



Melhor em Casa

A SEGURANÇA DO HOSPITAL NO
CONFORTO DO SEU LAR

Manual Instrutivo de Monitoramento e Avaliação

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde - SAS

Departamento de Atenção Básica - DAB

Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar - CGAD

Edição, Distribuição e Informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar – CGAD/DAB

SAF Sul – Quadra 2 - Ed. Premium - Torre II - Auditório - Sala 05.

CEP: 70070.600, Brasília - DF

Telefone: (61) 3306-8030/FAX: (61) 3306-8028

Home Page: http://dab.saude.gov.br/melhor_em_casa.php

E-mail: dab@saude.gov.br

Diretor do Departamento de Atenção Básica:

HÊIDER AURÉLIO PINTO

Coordenador CGAD:

Aristides Vitorino de Oliveira Neto

Confecção do Manual:

Aristides Vitorino de Oliveira Neto

Bruna Maria Limeira Rodrigues Ortiz

Diego Roberto Meloni

Emanuely Paulino Soares

Larissa Pimentel Costa Menezes Silva

Mariana Borges Dias

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção

Básica/Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar – 2012

Manual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Domiciliar/Melhor em Casa

24 Páginas

1.Atenção Domiciliar, 2.Melhor em Casa, 3. Monitoramento e Avaliação.

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Com o lançamento do Melhor em Casa pela presidenta Dilma Rousseff e pelo Ministro Alexandre Padilha em 2011, a qualificação e ampliação da atenção domiciliar no SUS foi colocada como agenda prioritária do Governo Federal.

São muitos os desafios que se colocam no processo de institucionalização da avaliação no contexto da atenção domiciliar, caracterizado, hoje, pela escassez e baixa qualidade de informações (indicadores, parâmetros e instrumentos não padronizados) disponíveis.

Dentre as ações necessárias para dar conta destes desafios, destaca-se, dentre outras, a adequação dos sistemas de informação e a institucionalização do monitoramento e avaliação na atenção domiciliar.

Este esforço significa padronizar as informações e os indicadores centrais para esta modalidade de atenção, organizar o processo de trabalho para o registro e análise das informações, além da adequação dos Sistemas de Informação para a atenção domiciliar.

Desta forma, a elaboração deste manual marca um momento importante para a estruturação da atenção domiciliar enquanto modalidade de atenção estratégica na organização das redes de atenção à saúde (RAS).

Por fim, o objetivo deste Manual é apoiar os gestores e equipes no que diz respeito à institucionalização do monitoramento e avaliação da atenção domiciliar.

O sucesso desta agenda depende do esforço de todos que fazem a atenção domiciliar no país! Contem com o apoio da Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar/DAB/SAS/MS nesta nova fase da AD no Brasil.

Bom trabalho!!!

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO E OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR.....	7
2.1 INFORMAÇÃO E A GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO	8
3. INSTRUMENTOS E FERRAMENTAS	10
3.1 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	10
3.2 PROCEDIMENTOS DO SIGTAP	12
3.3 FORMULÁRIO DO RAAS-AD	13
3.3.1 Situações especiais para preenchimento do Formulário do RAAS-AD:.....	15
3.4 PRONTUÁRIO.....	19
3.5 INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO SUGERIDOS.....	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
ANEXO.....	23

AD: Atenção Domiciliar

CBO: Classificação Brasileira de Ocupações

CGAD: Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar

CGSI: Coordenação-Geral de Sistemas de Informação

CID: Código Internacional de Doenças

DAB: Departamento de Atenção Básica

DATASUS: Departamento de Informática do SUS

DRAC: Departamento de Regulação, Avaliação e Controle

MS: Ministério da Saúde

RAS: Redes de Atenção à Saúde

RAAS: Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde

RAAS-AD: Registro das Ações da Atenção Domiciliar

SAS: Secretaria de Assistência à Saúde

SIGTAP: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS

SES: Secretaria de Estado da Saúde

SIA: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

1. INTRODUÇÃO

A atenção domiciliar é uma modalidade de atenção que vem sendo experimentada no Brasil, com diversos arranjos, desde a década de 1960. Destaca-se, no entanto, as experiências municipais iniciadas na década de 1990 e 2000 que avançam na concepção da atenção domiciliar como um serviço que deve estar articulado em rede, organiza-se em equipes multiprofissionais de referência para uma certa população e cujo público-alvo não se restringe àquele oriundo de internação hospitalar.

Apesar disso, e do conseqüente avanço da atenção domiciliar nas esferas legal e normativa, ainda havia frágil ou inexistente estruturação de aspectos fundamentais para sua organização, como o financiamento, a construção/pactuação de indicadores e a adequação dos sistemas de informação, como o SIA, o SIH e o SIAB.

Em 2011, a atenção domiciliar foi priorizada como modalidade de atenção estratégica para o momento em que estamos (transição demográfica e epidemiológica e crise do modelo de atenção). Assim, criou-se um Grupo de Trabalho, com participação de representantes de experiências municipais e participantes do conjunto das áreas do MS, cujo objetivo era construir uma proposta que reconhecesse os acúmulos e dialogasse o máximo possível com o momento em que estamos e à forma como o SUS deve se organizar localmente.

Desta forma, foi publicada a portaria 2.527 de 27 de outubro de 2011, lançado o **Melhor em Casa** em novembro de 2011 e criada a Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar - CGAD no Departamento de Atenção Básica/SAS, com o objetivo de coordenar a estruturação da atenção domiciliar no âmbito do SUS, em parceria com estados e municípios.

Uma agenda central para esta estruturação é o tema do monitoramento e avaliação, que inclui a definição dos aspectos que serão avaliados, os indicadores que os expressam, a adequação do sistema de informação para permitir o acompanhamento em nível local e nacional e como este processo se insere no cotidiano das equipes e gestores dos SAD.

2. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO E OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

No SUS, é crescente a necessidade e o interesse que a avaliação de políticas, programas e serviços de saúde vem ganhando. Este interesse é justificado por mudanças nos procedimentos legais e administrativos, a complexificação do perfil epidemiológico e demográfico no Brasil, que exige novas formas de pensar políticas, programas e serviços de saúde, bem como a necessidade de controlar os gastos em saúde (FRIAS, FIGUEIRÓ e NAVARRO, 2010).

Institucionalizar a prática do monitoramento e avaliação tem sido um dos grandes desafios para as equipes de saúde (gestão e atenção) ao longo dos anos e visa a adotar estas práticas “como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão, como instrumento de suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos” (FELISBERTO, 2003).

Analizando a **atenção domiciliar** como modalidade de cuidado no SUS, pode-se afirmar que está em processo incipiente de implantação, caracterizando-se por possuir um conjunto de serviços que não utilizam indicadores e parâmetros comuns e pactuados. Além disso, a produção/sistematização/análise de informações não conta com diretrizes nacionais e nem com sistema de informação adequado às suas especificidades, o que dificulta, sobremaneira, este processo em nível nacional, impossibilitando a caracterização e o acompanhamento da atenção domiciliar no país.

Em última análise, podemos afirmar que o volume e a qualidade das ações em AD realizadas no âmbito do SUS não são “enxergados”, desperdiçando importantes informações para seu fortalecimento em todo Brasil.

Dessa forma, a expansão, qualificação e consolidação da atenção domiciliar no SUS implica, dentre outros aspectos importantes, no enfrentamento das questões colocadas acima.

Para além da adequação dos sistemas de informação, da definição das informações a serem priorizadas e dos indicadores a serem utilizados, é importante ressaltar o modo como as informações são produzidas e analisadas no cotidiano dos SAD. Destacamos o potencial que a informação (sua produção e análise) tem de permitir a reflexão das equipes de atenção domiciliar sobre o seu processo de trabalho (SANTOS, 2006)

A seguir, alguns aspectos relacionados à gestão do SAD e ao processo de trabalho das equipes.

2.1 Informação e a gestão do processo de trabalho

O registro, sistematização e análise das informações produzidas é processo central para a gestão do processo de trabalho do SAD, na medida em que possibilita a apropriação e discussão coletiva de aspectos que refletem diretamente na prática das equipes, aponta fragilidades e potencialidades da rede e cuidado em AD e revela questões indispensáveis para o planejamento de ações à luz das necessidades do usuário.

As informações produzidas a partir das ações em atenção domiciliar devem ter valor de uso para todos os atores que estão envolvidos no processo. Apesar de serem semelhantes, podemos destacar os principais usos da informação para os gestores e para as equipes. Para os gestores (gestor municipal, estadual e federal), as informações são essenciais na tomada de decisão, na avaliação da efetividade e impacto da política e na prestação de contas à sociedade.

No caso das equipes e gestores dos SAD, a produção/sistematização/análise das informações é fundamental para avaliar o próprio processo de trabalho em aspectos como: resolutividade, abrangência, integração em equipe, integração com a rede de atenção à saúde, perfil epidemiológico/demográfico/social dos usuários, dentre outros.

Focando no valor de uso da produção/sistematização/análise das informações para as equipes e gestores do SAD, destacamos o potencial que este processo tem em apontar questões úteis para a qualificação dos serviços. Estas questões são *temas em educação permanente* e podem representar tanto problemas, que não seriam percebidos automaticamente, e que o SAD pode se debruçar e reorientar seu trabalho; como o reconhecimento da necessidade de aperfeiçoamento teórico-prático das equipes.

Nesse sentido, o SAD (o coordenador tem papel fundamental neste processo) deve contar com espaços coletivos para discussão das informações produzidas. Estes espaços podem acontecer com uma equipe (reunião de equipe), entre equipes (reunião entre uma EMAP e as EMADs que apóia ou reunião do SAD inteiro) ou entre o conjunto dos serviços que compõem a rede de atenção à saúde (Fórum de Atenção Domiciliar).

Estes espaços são úteis no planejamento e organização da atenção domiciliar no território, facilitando o trânsito das equipes pela rede, a construção de contratos/pactuações, facilitando o cuidado compartilhado e a elaboração/gestão dos protocolos.

Por fim, enfatiza-se o papel dos gestores de SAD neste processo de estruturação da atenção domiciliar no SUS, na medida em que ocupam lugar de liderança, motivando as equipes, proporcionando espaços de educação permanente e ajudando a articular a rede de atenção à saúde.

3. INSTRUMENTOS E FERRAMENTAS

Vários são os instrumentos necessários à gerência eficaz, eficiente e efetiva das organizações governamentais no atendimento de suas metas institucionais.

A produção e correta gerência das informações de saúde são necessárias no processo de decisão das esferas governamentais que devem ter como objetivo maior, produzir e manter o bem estar do cidadão brasileiro. A busca por essa informação é inerente às organizações e aos indivíduos que planejam, administram, medem e avaliam os seus serviços.

Abaixo, apresentaremos alguns instrumentos e ferramentas centrais para o M&A das ações produzidas pelas equipes de atenção domiciliar.

3.1 Sistemas de Informação

A portaria 2.527 aponta o Sistema de Informação Ambulatorial e o Sistema de Informação Hospitalar do SUS, como os sistemas de informação que deverão ser utilizados para produção de informações na atenção domiciliar. No entanto, há um reconhecimento de que precisam ser adequados para uma modalidade de atenção como a AD e ter valor de uso para gestores e equipes.

Neste sentido, a CGAD/DAB/SAS, em parceria com a Coordenação-Geral de Gestão Sistemas de Informação - CGSI do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle - DRAC/SAS e com o DATASUS, formulou **proposta de adequação do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA** que resultou no **Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde em Atenção Domiciliar (RAAS-AD)**. O RAAS-AD é o módulo de captação das informações em AD do SIA e tem algumas características:

- Individualizado por paciente;
- Permite o cálculo do tempo de permanência, com a informação da data de admissão e a data de saída, não precisando renovar a cada competência;
- Não necessita de autorização para a realização dos procedimentos e nem gera pagamento;
- Permite que a equipe multiprofissional preencha um mesmo formulário;
- Identifica a produção por equipe dentro de um mesmo estabelecimento de saúde;
- Permite o registro de vinculação à Estratégia de Saúde da Família;

- Permite o registro do “destino” do usuário após alta, óbito ou demais causas de descontinuidade do cuidado pela EMAD.

Neste momento, só as equipes vinculadas a estabelecimentos habilitados em portaria no código 13.02 - Atenção Domiciliar (Melhor em Casa) poderão utilizar o RAAS-AD.

Além do **SIA**, sistema de informação no qual o RAAS-AD está abrigado, existe outros dois sistemas de informações que podem ser utilizados para informar as ações em atenção domiciliar: o Sistema de Informação Hospitalar – SIH e o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.

SIH – Os estabelecimentos de saúde habilitados no código 13.01 (Internação Domiciliar) informam e captam recurso através de Autorização de Internação Hospitalar – AIH. Com a publicação da portaria 2.527, não é mais possível que outros estabelecimentos de saúde sejam habilitados no código 13.01 (Internação Domiciliar), mas aqueles que já estão habilitados neste código permanecerão utilizando a AIH;

SIAB – As equipes de atenção básica, conforme previsto na portaria 2.527, são responsáveis pela modalidade AD1. Assim, as ações realizadas no domicílio por estas equipes devem ser informadas no SIAB. Para tanto, o SIAB está sendo adequado para possibilitar o registro mais qualificado das ações de AD, além de outras estratégias para a atenção básica.

Para mais informações sobre o RAAS-AD, acessar o Manual de Operação do Sistema do RAAS-AD.

3.2 Procedimentos do SIGTAP

O **Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP)** é uma ferramenta de gestão que permite o acompanhamento sistemático, inclusive com série histórica, das alterações realizadas a cada competência detalhando os atributos de cada procedimento, compatibilidades e relacionamentos.

Oferece a geração de inúmeros relatórios conforme a necessidade do gestor e disponibiliza um informe mensal registrando as principais alterações realizadas na tabela, com as portarias correspondentes publicadas pelo Diário Oficial da União.

Essa ferramenta é direcionada às Secretarias Estaduais de Saúde (SES), as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), aos prestadores e fornecedores públicos, filantrópicos e privados de serviço e demais usuários ligados direta ou indiretamente ao SUS.

No contexto de priorização da atenção domiciliar como modalidade de atenção estratégica e da necessidade de apoiar na qualificação das informações produzidas e sistematizadas, foi realizada **revisão do SIGTAP**, que resultou na seleção dos procedimentos mais importantes para atenção domiciliar e a criação de outros considerados como importantes, mas que não existiam. Desta forma, foi delimitado um rol de procedimentos que deverão ser informados no RAAS-AD a cada atendimento domiciliar. Este rol é composto por procedimentos oriundos do SIA e do SIH, que serão, no entanto, informados no SIA através do RAAS-AD.

Para melhor entendimento do SIGTAG, sugerimos a leitura do manual que se encontra no site: <http://sigtap.datasus.gov.br>.

Em anexo, os procedimentos prioritários para a atenção domiciliar.

3.3 Formulário do RAAS-AD

O **Formulário do RAAS-AD** é o instrumento que proporciona a entrada das informações no SIA, tanto para a inclusão do paciente no sistema, quanto para informar as ações realizadas ao longo do período que o paciente está em atenção domiciliar.

Para cada paciente que iniciar acompanhamento em AD, deve ser preenchido um Formulário do RAAS-AD e aberto cadastro no RAAS-AD (SIA).

O Formulário RAAS-AD é dividido em 4 eixos:

- Identificação do Estabelecimento de Saúde;
- Identificação do Usuário do SUS;
- Dados do Atendimento;
- Ações Realizadas.

Os eixos **“Identificação do Estabelecimento de Saúde”** e **“Identificação do Usuário do SUS”** não irão variar, a não ser que o paciente mude de endereço. Dessa forma, só será preenchido uma vez.

O eixo **“Dados do Atendimento”** possui campos que podem variar, como o *CID de Causas Associadas* e o *Destino do Paciente*, e campos que deverão ser preenchidos uma única vez (*Data de Admissão*; *Cobertura da SF e CNES da USF*). O campo *Data de Conclusão* deverá ser preenchido quando o cuidado no domicílio for encerrado por algum motivo (óbito; alta; encaminhamento para AD1; internação hospitalar; etc.).

No eixo **“Ações Realizadas”**, os procedimentos realizados deverão ser inseridos a cada atendimento domiciliar, observando-se as *Situações Especiais* discutidas no tópico 3.3.1 deste Manual. Dessa forma, até o momento em que for informada a data de conclusão, o acompanhamento do paciente em domicílio será registrado, sendo possível ter uma percepção mais de “filme” do que “fotografia” e calcular o tempo de permanência no cuidado em AD. Assim, o cadastro no RAAS-AD não precisará ser “renovado”, desde que o campo *Data de Conclusão* não seja preenchido.

Entendendo a importância do Formulário do RAAS-AD, mas reconhecendo a necessidade de simplificação dos instrumentos usados pelas equipes de atenção domiciliar, seguem sugestões (em azul) para minimizar a necessidade de preenchimento desnecessário de alguns campos. Em vermelho, ressalta-se a importância de preencher corretamente os campos *Telefone Celular* e *Telefone de Contato*.

Ministério da Saúde **SUS** Sistema Único de Saúde

RAAS Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
Formulário de Registro da Atenção Domiciliar pg. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE _____ CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS

Nº DO PRONTUÁRIO _____ NOME DO PACIENTE _____

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ SEXO ☐ M ☐ F DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ NACIONALIDADE _____

RACIA COR _____ ETNIA INDIGENA _____ NOME DA MÃE _____

NOME DO RESPONSÁVEL _____ MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ UF _____

COD. IBGE MUNICÍPIO _____ CEP DE RESIDÊNCIA _____ ENDEREÇO (RUA, NÚMERO) _____

COMPLEMENTO _____ TELEFONE CELULAR Nº DO TELEFONE _____ DDD _____ TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____

DADOS DO ATENDIMENTO

DATA DE ADMISSÃO ____/____/____ MÊS ATENDIMENTO ____/____ ORIGEM DO PACIENTE ☐ Serviço de Urgência ☐ Atenção Básica ☐ Internação Hospitalar ☐ Centro Oncológico ☐ Outros _____

CID10 PRINCIPAL _____ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL _____

CID10 SECUNDÁRIO _____ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO COMPLEMENTAR (1º) _____

CID10 SECUNDÁRIO _____ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO COMPLEMENTAR (2º) _____

CID10 SECUNDÁRIO _____ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO COMPLEMENTAR (3º) _____

CID10 CAUSAS ASS _____ DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO - CAUSAS ASSOCIADAS _____

EXISTE COBERTURA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA? ☐ SIM ☐ NÃO CNES _____

DESTINO DO PACIENTE ☐ Permanência ☐ Alta Clínica ☐ Encaminhamento AD1 ☐ Alta Administrativa ☐ Admissão na Urgência ☐ Internação Hospitalar ☐ Óbito DATA DE CONCLUSÃO ____/____/____

AÇÕES REALIZADAS

CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA	QTDE	DATA (DDMM)	CID10	SERVIÇO	CLASSIFICAÇÃO	CBO DO EXECUTANTE
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE						
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA						
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE						
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA						
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE						
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA						
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE						
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA						
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE						
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA						
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE						
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA						
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE						
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA						
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE						
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA						
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE						

Cada equipe pode ter seu Formulário "customizado", no qual este campo já está previamente preenchido.

É importante o preenchimento destes campos, pois a pesquisa de satisfação dos usuários depende dos telefones de contato, que serão utilizados pela Ouvidoria para a realização da pesquisa!

Cada equipe pode ter seu Formulário "customizado", no qual este campo já está previamente preenchido.

O uso do **Formulário do RAAS-AD** se tornará desnecessário quando evoluirmos para o uso de ferramentas automatizadas e informatizadas.

3.3.1 Situações especiais para preenchimento do Formulário do RAAS-AD:

Este item do manual visa facilitar o preenchimento do instrumento RAAS – AD e oferecer subsídios aos profissionais de saúde das Equipes de Atenção Domiciliar no processo de trabalho diário.

➤ **Informação do CID 10:**

No RAAS-AD, deverá ser informado o CID principal, o CID causas associadas e a cada procedimento.

a) CID Principal x CID Causas Associadas:

CID Principal: É o código da Classificação Internacional de Doenças que identifica a patologia/lesão que motivou especificamente o atendimento ambulatorial ou internação do paciente.

CID Causa Associada: Outras doenças que o paciente apresenta.

São exemplos de CID Causas Associadas:

- Diabetes mellitus não insulino dependente com complicações não especificadas – E11. 8
- Diabetes mellitus não insulino dependente sem complicações – E11. 9
- Hipertensão essencial (primária) – I10
- Demência na Doença de Parkinson – F02. 3
- Demência não especificada – F03

A seguir, uma situação comum na atenção domiciliar para exemplificar a informação dos CIDs Principal e Causa Associada: um paciente em AD devido à seqüela de AVC e úlcera de decúbito. Assim, teremos:

CID Principal: I69. 4 – Seqüelas de acidente vascular cerebral não especificado

CID Causa Associada: L89 – Úlcera de decúbito.

A correta informação dos CIDs Principal e Causa Associada é de extrema importância, na medida em que permitirá a caracterização do perfil epidemiológico dos pacientes que estão em atenção domiciliar, bem como permitirá a percepção de tendências e distorções.

➤ **Informação dos procedimentos:**

No que diz respeito à informação dos procedimentos realizados, apresentamos as seguintes situações especiais.

Situação 1:

Procedimento:

- Acompanhamento e avaliação domiciliar de paciente submetido à ventilação mecânica não invasiva
- Instalação/manutenção de ventilação domiciliar não invasiva através do ventilador tipo dois níveis com bilevel;

Se o profissional realiza, na mesma visita, instalação/manutenção de ventilação mecânica e acompanha o paciente submetido à ventilação mecânica com uma consulta/atendimento, deverá registrar os dois procedimentos.

Situação 2:

Procedimentos X CID: Retomando a discussão iniciada no tópico “**Informação do CID 10**”, ressalta-se a importância da correta informação do CID-10, tanto nos campos CID Principal e CID Causa Associada, quanto o atrelando ao procedimento.

Desta forma, para facilitar o preenchimento, recomendamos que, caso não seja conhecido o CID 10 específico da doença, deve ser informado o código “não específico”. Abaixo, estão listadas as principais situações e os respectivos CID-10:

- a) Oncologia:** se o CID do tipo de câncer não for conhecido, deve ser informado o código **C76** - ***Neoplasia maligna de outras localizações e de localizações mal definidas;***
- b) AVC:** se o CID do tipo de AVC não for conhecido, deve ser informado o código **I69. 4** - ***seqüela de acidente vascular cerebral não especificado;***
- c) Complicação de diabetes:** Seguem os principais CID-10 para as complicações de diabetes mellitus. Caso não seja conhecida ou não exista nenhuma das complicações abaixo, informar o código **E14**.

E14 – Diabetes mellitus não especificado

E14. 2 - Diabetes mellitus não especificado com complicações renais

E14. 3 - Diabetes mellitus não especificado com complicações oftálmicas

E14. 4 - Diabetes mellitus não especificado com complicações neurológicas

E14. 5 - Diabetes mellitus não especificado com complicações circulatórias periféricas

E14. 7 - Diabetes mellitus não especificado com complicações múltiplas

E14. 8 - Diabetes mellitus não especificado com complicações não especificadas

E14. 9 - Diabetes mellitus não especificado sem complicações

d) Gestantes de Alto Risco: No caso de gestantes em AD, é essencial informar o CID 10 junto ao procedimento ou no campo CID Principal (caso o agravo motivador da atenção domiciliar for gravidez de alto risco). Se o CID do tipo complicação na gravidez não for conhecido, deve ser informado o código **Z35. 9 - Supervisão não especificada de gravidez de alto risco**.

Situação 3:

Procedimento: Antibioticoterapia parenteral

Caso a posologia da antibioticoterapia parenteral possua mais de uma dose por dia, por exemplo, duas vezes por dia durante sete dias: o trabalhador deve informar o procedimento uma vez e explicitar o número de vezes no campo quantidade (QTDE) em “Ações Realizadas” do “Formulário de Registro do RAAS-AD” na data de realização da última dose. Caso sejam realizados dois ciclos distintos de antibioticoterapia na mesma competência, deve-se registrar o mesmo procedimento outra vez na data da última dose com a quantidade de doses realizadas.

Ex: Ciprofloxacino 500mg 2x/dia por 10 dias (20 doses), sendo que a última dose foi realizada no dia 20 de setembro (5º dia da competência Setembro). Tem-se:

Código da ação realizada: código de **Antibioticoterapia parenteral** (*procedimento novo a ser incluído no SIGTAP*)

QTDE: 20

Data de realização: 20/09/12

Situação 4:

Procedimento: Atividade educativa/orientação em grupo (*procedimento novo a ser incluído no SIGTAP*)

Profissional realiza atividade educativa em grupo ou individual no domicílio ou em outro espaço, deverá ser informada a cada atividade desenvolvida independente de quantidade de participantes.

Situação 5:

Procedimento: *Consulta/atendimento domiciliar* (*procedimento novo a ser incluído no SIGTAP*)

Este procedimento deve ser informado a cada visita domiciliar e estará atrelado ao CBO, identificando o trabalhador que informou.

Algumas recomendações relacionadas a este procedimento:

- Quando o profissional realizar a visita domiciliar para acompanhamento/avaliação clínica, sem a realização de procedimento “armado” (que representa intervenção, como curativo; administração de medicamento, etc.) deve informar este procedimento;
- Na situação inversa, caso o profissional realize um procedimento “armado”, não é necessário informar “*Consulta/atendimento domiciliar*”. Neste caso, será possível extrair relatório do procedimento atrelado ao CBO;
- Caso mais de um profissional realize a visita conjuntamente, cada um deve informar este procedimento separadamente, atrelando-o ao CBO.

3.4 Prontuário

O prontuário é um dos registros de saúde mais importantes, pois traz informações valiosas do usuário, família, comunidade, histórico e evolução a partir das informações coletadas pelos profissionais de saúde, sendo instrumento indispensável para a organização, planejamento e avaliação cotidiana das equipes de saúde. Apesar de ser uma ferramenta útil, tipicamente, na gestão do cuidado, ressalta-se a importância e complementaridade no registro e sistematização das informações produzidas.

Pode ter vários formatos que variam de acordo com a realidade local e aplicabilidade das equipes, devendo coincidir com os demais instrumentos produzidos e utilizados, a exemplo de cartão de atendimento, fichas de evolução e protocolos.

Autores como Azevedo (2003) e Marin (2003) apontam as vantagens do prontuário em papel e baseado em registro eletrônico:

- **Prontuário em papel:** pode ser facilmente transportado; maior liberdade de estilo ao fazer um relatório; facilidade para buscar um dado; não requer treino especial; não “sai do ar”, como ocorre com computadores;
- **Prontuário eletrônico:** simultâneo acesso em locais distintos; legibilidade; variedade na visão do dado; suporte estruturado de entrada de dado; oferece apoio à decisão e apoio a análise de dados; permite troca eletrônica de dados e possibilita suporte ao cuidado compartilhado.

Ambos os formatos são importantes para o gestor e profissional de saúde. O que se está evidenciando é o “valor de uso” deste instrumento também para o registro, sistematização e uso da informação produzida.

3.5 Indicadores de acompanhamento e avaliação sugeridos

Indicador	Tipo	Descrição	Método de Cálculo	Fonte
1. Taxa de óbito domiciliar	Resultado	Proporção de pacientes em AD que vieram a óbito no domicílio	$\text{N}^\circ \text{ de óbitos de pacientes em AD} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes em AD} \times 100$	RAAS-AD (SIA)
2. Taxa de óbito declarado no domicílio	Resultado	Proporção de pacientes em atenção domiciliar que vieram a óbito no domicílio e que tiveram declaração de óbito emitida pelo médico da EMAD.	$\text{N}^\circ \text{ de D.O emitida pelo médico da EMAD} / \text{N}^\circ \text{ total de óbitos de pacientes em AD ocorridos no domicílio} \times 100$	RAAS-AD (SIA)
3. Taxa de internação hospitalar nas primeiras 48h em AD	Resultado	Relação entre o número de pacientes que necessitaram de internação hospitalar nas primeiras 48h de admissão em AD e o número total de pacientes em AD	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes que necessitaram de internação hospitalar nas primeiras 48h após admissão na AD} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes em AD} \times 100$	RAAS-AD (SIA)
4. Taxa de desospitalização	Resultado	Número de pacientes em AD egressos de internação hospitalar para continuidade ou conclusão do cuidado no domicílio	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes em AD egressos de hospital} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes em AD} \times 100$	RAAS-AD (SIA)
5. Taxa de agudização dos pacientes em AD	Resultado	Número de pacientes em AD encaminhados para serviço de urgência e emergência (UPA, SAMU, Pronto-socorro, etc)	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes em AD que necessitaram serviço de urgência e emergência} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes em AD} \times 100$	RAAS-AD (SIA)
6. Taxa de alta em AD	Resultado	Número de pacientes em AD que tiveram alta OBS 2: Por tipo de alta (administrativa ou clínica)	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes em AD que tiveram alta} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes em AD}$	RAAS-AD (SIA)
7. Média de pacientes em AD	Processo	Número médio de pacientes em AD	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes em AD} / \text{N}^\circ \text{ total de EMAD}$	RAAS-AD (SIA)
8. Média de atendimentos em AD por equipe	Processo	Número médio de atendimentos domiciliares realizados	$\text{N}^\circ \text{ total de atendimentos domiciliares realizados} / \text{N}^\circ \text{ total de EMAD}$	RAAS-AD (SIA)
9. Média de tempo de permanência de pacientes em AD	Processo	Tempo médio de permanência do paciente em AD	Somatório do tempo de permanência de todos os pacientes em AD na competência/Nº de pacientes em AD na mesma competência*	RAAS-AD (SIA)
10. Proporção de pacientes em AD por agravo/condição Ex: 1) Cuidados paliativos; b) Oxigenoterapia; c) Feridas crônicas; d) DM complicada; etc.	Processo	Número de pacientes em AD por agravo/situação	$\text{N}^\circ \text{ de pacientes em AD por agravo ou condição} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes em AD}$	RAAS-AD (SIA)

Os indicadores apresentados são propostas da Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar/DAB/SAS/MS para uso dos SAD e tiveram como base aqueles propostos na RDC 11 de 2006 e no Manual Instrutivo do Melhor em Casa. Desta forma, entende-se que cada localidade possui especificidades e pode propor outros indicadores.

Neste manual, não serão discutidos os *parâmetros* para cada indicador, que poderão ser determinados a partir do acompanhamento da série histórica.

Todos os indicadores listados podem ser calculados por modalidade de AD (AD2 e AD3), por município, por SAD e por EMAD.

Com exceção dos indicadores 1, 8 e 9, todos podem ser utilizados para a AD1 (ESF e NASF). Para utilizar os indicadores 8 e 9 na AD1, podem ser feitos os seguintes ajustes:

8. Média de pacientes em AD	Processo	Número médio de pacientes em AD	Nº de pacientes em AD/Nº total de pessoas adscritas pela ESF/NASF	SIAB*
9. Média de atendimentos em AD por equipe	Processo	Número médio de atendimentos domiciliares realizados	Nº total de atendimentos domiciliares realizados/Nº total de consultas realizadas pela ESF/NASF	SIAB*

*O SIAB está sendo adequado para possibilitar qualificação das informações referentes à AD1.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde (CGSI/DRAC/SAS). *Manual Técnico Operacional do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP versão WEB*. 2011. Disponível em <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/manuais.jsp> em 04/04/2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM N° 2527, 27 de Outubro de 2011 – Redefine a Atenção Domiciliar no Âmbito do SUS.
- CAMARGOS, M. B. ANJOS, Isabel dos. IV Seminário de Extensão Universitária: Formação Acadêmica e Compromisso Social. Belo Horizonte, 2006.
- FELISBERTO, E. Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica: novos horizontes. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife 4 (3): 317-321, jul./set., 2004.
- FRIAS, P. G. FIGUEIRÓ, A. C. NAVARRO, L. M. Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas Instituições *in* Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Organizadores: SAMICO et al. Rio de Janeiro – MedBook, 2010. 196p.
- MASSAD, E. MARIN, H. F. NETO, R. S. A. O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. Colaboradores: LIRA, A. C. O. – São Paulo: H. de F. Marin, 2003.
- ROCHA, M. T. V. S. O gestor municipal de saúde e o programa saúde da família: estudos de casos. Cuiabá, 2003.
- SANTOS, S. B. F. Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Procedimentos prioritários para a Atenção Domiciliar

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS
03.01.05.001-5	ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DOMICILIAR DE PACIENTE, SUBMETIDO À VENTILAÇÃO MECÂNICA NÃO INVASIVA
03.01.05.006-6	INSTALAÇÃO / MANUTENÇÃO DE VENTILAÇÃO DOMICILIAR NÃO INVASIVA
03.01.10.014-4	OXIGENOTERAPIA
03.01.05.004-0	ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA MULTIPROFISSIONAL EM HIV/AIDS (ADTM)
03.01.05.005-8	ASSISTÊNCIA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO
04.01.01.002-3	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
04.01.01.001-5	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
03.05.01.016-6	MANUTENÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTE SUBMETIDO A DPA /DPAC
07.02.10.004-8	CONJ.TROCA P/ DPA (C/ INSTALAÇÃO DOMICILIAR E MANUTENÇÃO DA MÁQUINA CICLADORA)
03.01.10.017-9	SONDAGEM GÁSTRICA
03.09.01.010-1	PASSAGEM DE Sonda NASO ENTERICA (INCLUI MATERIAL)
03.09.01.004-7	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
03.09.01.007-1	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO
03.09.01.006-3	NUTRIÇÃO ENTERAL EM PEDIATRIA
03.01.10.018-7	TERAPIA DE REHIDRATAÇÃO ORAL
03.01.10.004-7	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
03.01.10.005-5	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
03.01.10.007-1	CUIDADOS C/ TRAQUEOSTOMIA
03.03.19.001-9	TRATAMENTO EM REABILITAÇÃO
02.01.02.003-3	COLETA DE MATERIAL PARA EXAME CITOPATOLÓGICO DE COLO UTERINO
02.01.02.004-1	COLETA DE MATERIAL PARA EXAME LABORATORIAL
03.01.08.010-0	ACOMPANHAMENTO NÃO INTENSIVO DE PACIENTE EM SAÚDE MENTAL
03.01.10.006-3	CUIDADOS COM ESTOMAS
03.02.06.001-4	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DOMICILIAR EM PACIENTES COM DISTÚRBIOS NEUROCINÉTICO-FUNCIONAL (S/ COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS)
03.03.06.02-63	TRATAMENTO DE PÉ DIABÉTICO COMPLICADO
03.05.02.001-3	TRATAMENTO DE PIELONEFRITE
03.05.02.005-6	TRATAMENTO DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA
03.08.01.001-9	TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NÃO ESPECIFICADA
03.08.01.004-3	TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS ENVOLVENDO MÚLTIPLAS REGIÕES DO CORPO
03.09.05.001-4	SESSÃO DE ACUPUNTURA APLICAÇÃO DE VENTOSA/MOXA
03.09.05.002-2	SESSÃO DE ACUPUNTURA COM INSERÇÃO DE AGULHAS
03.09.05.003-0	SESSÃO DE ELETROESTIMULAÇÃO
04.01.01.003-1	DRENAGEM DE ABCESSO
03.03.07.003-0	REMOÇÃO MANUAL DE FACALOMA
03.01.10.015-2	RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIAS BÁSICAS (POR PACIENTE)
03.01.10.009-8	ENEMA
04.15.04.003-5	DEBRIDAMENTO DE ÚLCERA/DETECIDOS DESVITALIZADOS
04.15.04.004-3	DEBRIDAMENTO DE ÚLCERA/NECROSE
02.14.01.001-5	GLICEMIA CAPILAR
03.01.10.018-7	TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL
03.01.07.006-7	ATENDIMENTO / ACOMPANHAMENTO EM REABILITAÇÃO NAS MÚLTIPLAS DEFICIÊNCIAS

CÓDIGO	PROCEDIMENTOS
03.02.02.001-2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE PACIENTE COM CUIDADOS PALIATIVOS
03.02.02.002-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE ONCOLÓGICO CLÍNICO
03.02.04.003-0	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE COM TRANSTORNO CLÍNICO CARDIOVASCULAR
03.02.04.002-1	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ TRANSTORNO RESPIRATÓRIO
03.02.05.002-7	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS
03.02.06.002-2	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS (c/ complicações sistêmicas)
03.02.06.001-4	ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTE C/ DISTÚRBIOS NEURO-CINÉTICO-FUNCIONAIS (sem complicações sistêmicas)
03.01.01.015-3	PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA
03.07.01.003-1	RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE ANTERIOR
03.07.01.004-0	RESTAURACAO DE DENTE PERMANENTE POSTERIOR
03.07.02.001-0	ACESSO A POLPA DENTARIA E MEDICACAO (POR DENTE)
03.07.03.001-6	RASPAGEM ALISAMENTO E POLIMENTO SUPRAGENGIVAIS (POR SEXTANTE)
03.07.03.002-4	RASPAGEM ALISAMENTO SUBGENGIVAIS (POR SEXTANTE)
03.07.04.006-2	MANUTENCAO PERIODICA DE PROTESE BUCO-MAXILO-FACIAL
03.07.04.007-0	MOLDAGEM DENTO-GENGIVAL P/ CONSTRUCAO DE PROTESE DENTARIA
04.14.02.017-0	GLOSSORRAFIA
03.01.07.002-4	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO EM COMUNICACAO ALTERNATIVA
03.01.07.007-5	ATENDIMENTO / ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITACAO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR
03.01.07.011-3	TERAPIA FONOAUDIOLOGICA INDIVIDUAL
novo	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO
novo	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO NO DOMICÍLIO
novo	ANTIBIOTICOTERAPIA PARENTERAL
novo	ATENDIMENTO MÉDICO COM FINALIDADE DE ATESTAR ÓBITO
novo	VISITA DOMICILIAR PÓS ÓBITO
novo	ATIVIDADE EDUCATIVA/ORIENTAÇÃO EM GRUPO
novo	VISITA DOMICILIAR COM FINALIDADE DE AVALIAR ADEQUAÇÃO DO DOMICÍLIO
novo	CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR
novo	ASSISTÊNCIA DOMICILIAR POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
novo	TERAPIA DE REIDRATAÇÃO PARENTERAL
novo	ADMINISTRAÇÃO DE IMUNODERIVADOS (ORAL E/OU PARENTERAL)