEIRA, F.; BERGER, C. Visitas domiciliares em Atenção Primária à Saúde: equidade e qualificação dos serviços. *Momentos e perspectivas em saúde*, Porto Alegre, V.9, n.2, p.69-74, jul/dez, 1996.

PADILHA, M. et al. Visita domiciliar: uma alternativa assistencial. *R. Enf. UERJ*, v.2, n.1, p.83+90, maio, 1994.

PEREIRA, R. et all. O significado do cuidado para o adulto em condição crônica de saúde em consulta de enfermagem. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1997. Relatório de Pesquisa.

SANTOS, B. et al. O Domicílio como espaço do cuidado de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM 50°. Anais. Salvador. No pelo. 1998.

SILVA, Fernando Só et al. Manual do Home Care para médicos e enfermeiras. São Paulo: Sistema Rimed Home Care, 1999.

SUNDEEN, S et all. Nurse-client interaction: implementing the nursing process. 6 ed. St. Louis: Mosby, 1997.

THORNE, S. Helpful and unhelpful communication in cancer care: the patient perspectives. Oncology Nursing Forum. Pittsburg, v.15, n.2, p.167-172, 1998.