

Proposta da Coordenação-Geral de Atenção  
Domiciliar (CGAD) para atuação das Secretarias  
Estaduais de Saúde em relação aos Serviços de  
Atenção Domiciliar

---



**Melhor em Casa**  
A SEGURANÇA DO HOSPITAL NO  
CONFORTO DO SEU LAR

BRASÍLIA – DF

2016

**DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES:**

Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência  
SAF Sul, Edifício Premium, Quadra 2,  
Lotes 5/6, Bloco II, 2º Andar  
CEP: 70.070-600 – Brasília/DF  
Tel.: (61) 3315-6173  
Site: [www.saude.gov.br/dahu](http://www.saude.gov.br/dahu)  
E-mail: [dahu@saude.gov.br](mailto:dahu@saude.gov.br)

**COORDENAÇÃO GERAL DE ELABORAÇÃO**

Mariana Borges Dias

**ORGANIZAÇÃO E ELABORAÇÃO**

Débora Spalding Verdi  
Sílvia Reis

**COLABORADORES**

Amanda Magaly Ferreira  
Isabel Emília Prado da Silva  
Maura Pereira Dias  
Távila Aparecida de Assis Guimarães

**REVISÃO**

Maria Inez Pordeus Gadelha

## Sumário

APRESENTAÇÃO .....	4
EIXO 1 – ORIENTAÇÕES PARA A IMPLANTAÇÃO DO MELHOR EM CASA .....	6
1. Roteiro técnico para elaboração do projeto .....	8
2. Fluxo para solicitação da habilitação e início do recebimento dos repasses.....	10
3. Onde obter informações sobre o melhor em casa .....	11
EIXO 2 – ACOMPANHAMENTO, MONITORAMENTO E SUPERVISÃO TÉCNICA.....	13
1. Aspectos a serem abordados .....	14
2. Supervisão técnica.....	18
EIXO 3 – APOIO À QUALIFICAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE .	19

## APRESENTAÇÃO

---

A Atenção Domiciliar (AD) caracteriza-se por ser uma modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), constituída por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e palição, prestadas em domicílio, e que garante a continuidade de cuidados. Visa a proporcionar ao usuário um cuidado contextualizado à sua cultura, rotina e dinâmica familiares, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções. Além disso, a Atenção Domiciliar potencializa uma melhor gestão dos leitos hospitalares e o uso mais adequado dos recursos disponíveis, servindo também como "porta de saída" qualificada para a rede de urgência e emergência, diminuindo a superlotação nesses serviços.

A depender da situação clínica do usuário, diferentes equipes podem realizar o cuidado no domicílio. Em casos mais estáveis e com necessidade de visitas menos frequentes (por exemplo, mensais), a AD pode ser realizada pelas equipes de Atenção Básica/Saúde da Família e em situações mais complexas, que exigem cuidados com maior frequência, pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), as quais compõem o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), ou Programa Melhor em Casa.

No Brasil, tem-se uma crescente e gradual ampliação de cobertura de SAD por meio da adesão dos municípios ao programa Melhor em Casa, especialmente de 2012 a 2014. Atualmente, há mais de 900 equipes que oferecem cobertura a aproximadamente 25% da população brasileira.

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar (CGAD), tem buscado fortalecer e qualificar essas equipes com cursos de educação à distância ofertados pela Universidade do SUS (UnaSUS), seminários e visitas técnicas nos territórios de saúde e publicação de materiais de apoio, entre outras iniciativas. Porém, para além destas ofertas, percebe-se que, onde existe também um acompanhamento

dessas equipes por parte das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), encontra-se uma AD mais fortalecida e com melhor impacto na RAS.

Este documento trata, portanto, de uma oferta para as SES a fim de subsidiar o apoio e o acompanhamento dos municípios no que se refere à AD, e seu conteúdo está desenvolvido em três eixos, a saber: 1) orientações para implantação do Melhor em Casa; 2) acompanhamento, monitoramento e supervisão técnica; e 3) apoio à qualificação do processo de trabalho e educação permanente.

## EIXO 1 – ORIENTAÇÕES PARA A IMPLANTAÇÃO DO MELHOR EM CASA

---

Para pleitear a habilitação do município ou estado ao Melhor em Casa, o primeiro passo é o proponente elaborar um projeto de criação ou ampliação do SAD. Ainda que não esteja formalizada nas normativas do programa a obrigatoriedade do proponente municipal enviar à SES seu projeto de implantação, algumas SES adotaram esta rotina a fim de fazer uma primeira avaliação do projeto e ofertar apoio ao município na sua elaboração. A elaboração do projeto não deve ser mais uma etapa burocrática para a implantação do programa, mas, sim, um momento de reflexão sobre as necessidades do território de saúde e de planejamento para melhor atendê-las.

Nesse sentido, no momento em que existe uma demanda de implantação de um SAD, é importante observar se o proponente atende aos **requisitos mínimos para habilitação**:

- ✓ População municipal igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, com base na população mais recentemente estimada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Essa população mínima pode ser atingida por um município isoladamente ou por meio de agrupamento, no caso daqueles municípios com menos de 20.000 (vinte mil) habitantes. Municípios com proposta de SAD por meio de agrupamento deverão celebrar convênio, definir no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP) ou estabelecer outro formato jurídico interfederativo responsável por registrar as atribuições e responsabilidades entre os municípios. Deverão ainda aprovar tal instrumento na Comissão Intergestores Regional (CIR), quando houver, e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e enviar o instrumento já aprovado ao Ministério da Saúde juntamente com o projeto.
- ✓ Hospital de referência no município ou região a qual integra.
- ✓ Cobertura de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) habilitado e em funcionamento. Em municípios com população igual ou superior a 40.000

(quarenta mil) habitantes será aceito serviço de atendimento móvel de urgência equivalente ao SAMU.

Além disso, é importante que sejam colocadas algumas questões relevantes para reflexão sobre as atribuições do SAD e sua integração com a RAS local:

- ✓ Qual a cobertura de Atenção Básica (AB) no município?
- ✓ As equipes de AB realizam atendimento no domicílio?
- ✓ O município compreende que a implantação de um SAD não deve substituir as ações de atenção domiciliar que já são (ou que devem ser) realizadas no âmbito da AB?
- ✓ Há demanda para SAD neste município? Qual é o cenário epidemiológico que justifica essa solicitação?
  - Existem usuários acamados ou domiciliados no município, independente da faixa etária, que precisariam de um cuidado que vai além daquele já ofertado pela Atenção Básica?
  - Existem usuários em internação hospitalar que poderiam ser desospitalizados se houvesse um SAD para atendê-los em domicílio?
  - Existem usuários em uso de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva?
  - Existem usuários em cuidados paliativos (oncológicos ou não) iniciais e avançados?
- ✓ Há condição de organização local de referências e contra-referências entre o SAD e os demais serviços para garantir atendimento integral ao usuário?
- ✓ Há condição de provimento de profissionais de maneira perene para a(s) equipe(s) do SAD?

Além de verificação de requisitos mínimos, avaliação de necessidade e viabilidade da implantação das equipes de AD no território de saúde, a seguir serão apresentados os itens que devem constar no projeto, conforme a portaria regulamentadora do Programa Melhor em Casa.

## 1. ROTEIRO TÉCNICO PARA ELABORAÇÃO DO PROJETO

A elaboração do projeto para criação ou ampliação do SAD é importante para o planejamento do próprio município no que se refere à implantação das equipes. Conforme a Portaria GM/MS nº 825, de 25 de abril de 2016, o projeto deverá contemplar informações relacionadas aos seguintes itens:

- ✓ Município, Unidade Federativa, população, nome e contatos (telefone e e-mail) do coordenador ou referência técnica da Atenção Domiciliar, proponente (município, estado ou Distrito Federal), número de equipes por tipo, confirmação de SAMU ou serviço equivalente e confirmação de hospital de referência no município ou região;
- ✓ Justificativa para implantação do programa;
- ✓ Objetivos da implantação do programa;
- ✓ Caracterização do município a partir de perfil sócio-demográfico e epidemiológico, relacionando com a necessidade de implantação do programa;
- ✓ Especificação do número de equipes (EMAD e EMAP) previstas;
- ✓ Profissionais que irão compor cada equipe, mencionando as cargas horárias semanais;
- ✓ Descrição da inserção do SAD na RAS, incluindo serviços de referência, de forma a assegurar fluxos para:
  - Admissão, alta e intercorrências com a rede básica, de urgência e hospitalar;
  - Encaminhamentos para especialidades e para métodos complementares de diagnóstico tanto para situações eletivas quanto de urgência;
  - Confirmação e expedição de atestado de óbito domiciliar; e
  - Transporte e remoção do usuário, dentro das especificidades locais, tanto em situações eletivas indicadas pelo SAD, quanto de urgência;
- ✓ Descrição da infraestrutura para o SAD, incluindo-se área física, mobiliário, telefone, equipamentos, veículo(s) para locomoção da(s) EMAD e EMAP;



- ✓ Descrição do funcionamento do SAD, com garantia de cobertura de 12 (doze) horas diárias, inclusive nos finais de semana e feriados;
- ✓ Proposta de Educação Permanente e capacitações para profissionais do SAD e cuidadores, indicando periodicidade e temas; e
- ✓ Descrição de estratégias de monitoramento e avaliação do SAD, tomando como referência os indicadores propostos no Manual de Monitoramento e Avaliação: Programa Melhor em Casa, disponível no sítio do Ministério da Saúde na internet: [www.saude.gov.br/cgad](http://www.saude.gov.br/cgad).

Caso o projeto em questão envolva um agrupamento ou consórcio de municípios, os itens acima citados devem contemplar todos os municípios envolvidos. Além disso, é necessário constar o que segue:

- ✓ Quantitativo e quais são os municípios agrupados;
- ✓ Definição do município sede do agrupamento;
  - Sugere-se que o SAD seja lotado no município com maior capacidade instalada para atenção às urgências e média e alta complexidades;
- ✓ Distância do município sede com relação aos demais municípios; tempo de deslocamento de um para o outro; tempo de deslocamento até o hospital de referência e tipo de acesso (terra, asfalto, fluvial etc.);
  - Esses aspectos são importantes para avaliar se será vantajosa a proposta para todos os municípios envolvidos no agrupamento. Por exemplo, municípios distantes ou com acesso dificultado farão com que a equipe gaste muito tempo em deslocamento e, assim, tenha pouco tempo para os atendimentos, desgastando os profissionais e resultando em pouco impacto na saúde da população.
- ✓ Quantidade de veículos para o SAD;
  - A depender das demandas e distâncias entre os municípios, o trabalho será otimizado se houver mais de um veículo exclusivo para o SAD;
- ✓ Gestão do recurso financeiro e contrapartida municipal;

- O recurso financeiro referente ao SAD será repassado do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde do município sede do agrupamento. É necessário, portanto, discutir com os demais municípios envolvidos como será a gestão desse recurso e qual deverá ser a contrapartida de cada município.
- ✓ Termo de aceite e responsabilidade do diretor do hospital de referência.

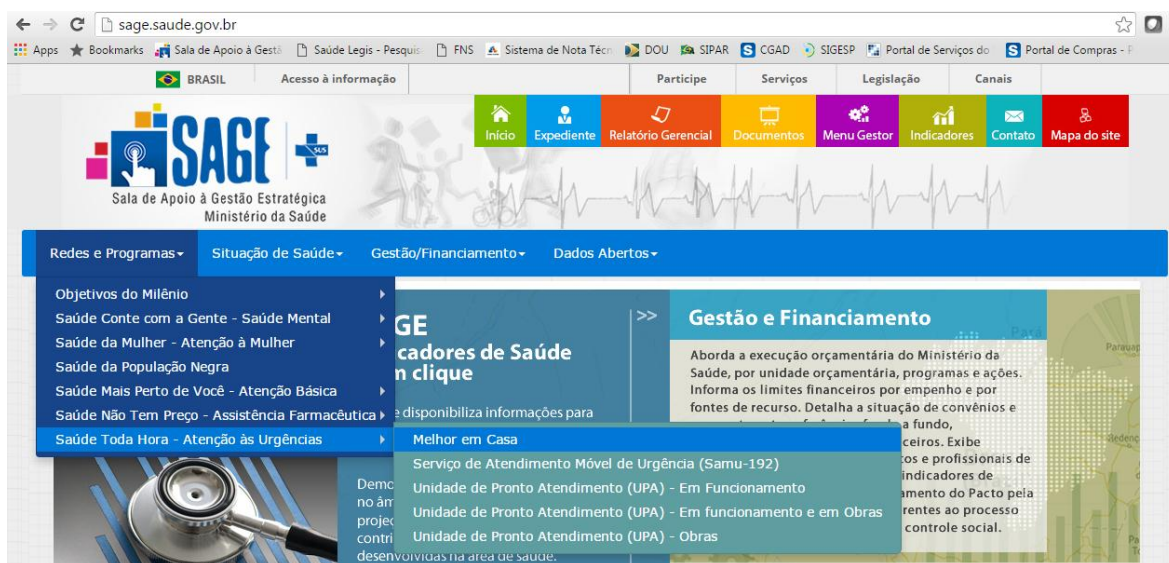
## **2. FLUXO PARA SOLICITAÇÃO DA HABILITAÇÃO E INÍCIO DO RECEBIMENTO DOS REPASSES**

- ✓ O município elabora o projeto conforme o roteiro técnico descrito acima – lembrando que, no caso de agrupamento, o projeto deve conter informações referentes a todos os municípios envolvidos e deve ser submetido ao pleito da CIB. Nesta etapa, é muito importante o apoio da SES para debate e planejamento da implantação do programa.
- ✓ O município acessa o Sistema de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde (SAIPS) disponível no link [www.saude.gov.br/saips](http://www.saude.gov.br/saips) e insere no sistema, por meio da solicitação de habilitação para custeio de EMAD e EMAP, as informações solicitadas acerca do projeto.
- ✓ O Ministério da Saúde analisa a proposta enviada e emite parecer técnico.
- ✓ Após análise técnica e orçamentária, o Ministério da Saúde publica portaria de habilitação, a qual estabelece que o município tem um prazo de até 3 meses para cadastrar as equipes habilitadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e iniciar seu funcionamento.
- ✓ O município cadastra as equipes no SCNES dentro do prazo previsto na habilitação.
- ✓ O Ministério da Saúde inicia o repasse dos recursos referentes ao quantitativo de equipes implantadas, considerando as habilitações publicadas e a proporção entre EMAD e EMAP, conforme previsto na Portaria GM/MS 825, de 25 de abril de 2016.

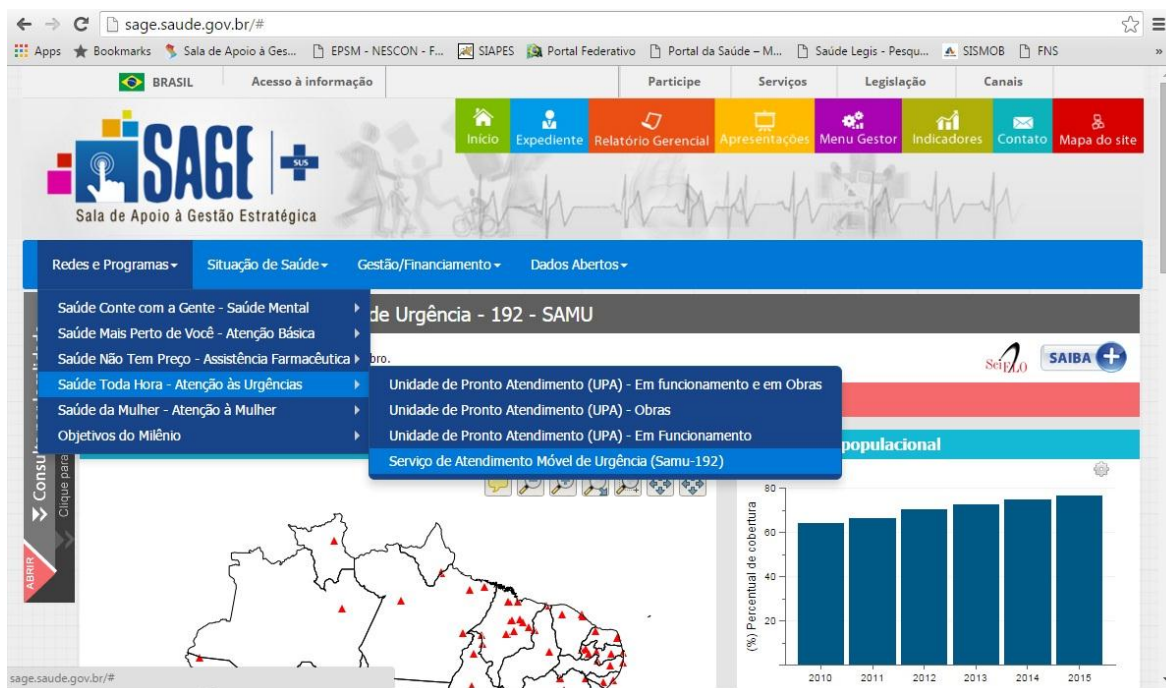
### 3. ONDE OBTER INFORMAÇÕES SOBRE O MELHOR EM CASA

#### Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE)

A Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) é o principal portal de informações de diversos programas do Ministério da Saúde, inclusive da Atenção Domiciliar. O acesso é feito a partir do link [sage.saude.gov.br](http://sage.saude.gov.br), e o caminho para acessar as informações dos SAD é o seguinte:



Conforme dito anteriormente, a cobertura do SAMU é um requisito mínimo para a habilitação (considerando que, em municípios com população igual ou superior a 40.000 habitantes, também será aceito serviço de atendimento móvel de urgência equivalente). Na SAGE também podem ser obtidas informações referentes ao SAMU. Abaixo, destaca-se o caminho a percorrer:



Na SAGE, no canto esquerdo, consta o menu no qual pode-se selecionar o estado e o município sobre os quais se deseja obter informações. Caso não seja selecionado, serão exibidas informações de caráter nacional.

#### Portarias vigentes relativas ao SAD

Nº Portaria	Descrição	Link para acesso
<b>Portaria GM/MS nº 825, de 25 de abril de 2016.</b>	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.	<a href="http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html">http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html</a>
<b>Portaria SAS/MS nº 761, de 8 de julho de 2013.</b>	Estabelece normas para o cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).	<a href="http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0761_08_07_2013.html">http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0761_08_07_2013.html</a>
<b>Portaria GM/MS nº 1.653, de 2 de outubro de 2015.</b>	Acrescenta o art. 2º-A à Portaria nº 1.412/GM/MS, de 10 de julho de 2013, que Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), com o objetivo de garantir a transição entre o Sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) e o SISAB.	<a href="http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1653_02_10_2015.html">http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1653_02_10_2015.html</a>

**Outros materiais de apoio e links relacionados:**

<b>Nome da publicação</b>	<b>Link para acesso</b>
Manual de Monitoramento e Avaliação: Programa Melhor em Casa	<a href="http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/03/Manual-Monitoramento-e-Avalicao-Melhor-em-Casa-Edi----o-Revisada2016.pdf">http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/03/Manual-Monitoramento-e-Avalicao-Melhor-em-Casa-Edi----o-Revisada2016.pdf</a>
Caderno de Atenção Domiciliar 1 (CAD1)	<a href="http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/18/Caderno-Programa-Melhor-em-Casa---volume-1.pdf">http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/18/Caderno-Programa-Melhor-em-Casa---volume-1.pdf</a>
Caderno de Atenção Domiciliar2 (CAD 2)	<a href="http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/18/Caderno-Programa-Melhor-em-Casa---volume-2.pdf">http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/18/Caderno-Programa-Melhor-em-Casa---volume-2.pdf</a>
Caderno de Atenção Domiciliar3 (CAD 3)	<a href="http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/18/Caderno-Programa-Melhor-em-Casa---volume-3.pdf">http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/18/Caderno-Programa-Melhor-em-Casa---volume-3.pdf</a>
Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar à Distância	<a href="http://www.unasus.gov.br/cursoAD">http://www.unasus.gov.br/cursoAD</a>
Portal da Atenção Domiciliar – Ministério da Saúde	<a href="http://www.saude.gov.br/cgad">http://www.saude.gov.br/cgad</a>

## **EIXO 2 – ACOMPANHAMENTO, MONITORAMENTO E SUPERVISÃO TÉCNICA.**

---

O acompanhamento e monitoramento das equipes de Atenção Domiciliar pode se dar de diversas formas, tais como: acompanhamento por meio dos sistemas de informação vigentes, contato telefônico para diálogo com Secretários Municipais de Saúde ou Coordenadores de Atenção Domiciliar e a realização, de maneira sistematizada, de visitas técnicas aos municípios. Ainda, em situações de detecção de irregularidades ou denúncias em relação a algum serviço, o Ministério da Saúde poderá solicitar também uma visita de supervisão técnica para apuração do fato.

## 1. Aspectos a serem abordados

Destaca-se a seguir o que se considera importante verificar e abordar junto ao município, no intuito de apoio à qualificação da atuação das equipes:

### **Quanto à conformação da equipe e seu registro no SCNES:**

- ✓ As equipes cadastradas no SCNES são compatíveis com as existentes?<sup>1</sup>
- ✓ Todos os profissionais estão com dados atualizados e a equipe está completa?<sup>2</sup>

### **Quanto aos recursos financeiros:**

- ✓ O município está recebendo os recursos de custeio mensais? Se não, por qual motivo?
- ✓ O município garante que o recurso recebido está sendo empregado no SAD?<sup>3</sup> Este recurso está sendo utilizado em quê?
- ✓ O coordenador do SAD participa ou conhece as definições feitas pela SMS ou SES sobre o uso do recurso repassado para custeio das equipes?

### **Quanto à estrutura física:**

- ✓ Existem veículos suficientes e telefone (preferencialmente celular) disponível para as equipes?<sup>4</sup>
- ✓ Estão disponíveis os insumos e equipamentos necessários? Como se dá o processo de aquisição e disponibilização para as equipes?
- ✓ Como se dá o acesso aos insumos e equipamentos por parte dos usuários?  
É importante que o município preveja e defina o acesso aos insumos e equipamentos, contemplando os usuários de maneira geral, não apenas os do

---

<sup>1</sup> Definição prevista em normativa.

<sup>2</sup> Idem.

<sup>3</sup> Idem.

<sup>4</sup> Idem.

SAD, para evitar que pessoas sejam mantidas em acompanhamento ou admitidas em AD apenas em função de fornecimento de materiais.

**Quanto ao processo de trabalho:**

- ✓ O SAD tem conseguido atuar conforme suas atribuições, ou seja, atender majoritariamente usuários com demandas intensivas de cuidado (AD2 e AD3)?<sup>5</sup>
  - Qual o quantitativo total e percentual e os motivos de ter usuários AD1, AD2 e AD3? Entende-se que o SAD que atende um maior número de usuários em AD2 e AD3 está atuando no sentido de desospitalizar usuários e de evitar hospitalizações desnecessárias. Quando existem muitos usuários AD1 acompanhados pelo SAD, é necessário analisar o motivo: a cobertura de atenção básica é insuficiente? A atenção básica está com dificuldade de atender estes casos? Não está claro para o SAD qual é sua função? Os serviços ou equipes que encaminham desconhecem a função do SAD ou têm dificuldade em fazer uma avaliação de quais casos devem ser encaminhados?
  
- ✓ O SAD realiza avaliação de elegibilidade que aborde aspectos clínicos, psicossociais e de condições da Rede de Atenção à Saúde, possibilitando uma admissão condizente com o que está previsto para sua atuação? Qual o perfil prevalente dos usuários desse SAD?
  - Uma avaliação de elegibilidade qualificada, abordando as condições do usuário integralmente propicia um melhor funcionamento do SAD, visto que evitará a admissão de usuários que ainda não estão aptos a serem cuidados no domicílio, bem como dará subsídios para elaboração do Plano Terapêutico Singular.

---

<sup>5</sup> Os critérios de elegibilidade dos usuários para cada uma das modalidades de atenção domiciliar (AD1, AD2 e AD3) estão definidos na Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, capítulo II, seção I.

- ✓ Qual a rotatividade do SAD? Quais as principais procedências (origens) e desfechos dos usuários (alta, óbito, encaminhamento para outro serviço etc)?
  - A análise do tempo de permanência dos usuários do SAD associada ao seu perfil e necessidades clínicas é importante para avaliar a abrangência e a resolubilidade do SAD. Ainda que integrantes da rede de cuidados e com grande proximidade das equipes de Atenção Básica, é desejável que as equipes de AD tenham significativa rotatividade nos usuários acompanhados, bem como que consigam captar novos usuários de diferentes serviços, especialmente, hospitais, serviços de urgência e atenção básica. Considerando que parte da demanda será de usuários AD3, com tendência a maiores períodos de permanência, é provável que a rotatividade não esteja próxima de 100%. Entretanto, se for muito baixa pode indicar que o SAD esteja funcionando como referência para o cuidado de AD1, substituindo, assim, o papel que deveria ser da AB.
  
- ✓ Como está funcionando o fluxo de referência e contra-referência entre o SAD e os demais serviços da rede? A rede está atuando de forma integrada?
  - A possibilidade de acionar intra e intersetorialmente outros serviços da rede de saúde, quando necessário (apoio diagnóstico, serviços de reabilitação, internação hospitalar, Centro de Referência em Assistência Social etc.), e a existência de espaços de discussão, matriciamento e articulação de rede propiciam encaminhamentos mais adequados e maior resolubilidade do SAD.
  
- ✓ Como é o processo de trabalho, de forma geral? Quais as principais potencialidades e dificuldades? O serviço funciona efetivamente durante as 12h diárias preconizadas, inclusive aos finais de semana com referência (que pode ser da EMAD ou da rede hospitalar e de urgência locais) em regime de plantão para intercorrências se necessário?

Importante questionar sobre as dificuldades de forma geral para identificar demandas variadas e, assim, poder estruturar a oferta de apoio.



- ✓ Existe alguma aproximação do SAD com o controle social (conselhos locais ou municipais de saúde, ou ainda outros com temáticas pertinentes)?
- ✓ Existe alguma forma de educação permanente das equipes e para os cuidadores? Com qual periodicidade? Esta é feita em momentos compartilhados com a Atenção Básica? Isto seria desejável, como maneira de alinhamento de conceitos, fluxos e procedimentos, além de permitir aproximação das equipes em torno de seus casos em comum.

#### **Quanto ao monitoramento e avaliação do SAD:**

- ✓ Existem formas de o município avaliar a satisfação do usuário e familiares com o SAD?
- ✓ São utilizados indicadores para monitoramento e avaliação do SAD?
- ✓ O município possui alguma sistemática para avaliar a satisfação do usuário e familiares ou cuidadores com o SAD?

#### **Indicadores:**

Além dos itens acima, a CGAD/DAHU/SAS/MS propôs, junto aos gestores e equipes de SAD, alguns indicadores que são capazes de caracterizar o Programa Melhor em Casa e, por isso, tornam-se ferramentas a serem usadas para análise, planejamento e qualificação da Atenção Domiciliar nos diferentes níveis de gestão.

Esses indicadores foram apresentados no Manual de Monitoramento e Avaliação e, aqui, apenas destacam-se os principais que podem fornecer elementos para o apoio da SES ao município:

- ✓ Média de Permanência dos usuários no SAD;
- ✓ Percentual dos usuários classificados como AD1, AD2 e AD3 na admissão;
- ✓ Percentual de usuários por serviço de origem; e
- ✓ Capacidade total de usuários acompanhados/mês no SAD.

## 2. Supervisão técnica

A supervisão técnica se refere ao momento presencial da Secretaria Estadual de Saúde junto ao município, a fim de verificar a adequação dos serviços ao que está previsto nas normativas, especialmente em situações de denúncias de irregularidades. Caso essa denúncia seja dirigida ao Ministério da Saúde, este enviará ofício direcionado ao município solicitando que o mesmo se pronuncie com relação à denúncia dentro de um período de 30 dias e, ao mesmo tempo, enviará ofício à Secretaria de Estado solicitando a supervisão técnica, a qual deve ser registrada por meio de um relatório a ser enviado ao Ministério da Saúde em um período de 60 dias. Essa visita deve ser feita sempre com algum representante da Secretaria Municipal de Saúde do município em questão, bem como de apoiadores ou referências técnicas do Ministério da Saúde, se disponíveis no estado.

É importante que durante a supervisão a SES aborde os mesmos aspectos sugeridos acima, mas com enfoque maior no que for objeto da denúncia e nos aspectos que motivaram a supervisão.

Em linhas gerais, um relatório de supervisão técnica precisa conter:

- ✓ Identificação dos profissionais da SES e, se for o caso, do Ministério da Saúde que realizaram a supervisão e demais participantes;
- ✓ Dados de identificação do município: UF, município, responsáveis legais (prefeito, secretário de saúde e coordenador/referência técnica para a AD);
- ✓ Motivos da realização de supervisão técnica: rotina, denúncia de irregularidade, outros. Em caso de denúncia ou outros motivos, descrever quais;
- ✓ Breve relato sobre como transcorreu a supervisão: gestores e profissionais contatados ou entrevistados, locais visitados, principais aspectos observados;
- ✓ Verificação da conformidade da equipe existente com o cadastro no SCNES;
- ✓ Análise da utilização dos recursos repassados;
- ✓ Estrutura física disponível para o SAD;

- ✓ Processo de trabalho geral, incluindo relação com a rede de apoio hospitalar, de diagnóstico, de reabilitação e de assistência social e retaguarda para urgências; e
- ✓ Conclusão da supervisão, indicando se há irregularidade ou não.

### **EIXO 3 – APOIO À QUALIFICAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E EDUCAÇÃO PERMANENTE**

---

Uma vez conhecido o grau de implementação da atenção domiciliar no município, suas características, dificuldades e potencialidades, será possível planejar a melhor maneira de apoiar para o seu aprimoramento. Oficinas locais ou regionais periódicas para troca de experiências exitosas na gestão dos serviços ou seminários regulares, contemplando as atualizações clínicas nas temáticas prevalentes, são maneiras de se realizar a formação e qualificação das equipes. É importante que essas ações contemplem demandas recorrentes, em especial de situações mais complexas, propiciando maior segurança e resolubilidade da equipe com esse tipo de situação. É sabido que a segurança dos profissionais e o reconhecimento do investimento da gestão em sua qualificação são de grande significado para eles, que se tornam mais envolvidos e comprometidos com o trabalho, reduzindo a rotatividade da equipe e melhorando seus resultados.

Também são de grande relevância a realização de simpósios estaduais, semestrais ou anuais, para o encontro de todos os SADs e encaminhamento das principais questões relativas à atenção domiciliar, especialmente aquelas que extrapolam o âmbito do município. O Ministério da Saúde, por meio da CGAD/DAHU/SAS, coloca-se à disposição para ofertar apoio técnico para planejamento e elaboração dessas ações. Sugere-se também a utilização dos materiais disponibilizados, como a publicação Segurança do Paciente no Domicílio, os Cadernos de Atenção Domiciliar e cursos à distância da Unasus.

Por fim, é muito importante a criação ou fortalecimento de espaços de capacitação e cuidado para os cuidadores. A existência de cuidadores é condição imprescindível para efetivação da Atenção Domiciliar como modalidade substitutiva ao cuidado hospitalar de pessoas com condições crônicas complexas e dependentes. Entretanto, a tarefa de cuidar é complexa e, por isso, o cuidador deve ter o suporte das equipes de saúde, que devem estar atentas para as dificuldades e ouvir suas queixas e rever o processo de cuidado conforme a condição do usuário. Portanto, a SES poderá fomentar a efetivação desses espaços, inclusive em parceria com outras áreas, propiciando espaços não somente para cuidadores de pessoas sob acompanhamento do SAD, mas para os demais da Atenção Básica e de instituições de longa permanência.