

MINISTÉRIO DA SAÚDE

# ATENÇÃO DOMICILIAR NA Atenção Primária à Saúde

DISTRIBUIÇÃO  
VENDA PROIBIDA  
GRATUITA

Brasília – DF  
2020



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde  
Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência

# ATENÇÃO DOMICILIAR NA Atenção Primária à Saúde



Brasília – DF  
2020

2020 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: [www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs). O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://editora.saude.gov.br>.

Tiragem: 1ª edição – 2020 – versão eletrônica

*Elaboração, distribuição e informações*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde  
Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência  
Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar  
SRTVN, Quadra 701, lote D, Asa Norte  
CEP: 70719-040 – Brasília/DF  
Tel.: (61) 3315-6153  
Site: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)  
E-mail: [cgahd@saude.gov.br](mailto:cgahd@saude.gov.br)

Secretaria de Atenção Primária à Saúde  
Departamento de Saúde da Família  
Coordenação-Geral de Garantia de Atributos da Atenção Primária à Saúde  
Esplanada dos Ministérios, bloco G  
CEP: 70058-900 – Brasília/DF  
Tel.: (61) 3315-9090  
Site: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

*Coordenação-Geral:*  
Adriana Melo Teixeira  
Rafael Leandro de Mendonça

*Organização:*  
Débora Spalding Verdi  
Leonardo Cançado Monteiro Savassi

*Elaboração:*  
Amanda Rafaela Silveira Goshima Kronka  
Cibelle Gomes Lima Melo  
Débora Spalding Verdi  
Diani de Oliveira Machado  
Dijon Hosana Souza Silva  
Eliana Aparecida Santos Silva  
Igor de Oliveira Claber Siqueira  
Juliana Oliveira Soares  
Laryssa Denyse de Campos  
Leonardo Cançado Monteiro Savassi  
Lucas Wollmann  
Luiza Polliana Godoy Paiva Gouveia

Mara Lucia Renostro Zachi  
Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro  
Maria de Fátima Maciel Nepomuceno  
Mariana Borges Dias  
Miguel Arcangelo Serpa  
Mônica Correia Lima  
Nilson Massakazu Ando  
Ruth Borges Dias  
Sati Jaber Mahmud  
Sílvia Reis  
Verlaine Balzan Lagni

*Colaboração:*  
Débora Benchimol Ferreira  
Izabella Barbosa de Brito  
Letícia Alves da Silva  
Nicole Aimée Rodrigues José  
Olivia Albuquerque Ugarte  
Távila Aparecida de Assis Guimarães

*Fotografia:*  
Ana Paula Freitas Mendes  
Igor de Oliveira Claber Siqueira

*Editora responsável:*  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria-Executiva  
Subsecretaria de Assuntos Administrativos  
Coordenação-Geral de Documentação e Informação  
Coordenação de Gestão Editorial  
SIA, Trecho 4, lotes 540/610  
CEP: 71200-040 – Brasília/DF  
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794  
Site: <http://editora.saude.gov.br>  
E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

*Equipe editorial:*  
Normalização: Luciana Cerqueira Brito  
Revisão: Khamila Silva e Tatiane Souza  
Projeto gráfico e diagramação: Renato Carvalho

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência.

Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. 98 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_domiciliar\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf)  
ISBN 978-85-334-2776-1

1. Atenção Domiciliar. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. I. Título.

CDU 616-08

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2020/0116

*Título para indexação:*  
Home health care in primary care



# SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO, DIAGNÓSTICO LOCAL DA POPULAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DA DEMANDA DE ACAMADOS/DOMICILIADOS .....</b>	<b>8</b>
2.1	Determinantes Sociais da Saúde .....	9
2.2	Levantamento do Perfil Demográfico e Epidemiológico da Demanda de AD .....	10
2.3	Avaliação das Necessidades de Atendimento Domiciliar .....	13
2.4	CrITÉrios de Elegibilidade para Atenção Domiciliar .....	15
2.5	Perfil de Elegibilidade de Atenção Domiciliar .....	21
2.6	Estratificação de Vulnerabilidade e Priorização – Aspectos Biológicos e Psicossociais.....	23
2.7	Estabelecimentos Especiais de Moradia – Instituições de Longa Permanência para Idosos entre outros.....	27
2.8	Populações Específicas .....	28
2.8.1	População em situação de rua .....	28
2.8.2	População em área rural .....	28
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>33</b>
<b>3</b>	<b>INCLUIR A AD NO PROCESSO DE TRABALHO .....</b>	<b>37</b>
3.1	Planejamento e Organização da Equipe para Realizar AD .....	37
3.2	Gerenciamento de Agenda .....	40
3.3	Organização de Materiais de Apoio – Insumos, Veículo etc.....	41
3.4	Ferramentas de Avaliação Clínica e Protocolos Assistenciais .....	43
3.5	Avaliação e Adaptação da Residência .....	47
3.6	Projeto Terapêutico Singular – PTS .....	48
3.7	Cuidado Compartilhado e Equipamentos da Rede de Atenção à Saúde e Intersetoriais.....	50
3.8	Transição do Cuidado .....	51
3.8.1	Transição do cuidado entre hospital e a equipe da APS.....	55
3.8.2	Transição do cuidado entre equipe da APS e hospital .....	56
3.8.3	Transição do cuidado entre Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e APS .....	57
3.9	Situações de Urgência e/ou Imprevistas .....	57
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>63</b>

<b>4</b>	<b>SITUAÇÕES FREQUENTES NA ATENÇÃO DOMICILIAR.....</b>	<b>67</b>
4.1	<b>Cuidados Paliativos.....</b>	<b>67</b>
4.1.1	Noções sobre cuidados paliativos e abordagem de pacientes em fim de vida .....	67
4.1.2	Como avaliar um paciente em cuidados paliativos? .....	68
4.2	<b>Comunicação em Cuidados Paliativos.....</b>	<b>70</b>
4.3	<b>Óbito Domiciliar .....</b>	<b>73</b>
4.3.1	Luto .....	75
4.4	<b>Atestados e Relatórios .....</b>	<b>75</b>
4.4.1	Declaração de óbito .....	76
4.5	<b>Riscos Inerentes à Assistência Domiciliar .....</b>	<b>78</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>83</b>
<b>5</b>	<b>CUIDADO AO CUIDADOR.....</b>	<b>86</b>
5.1	<b>Função do Cuidador e Definição de Responsáveis .....</b>	<b>86</b>
5.2	<b>Condições do(a) Cuidador(a) .....</b>	<b>87</b>
5.2.1	Suporte ao cuidador: capacitação para cuidado do usuário e autocuidado do cuidador .....	88
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>90</b>
<b>6</b>	<b>MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA AD .....</b>	<b>92</b>
6.1	<b>Avaliação Clínica e Gerencial .....</b>	<b>92</b>
6.2	<b>Sistemas de Informação.....</b>	<b>95</b>
6.3	<b>Uso da Avaliação para Tomada de Decisão .....</b>	<b>97</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>98</b>

# 1

## INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, observam-se mudanças nas necessidades de saúde dos diversos grupos etários e população brasileira. Essas mudanças, por sua vez, convocam os sistemas de saúde a buscarem respostas cada vez mais adequadas a estas diferentes necessidades. Frente ao crescente aumento dos atendimentos à população idosa, às pessoas com doenças crônicas degenerativas ou com sequelas provenientes de doenças ou acidentes, além da dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a Atenção Domiciliar (AD) destaca-se como importante possibilidade de resposta do Sistema Único de Saúde (SUS).

A AD tem se expandido progressivamente no mundo e no Brasil por apresentar características que possibilitam a articulação de vários pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a otimização do uso de leitos e recursos hospitalares, a ampliação do acesso aos serviços por usuários acamados ou domiciliados, além de representar uma solução importante para a sobrecarga das portas de urgência. Desde a perspectiva do usuário, busca a humanização do cuidado e a ampliação da autonomia, promovendo maior qualidade e resolutividade do cuidado.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), define-se Atenção Domiciliar (AD) como modalidade de atenção à saúde, integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), prestada em domicílio e caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, garantindo continuidade de cuidados. É uma atividade que se constrói fora do espaço hospitalar e dos ambulatórios de especialidades, promovendo

atendimento mais humanizado e personalizado, possibilitando maior rapidez na recuperação dos pacientes, maior autonomia e otimização dos leitos hospitalares.

Ainda que esteja no escopo de outros serviços, a maior parte da AD no Sistema Único de Saúde é realizada na Atenção Primária à Saúde (APS). A APS apresenta-se como estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, sendo essencial para a garantia de assistência longitudinal e integral aos pacientes crônicos do seu território de abrangência quando a AD for a forma de cuidado mais oportuna. Assim, seu caráter de resolutividade deve orientar-se por eixos estruturantes, que recebem o nome de atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002; BRASIL; GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2003; SAVASSI, 2016).

Apesar de estar descrita em dispositivos legais desde a Lei n.º 10.424, de 15 de abril de 2002, e constar como atribuição das equipes de APS (BRASIL, 2011), a AD ainda apresenta uma série de entraves à sua operacionalização. Ainda há, portanto, grande potencial de expansão, neste âmbito, pela sua possibilidade de ser mediadora entre os vários pontos que compõem a RAS e por ser o local de atenção com a maior capacidade de prover a continuidade do cuidado. Isso inclui reconhecer os diferentes pontos de atenção – leitos hospitalares, ambulatorios de especialidades, Serviços de Atenção Domiciliar, por exemplo, e realizar encaminhamentos, quando necessário. Portanto, a AD realizada pela APS tem contribuído para gerar assistência mais humanizada e resolutiva, além de a diminuição dos custos hospitalares e das internações desnecessárias.

A AD realizada no âmbito da Atenção Primária também envolve o reconhecimento do cuidador não só como peça angular do cuidado a quem necessita dela, mas também como sujeito que demanda atenção e cuidado da equipe, uma vez que ele deve cuidar de famílias e não apenas de indivíduos. Figura que muitas vezes passa despercebida, o cuidador deve ser alvo de atenção a cada visita, a fim de que sejam identificados precocemente sinais de esgotamento, além de orientados cuidados com a própria saúde, como repouso adequado e revezamentos (respiros).

Destaca-se que a modalidade de AD não é a única atribuição das equipes de APS, além de ainda estar pouco presente na formação profissional. Dessa forma, é importante estar atento às necessidades de educação permanente, oficinas específicas, desenvolvimento de competências e habilidades novas no processo de trabalho das equipes. O que muitas vezes poderia ser visto como um trabalho a mais, pode ser transformado em satisfação de ter sob seus cuidados pessoas de quem teriam que se desvincular nos períodos longos de internação e poder observar a melhora cotidiana, ampliando a visão do cuidado na Atenção Primária.

Com o objetivo de fornecer subsídios que possam instrumentalizar as equipes de APS, oferta-se este material, construído a muitas mãos, em uma parceria entre o Ministério da Saúde e os diversos profissionais inseridos no cotidiano de equipes de Atenção Primária e de Serviços de Atenção Domiciliar. Busca apresentar e discutir questões relacionadas aos cuidados domiciliares, agregar conhecimento aos profissionais que investem na atenção domiciliar como prática essencial para uma APS resolutiva e de qualidade.



## 2

# ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO, DIAGNÓSTICO LOCAL DA POPULAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DA DEMANDA DE ACAMADOS/DOMICILIADOS

O acesso de primeiro contato diz respeito à porta de entrada dos serviços de saúde, devendo ser eleito pelos usuários e pelas equipes de saúde como primeiro recurso, para obtenção de suas necessidades. Assim, para que a população possa acessar a APS de forma adequada, é necessária a definição de estratégias específicas, que podem incluir: acolhimento, abordagem multidisciplinar, planejamento das ações, organização do processo de trabalho, entre outros (STARFIELD, 2002).

A AD contribui e apresenta-se como ferramenta essencial para o cumprimento de princípios como a ampliação do acesso, o acolhimento, a equidade, a humanização e a integralidade do cuidado (DIAS *et al.*, 2015), assim como no alcance de atributos essenciais da APS, como a longitudinalidade e a continuidade do cuidado. Dessa maneira, potencialmente minimiza a fragmentação do cuidado, quando é inserida nas linhas de cuidado, fundamentadas nas necessidades da pessoa e das famílias. Ou seja, na AD devem-se captar as demandas, a partir de escuta qualificada e do acolhimento, disponibilizando a melhor resposta possível para cada caso que se apresente à APS (GALLASSI *et al.*, 2014).

Para que a equipe de Saúde possa planejar e organizar a AD no contexto da APS, é necessário realizar o diagnóstico local de sua população e conhecer os pontos de tensionamento e de convivência, e, de forma especial, as pessoas que vivem neste “território vivo” (SANTOS, 2003). Nesse sentido, partindo-se das premissas da APS, de que é essencial o desenvolvimento de vínculos e a responsabilização entre equipe e população assistida, uma ferramenta

importante para o conhecimento mais aprofundado da população e de suas necessidades é o cadastramento (individual e simplificado). É a partir dele que se define a população vinculada a cada equipe e as peculiaridades de cada organização familiar, sendo possível identificar aqueles cidadãos ou famílias que necessitem de acompanhamento por meio da AD.

Outro elemento nesse processo é o mapeamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), ou seja, dos “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). É fundamental, para um cuidado integral e resolutivo, o conhecimento dos serviços de saúde existentes, seus objetivos e fluxos.

Para além da rede da saúde, o diagnóstico da rede intersetorial é imprescindível, dado que as condições de saúde, especialmente as situações mais complexas, geralmente envolvem outras demandas que não apenas assistência à saúde (BRASIL, 2018). Dessa forma, conhecer os fluxos de encaminhamento ou acesso a serviços de referência da saúde e para além do setor Saúde são iniciativas importantes para maior efetividade no cuidado aos usuários, especialmente os com maior vulnerabilidade. São exemplos dessa rede um Centro de Atenção Psicossocial (Caps) ou da assistência social, como o Centro de Referência em Assistência Social (Cras), ou ainda a equipe pedagógica de escola do bairro.

## 2.1 Determinantes Sociais da Saúde

Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são os mecanismos por meio dos quais as condições sociais afetam a saúde e que são potencialmente modificáveis por ações baseadas em conhecimento, segundo Nancy Krieger (2001). A Organização Mundial da Saúde (OMS) adota definição resumida na qual DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Whitehead (2000) propõe modelo que possa identificar pontos sensíveis à intervenção de políticas, que tenham como objetivo minimizar o impacto dos DSS originados pela posição social dos indivíduos e grupos (BRASIL; COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

De acordo com esse modelo, o enfrentamento das causas determinantes no processo saúde-adoecimento envolve atuações não somente nos programas de atenção à saúde, mas demanda intervenções nas condições socioeconômicas, ambientais e culturais por meio de políticas públicas que envolvam mudança nas condições de vida e trabalho, principalmente aquelas voltadas à diminuição das iniquidades sociais.

É no cuidado domiciliar, na ida ao domicílio, percorrendo o trajeto de vida dessas pessoas que essas situações se descortinam. Quem faz a visita domiciliar tem a oportunidade de entender o verdadeiro contexto de vida das pessoas, ao vivenciar todos esses determinantes presencialmente, o que coloca o profissional que faz AD em uma posição privilegiada para adequar e coordenar os cuidados de acordo com as possibilidades reais das pessoas e seus cuidadores e familiares.

## **2.2 Levantamento do Perfil Demográfico e Epidemiológico da Demanda de AD**

Como parte do processo do diagnóstico populacional, deverá ser realizada a identificação das pessoas neste território e de suas necessidades. Para isso, é necessário obter preliminarmente dados como, por exemplo, quantas pessoas estão acamadas, restritas ao domicílio, com situações específicas que impedem/dificultam seu atendimento na unidade de saúde ou, ainda, aquelas para as quais o atendimento domiciliar seja a abordagem mais oportuna. Como o território é vivo e dinâmico, sugere-se que essas necessidades sejam atualizadas regularmente em reunião de equipe para avaliação e planejamento.

Para a identificação de usuários com esse perfil e organização do processo de trabalho da equipe para ofertar o cuidado adequado, sugere-se que a equipe se organize em torno de dois momentos: 1) levantamento de dados e 2) oficina de planejamento em equipe.

---

## Levantamento de dados

**Quem participa:** membros das equipes que atuam na APS.

**O que fazer:** mapeamento de pessoas com necessidades de AD, considerando os critérios definidos na equipe (cadastros simplificados, cadastros individuais, relatos trazidos por familiares ou outras pessoas a alguém da equipe que apontem a necessidade de Atenção Domiciliar). Entre elas certamente se incluirão idosos frágeis, pessoas com incapacidade funcional provisória ou permanente, pessoas em cuidados paliativos, egressos de internações hospitalares, pacientes recorrentes às portas de urgência, puérperas, crianças com crises recorrentes de asma, pessoas com transtornos psíquicos graves. Espera-se que as patologias mais prevalentes entre essas pessoas sejam: hipertensão arterial sistêmica, sequelas de acidente vascular cerebral (AVC), diabetes, demências, neoplasias, doença pulmonar obstrutiva crônica (Dpoc) e outras doenças restritivas respiratórias, sequelas de traumas, feridas/lesões de diversas etiologias, insuficiência cardíaca, coronária e renal, transtornos mentais e déficits sensoriais. Devem ser considerados e sistematizados, também, aspectos relacionados aos determinantes sociais, tais como condição do domicílio, acesso à água tratada, hábitos de higiene, saneamento básico, hábitos alimentares, entre outros, pois são relevantes na definição da vulnerabilidade e na avaliação da necessidade de AD.

**Como fazer:** cada ACS buscará, em sua microárea de atuação, informações sobre usuários que possivelmente se beneficiariam da AD, considerando os critérios definidos em equipe. Complementarmente, podem ser obtidas informações a partir dos cadastros e de outros registros realizados pela equipe, como caderno de solicitações de visitas. O levantamento deve ser registrado no formato que for definido na equipe (por exemplo, marcação em mapas ou listas de usuários elegíveis), para subsidiar a posterior organização com os demais membros da equipe.

As informações coletadas podem ser sistematizadas pelo enfermeiro de referência da equipe, já com alguma sinalização de usuários com indicação de AD por microárea de abrangência.

## Oficina de planejamento em equipe

Toda a equipe deverá ser reunida para apresentação dos dados e do mapeamento, visando ao reconhecimento de sua população a ser visitada e à priorização por grau de dependência, necessidade e vulnerabilidade.

Para os casos já conhecidos ou visitados pela equipe, em especial aqueles com maior complexidade, pode-se iniciar a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), estabelecendo objetivos de cuidado e organizando um cronograma de visitas e atendimentos domiciliares. Para isso, é importante que, para cada caso, seja observada toda a sua complexidade (não apenas clínica, mas considerando-se o contexto do sujeito e da família como um todo). Quanto maior a complexidade, maior deverá ser a frequência de visitas e mais profissionais deverão estar envolvidos. É importante também eleger um profissional de referência, especialmente para os casos mais complexos, que deve levar em conta tanto aspectos clínicos, que demandem mais, quanto o próprio histórico de vínculo do paciente com os profissionais da equipe.

---

Para esse mapeamento, é importante utilizar, ainda, as informações disponíveis no Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (Sisab). Nele há informações acerca das condições dos domicílios, além de condições de saúde autodeclaradas, inclusive sobre estar acamado ou domiciliado e, entre os atendimentos realizados, incluem-se os do domicílio e quais as modalidades de AD.

As ferramentas de análise de necessidade de cuidados individuais, bem como de vulnerabilidade familiar, serão discutidas a seguir. Escalas que trabalham com periodicidade de cuidados podem ser úteis no sentido de programar os contatos domiciliares, todavia, é importante entender que nenhuma escala ou ferramenta substituirá a avaliação completa e a elaboração de projetos terapêuticos junto da pessoa/família.



A organização por meio de quadros de preenchimento manual, de mapas interativos inteligentes ou de quadros de tarefas mensais também pode ser útil, não apenas na organização da AD, mas também naquelas que abordem diversas situações que façam parte do trabalho da

equipe. A seguir, dados que podem facilitar o trabalho da equipe: nome, sexo, idade, microárea, estratificação de risco e vulnerabilidade, condição(ões) clínica(s), medicamentos em uso, data da última visita, data prevista para retorno e exemplos:

**Tabela 1 – Exemplo de tabela para organização resumida de pacientes em AD**

IDENTIFICAÇÃO (NOME E CNS)	IDADE	SEXO	MICROÁREA/ACS	RAÇA/COR	DATA DE INÍCIO EM AD	MOTIVOS DE ACOMPANHAMENTO	DATA PRÓXIMA VISITA					
							ACS	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	ENFERMEIRO	MÉDICO	DENTISTA	(Outros profissionais)
<b>TOTAL DE USUÁRIOS</b>												

Fonte: Elaboração própria.

### 2.3 Avaliação das Necessidades de Atendimento Domiciliar

É importante salientar que a AD, ainda que muitas vezes pautada pelo critério de impossibilidade temporária ou definitiva de comparecimento a um serviço de saúde, não deve se basear apenas nisso.<sup>1</sup> As situações que definem a necessidade de cuidado no domicílio carregam uma carga extra de subjetividade, uma vez que critérios de vulnerabilidade, de acesso geográfico, de transporte particular, público ou sanitário e sociais, tanto no campo dos indicadores sanitários quanto da violência do território, são definidores da indicação e da viabilidade de AD.

Por isso, tanto quanto a utilização de escalas e critérios pautados pela vulnerabilidade familiar, vulnerabilidade clínica ou doença associada, é importante o entendimento do contexto mais amplo de vida do indivíduo, ou seja, um olhar biopsicossocial. A partir disso, podem-se identificar situações de cuidado nas quais, embora a AD não seja formalmente indicada, seja a melhor alternativa. O papel do agente comunitário de saúde (ACS) nesse contexto é

fundamental, no sentido de identificar tais situações, apresentar para a equipe em reuniões ou relatos e apoiar o processo.

Nesse sentido, uma visita pautada pela vulnerabilidade familiar pode ser determinante para o entendimento sobre as condições de vida e saúde, e ser o ponto de partida para uma abordagem mais adequada. Muitas vezes, não a incapacidade física, mas social, intelectual ou cultural, podem levar à impossibilidade de comparecimento a uma unidade de saúde ou outra estrutura formal de saúde, fazendo com que a equipe seja capaz de, ao perceber esta demanda, criar mecanismos de cuidados domiciliares como estratégia. Destaca-se a importância de identificar as relações do usuário com as redes familiares e comunitárias, para isso, a apropriação e o uso dos instrumentos de abordagem familiar (genograma e ecomapa, por exemplo) são indispensáveis na prática da APS.

<sup>1</sup> Segundo a definição do MS (BRASIL, 2017, art. 535): A AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.

Dessa maneira, é importante que os profissionais da APS desenvolvam habilidades para lidar também com a dimensão subjetiva do ser humano, sendo este um elemento fundamental para a atenção integral à saúde. O encontro desses profissionais com os usuários e a comunidade deve envolver uma escuta qualificada, tomando a pessoa como sujeito que interage com a realidade, que pertence a um determinado espaço social, que exerce e sofre influências culturais.

Nesse sentido, a AD torna-se um potente instrumento para a construção e abertura de um leque de possibilidades de cuidados, bem como o protagonismo dos usuários na produção da saúde. A construção de espaços coletivos como, por exemplo, reuniões de equipe, em que os profissionais possam dialogar sobre os casos e suas especificidades, as necessidades de saúde individuais e coletivas dos territórios são primordiais para o desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares que enfatizam esse olhar ampliado na produção do cuidado domiciliar e promovem a autonomia dos usuários.

Ademais, antes de ser um espaço de produção do cuidado em saúde, o domicílio é um local íntimo e privado onde as pessoas vivem e constituem suas relações interpessoais. Cada casa e cada família tem sua forma de viver, sua cultura, hábitos, crenças e valores, que necessitam ser compreendidos e respeitados. Portanto, é um espaço onde ocorre inversão de papéis em relação aos serviços de saúde, pois nele as regras e as normas são estabelecidas pelo próprio usuário ou sua família e é necessário sensibilidade do profissional para compor com essa realidade.

O consentimento do usuário e da família é uma importante característica da AD, pois a partir dessa decisão se inicia a construção do Projeto Terapêutico Singular. O protagonismo do usuário e da família é fundamental para que a AD ocorra, isso faz com que a autonomia e o respeito às pessoas sejam ainda mais exacerbados, com valorização da humanização na produção do cuidado, tendo geralmente a família como uma grande aliada para a integralidade do cuidado.

## 2.4 Critérios de Elegibilidade para Atenção Domiciliar

A avaliação de condições para Atenção Domiciliar (AD) é fundamental para início do atendimento, que deve começar tão logo os critérios de elegibilidade de usuários sejam preenchidos, e ter fim quando deixarem de existir ou quando os objetivos da intervenção forem alcançados. Entretanto, de uma maneira geral, as condições clínicas que justificam a adoção desta abordagem são de caráter crônico, o que dificulta a clareza a respeito do momento da alta, neste caso, correspondendo ao final do acompanhamento domiciliar. Para que diminua a situação de dúvida, é importante que a assistência seja bem planejada, com objetivos claramente delimitados (tanto para a equipe quanto para o usuário e família), que, uma vez atingidos, possibilitarão o estabelecimento de novas metas, ou direcionarão a alta adequadamente.

Inicialmente, portanto, deve-se analisar a oportunidade de adequação de atendimento domiciliar para os casos identificados. Savassi e Cunha (2017) apresentam uma proposta de cinco passos, conforme descrito a seguir:

- *Passo 1: Avaliação da resolatividade da VD: A VD será resolutiva?*
- *Passo 2: Avaliação da razoabilidade da VD: A VD é a melhor alternativa para a situação?*
- *Passo 3: Aderência do usuário e sua família ao acompanhamento: há engajamento e corresponsabilização? Foi elaborado PTS considerando o contexto individual e familiar.*
- *Passo 4: Autorização do usuário e da família: termo de consentimento que deverá ser anexado ao prontuário.*
- *Passo 5: Análise da infraestrutura domiciliar: avaliação em acordo com a análise de caso, classificação da complexidade e determinação do plano de cuidados.*

No que se refere aos aspectos clínicos, em linhas gerais, os usuários acompanhados em atenção domiciliar, usualmente, se enquadrarão em alguma das situações destacadas a seguir:

- Usuários acamados e/ou restritos ao domicílio, de forma temporária ou permanente, incluindo condições clínicas como desestabilizações (por exemplo, crise hipertensiva), pós-operatórios, situações agravadas de saúde mental, entre outros.
- Situações específicas ligadas ao ciclo de vida, como adaptações iniciais de puerpério, redução de mobilidade transitória ou permanente de idosos etc.
- Usuários com arranjos sócio-familiares-econômicos frágeis, com efeitos diretos ou indiretos em seu estado de saúde.
- Usuários com comprometimentos, cujas origens possam ser melhor esclarecidas com o conhecimento do contexto doméstico e familiar, a exemplo de crises frequentes de asma (visita investigativa).
- Situações ou problemas novos na família relacionados à saúde ou que constituam risco à saúde (como morte do provedor, abandono de um dos genitores, situação financeira crítica etc.).

Além da indicação clínica da AD, para os casos de cuidados continuados, devem ser observadas também questões administrativas para definição de elegibilidade (sendo algumas delas parte dos cinco passos já mencionados):

- Usuário reside na área de abrangência da equipe ou unidade.
- Consentimento do cuidador ou paciente (independente) com assinatura de termo de consentimento informado.
- Pactuações sobre a presença de cuidador, em acordo com o grau de dependência funcional que o usuário apresentar. Pode-se utilizar a escala de Barthel (MINOSSO *et al.*, 2010; CHAGAS; TAVARES, 2001), conforme tabelas a seguir, para essa avaliação de dependência funcional.
- Presença de ambiente domiciliar minimamente adequado, conforme a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (BRASIL; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2006):
  - Fornecimento de água potável e energia elétrica.
  - Espaço físico para um leito e os equipamentos necessários para assistência.
  - Meios de comunicação.
  - Acesso para veículos de emergência.

**Tabela 2 – Fatores para avaliação de funcionalidade**

ITEM	PONTUAÇÃO
<b>ALIMENTAÇÃO</b>	
1. Dependente. Precisa ser alimentado.	SUBTOTAL
2. Assistência ativa durante toda tarefa.	
3. Supervisão na refeição e assistência para tarefas associadas (sal, manteiga, fazer o prato).	
4. Independente, exceto para tarefas complexas como cortar a carne e abrir leite.	
5. Independente. Come sozinho, quando se põe a comida ao seu alcance. Deve ser capaz de fazer as ajudas técnicas quando necessário.	
<b>HIGIENE PESSOAL</b>	
1. Dependente. Incapaz de encarregar-se da higiene pessoal.	SUBTOTAL
2. Alguma assistência em todos os passos das tarefas.	
3. Alguma assistência em um ou mais passos das tarefas.	
4. Assistência mínima antes e/ou depois das tarefas.	
5. Independente para todas as tarefas como lavar seu rosto e mãos, pentear-se, escovar os dentes e fazer a barba – inclusive usar barbeador elétrico ou de lâmina, colocar a lâmina ou ligar o barbeador –, assim como alcançá-las do armário. As mulheres devem conseguir se maquiar e fazer penteados, se usar.	
<b>USO DO BANHEIRO</b>	
1. Dependente. Incapaz de realizar esta tarefa. Não participa.	SUBTOTAL
2. Assistência em todos os aspectos das tarefas.	
3. Assistência em alguns aspectos como nas transferências, manuseio das roupas, limpar-se, lavar as mãos.	
4. Independente com supervisão. Pode utilizar qualquer barra na parede ou qualquer suporte se o necessitar. Uso de urinol à noite, mas não é capaz de esvaziá-lo e limpá-lo.	
5. Independente em todos os passos. Caso seja necessário o uso de urinol, deve ser capaz de colocá-lo, esvaziá-lo e limpá-lo.	

CONTINUA



CONTINUA

ITEM	PONTUAÇÃO
<b>BANHO</b>	
1. Dependente em todos os passos. Não participa.	SUBTOTAL
2. Assistência em todos os aspectos.	
3. Assistência em alguns passos como a transferência, para lavar ou enxugar ou para completar algumas tarefas.	
4. Supervisão para segurança, ajustar temperatura ou na transferência.	
5. Independente. Deve ser capaz de executar todos os passos necessários sem que nenhuma outra pessoa esteja presente.	
<b>CONTINÊNCIA DO ESFÍNCTER ANAL</b>	
1. Incontinente	SUBTOTAL
2. Assistência para assumir a posição apropriada e para as técnicas facilitatórias de evacuação.	
3. Assistência para uso das técnicas facilitatórias e para limpar-se. Frequentemente tem evacuações acidentais.	
4. Supervisão ou ajuda para pôr o supositório ou enema. Tem algum acidente ocasional.	
5. O paciente é capaz de controlar o esfíncter anal sem acidentes. Pode usar um supositório ou enemas quando for necessário.	
<b>CONTINÊNCIA DO ESFÍNCTER VESICAL</b>	
1. Incontinente. Uso de caráter interno.	SUBTOTAL
2. Incontinente, mas capaz de ajudar com um dispositivo interno ou externo.	
3. Permanece seco durante o dia, mas não à noite, necessitando de assistência de dispositivos.	
4. Tem apenas acidentes ocasionais. Necessita de ajuda para manusear o dispositivo interno ou externo (sonda ou cateter).	
5. Capaz de controlar seu esfíncter de dia e de noite. Independente no manejo dos dispositivos internos e externos.	

CONTINUA

CONTINUA

ITEM	PONTUAÇÃO
<b>VESTIR-SE</b>	
1. Incapaz de vestir-se sozinho. Não participa da tarefa.	SUBTOTAL
2. Assistência em todos os aspectos, mas participa de alguma forma.	
3. Assistência é requerida para colocar e/ou remover alguma roupa.	
4. Assistência apenas para fechar botões, zíperes, amarrar sapatos, sutiã etc.	
5. O paciente pode vestir-se, ajustar-se e abotoar toda a roupa e dar laço (inclui o uso de adaptações). Esta atividade inclui o colocar de órteses. Podem usar suspensórios, calçadeiras ou roupas abertas.	
<b>TRANSFERÊNCIAS (CAMA E CADEIRA)</b>	
1. Dependente. Não participa da transferência. Necessita de ajuda (duas pessoas).	SUBTOTAL
2. Participa da transferência, mas necessita de ajuda máxima em todos os aspectos da transferência.	
3. Assistência em algum dos passos desta atividade.	
4. Precisa ser supervisionado ou recordado de um ou mais passos.	
5. Independente em todas as fases desta atividade. O paciente pode aproximar da cama (com sua cadeira de rodas), bloquear a cadeira, levantar os pedais, passar de forma segura para a cama, virar-se, sentar-se na cama, mudar de posição a cadeira de rodas, se for necessário para voltar e sentar-se e voltar a ela.	
<b>SUBIR E DESCER ESCADAS</b>	
1. Incapaz de usar degraus.	SUBTOTAL
2. Assistência em todos os aspectos.	
3. Sobe e desce, mas precisa de assistência durante alguns passos desta tarefa.	
4. Necessita de supervisão para segurança ou em situações de risco.	
5. Capaz de subir e descer escadas de forma segura e sem supervisão. Pode usar corrimão, bengalas e muletas, se for necessário. Deve ser capaz de levar o auxílio tanto ao subir quanto ao descer.	

CONTINUA

## CONCLUSÃO

ITEM	PONTUAÇÃO
<b>DEAMBULAÇÃO</b>	
1. Dependente na deambulação. Não participa.	SUBTOTAL
2. Assistência por uma ou mais pessoas durante toda a deambulação.	
3. Assistência necessária para alcançar apoio e deambular.	
4. Assistência mínima ou supervisão nas situações de risco ou período durante o percurso de 50 metros.	
5. Independente. Pode caminhar, ao menos 50 metros, sem ajuda ou supervisão. Pode usar órtese, bengalas, andadores ou muletas. Deve ser capaz de bloquear e desbloquear as órteses, levantar-se e sentar-se utilizando as correspondentes ajudas técnicas e colocar os auxílios necessários na posição de uso.	
<b>MANUSEIO DA CADEIRA DE RODAS (alternativo para paciente que não deambula)</b>	
1. Dependente na ambulação em cadeira de rodas.	SUBTOTAL
2. Propulsiona a cadeira por curtas distâncias, superfícies planas. Assistência em todo o manejo da cadeira.	
3. Assistência para manipular a cadeira para a mesa, a cama, o banheiro etc.	
4. Propulsiona em terrenos irregulares. Assistência mínima em subir e descer degraus, guias.	
5. Independente no uso de cadeira de rodas. Faz as manobras necessárias para se deslocar e propulsiona a cadeira por pelo menos 50 metros.	
<b>TOTAL</b>	

Fonte: Shah *et al.*, 1989 apud Chagas; Tavares, 2001.

**Tabela 3 – Interpretação da funcionalidade**

PONTUAÇÃO	Classificação
10	Dependência total
11-30	Dependência severa
31-45	Dependência moderada
46-49	Ligeira dependência
50	Independência total

Fonte: Shah *et al.*, 1989 apud Chagas; Tavares, 2001.

Quanto à avaliação da residência, vale considerar que, embora parte dos documentos orientadores para AD apontem que a falta de infraestrutura no domicílio, seria um critério de exclusão para assistência domiciliar, no âmbito da APS tal premissa não se sustenta, tendo em vista que, independentemente de ser ou não uma modalidade de cuidado, o paciente e sua família continuam sob a responsabilidade clínico-assistencial, territorial e sanitária daquela equipe (SAVASSI, 2016). Além disso, um critério que indique apenas negação do cuidado aprofundará a exclusão daqueles que já estão vulneráveis, e que, via de regra, são os que mais necessitam da intervenção. Assim, a falta de infraestrutura, mais do que critério excludente, deve instigar a equipe à prática intersetorial, estimulando a busca por outros equipamentos sociais, ampliando a rede de apoio e promovendo a saúde ambiental.

## 2.5 Perfil de Elegibilidade de Atenção Domiciliar

A atenção domiciliar é indicada, no Sistema Único de Saúde, para:

[...] Pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador (BRASIL, 2017, art. 535).

A mesma normativa apresenta, ainda, diferentes modalidades ou perfis de elegibilidade para AD (*vide* quadro a seguir) graduadas em relação à complexidade de assistência, à periodicidade necessária das visitas e ao tipo de equipe responsável pelo cuidado, mencionando tanto as equipes de APS quanto serviços específicos. No caso desses últimos, os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) são operacionalizados por meio de Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (Emad) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (Emap), que oferecem cuidados considerados complementares aos realizados na APS e em serviços de urgência, bem como substitutivos ou complementares à internação hospitalar.

### Quadro 1 – Perfis de elegibilidade para AD

Equipe responsável pelo cuidado	Perfil do usuário	Permanência e vínculo	Periodicidade das visitas/ atendimentos
Equipes de Atenção Primária	Crônico, restrito ao leito ou ao lar, estável, com pouca demanda por procedimentos complexos e por equipamentos.	Longa, habitualmente definitivo.	De acordo com a necessidade do usuário, mensal ou prazo maior.
Serviços de Atenção Domiciliar (Emad e Emap)	Agudo, crônico agudizado, restrito ao leito (em geral). <sup>2</sup>	Curta, transitório.	De acordo com a necessidade do usuário, semanal ou prazo menor, podendo ser diária.
	Crônico complexo, com maior uso de tecnologia <sup>3</sup> e maior necessidade de visitas multiprofissionais.	Longa, transitório ou definitivo.	De acordo com a necessidade do usuário, semanal ou prazo menor, podendo ser diária.

Fonte: Adaptado de Brasil (2017).

A partir do quadro anterior, percebe-se que as características dos usuários indicam a equipe ou o tipo de serviço que deveria ser referência para seu

<sup>2</sup> Por exemplo, afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequências, como tratamentos parenterais ou reabilitação; Afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal; Necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário ou; Prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.

<sup>3</sup> Por exemplo, ventilação mecânica domiciliar ou hemotransfusão.



processo de cuidado. Porém, além das situações em que não existe a equipe que seria mais indicada, seja da APS ou do SAD, com frequência, mudanças no estado clínico indicam necessidade de cuidados mais ou menos intensivos e exigem articulação entre as equipes. Tal articulação é imprescindível para uma atenção efetiva e eficaz. Além disso, em municípios pequenos, sem porte populacional para terem SAD ou mesmo que ainda não tenham definido a implantação de SAD, as equipes de Atenção Primária poderão se tornar referências para todos os usuários em AD, caso haja necessidade e as equipes tenham condições técnicas e de infraestrutura para acompanhar a(s) demanda(s).

## **2.6 Estratificação de Vulnerabilidade e Priorização – Aspectos Biológicos e Psicossociais**

A vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da desigualdade social, está relacionada com o indivíduo e não é unitária e nem estável. Possui ao menos três dimensões: vulnerabilidade individual, vulnerabilidade social e vulnerabilidade programática (AYRES, 1997), à qual se pode somar uma quarta, a vulnerabilidade familiar (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012).

A vulnerabilidade individual considera o conhecimento acerca do agravo, acesso à informação, a condições comportamentais e sociais; a programática está relacionada com o acesso aos serviços de saúde e recursos sociais; e a social que está ligada ao perfil da população e às características do espaço social (BERTOLOZZI *et al.*, 2009). Já a vulnerabilidade familiar, ancorada nos aspectos individuais e sociais, representa o equilíbrio entre a capacidade de resiliência dessa família e os riscos individuais e do contexto próximo que representam ameaça a capacidade de lidar com as crises previsíveis e imprevisíveis de sua organização. Nesse sentido, o ambiente domiciliar é de grande importância para identificação e classificação de vulnerabilidade dos usuários e suas famílias.

A AD é um dos instrumentos utilizados pelas equipes que mais aproxima os profissionais do contexto sociofamiliar, identificando as reais necessidades de vida, as relações familiares, contribuindo sobremaneira para consolidação de vínculos (BRASIL; GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2003; BEZERRA; LIMA, M.;

LIMA, Y., 2015). No entanto, para também ser um instrumento equitativo dentro da Atenção Primária, requer critérios para o estabelecimento da priorização das famílias de maior risco do território, sem negligenciar o acesso ao cuidado às famílias de menor risco.

Com o objetivo de identificar sentinelas de riscos sociais e individuais das famílias adscritas a uma equipe, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo familiar, surgiu a Escala de Vulnerabilidade Familiar de Coelho e Savassi (2004). Considerando itens coletados nas fichas de cadastro individual e domiciliar do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), ela fornece subsídios para estratificação do risco familiar, baseada em informações sentinelas de risco que devem ser avaliadas na primeira visita domiciliar pelo ACS.

**Tabela 4 – Informações sentinelas e escore de risco**

SENTINELAS DE RISCO	Escore de risco
Acamado	3
Deficiência física	3
Deficiência mental	3
Baixas condições de saneamento	3
Desnutrição grave	3
Drogadição	2
Desemprego	2
Analfabetismo	1
Indivíduo menor de 6 meses de idade	1
Indivíduo maior de 70 anos de idade	1
Hipertensão arterial sistêmica	1
Diabetes <i>mellitus</i>	1
Relação morador/cômodo maior que 1	3
Relação morador/cômodo igual a 1	2
Relação morador/cômodo menor que 1	0

Fonte: Coelho; Savassi (2004).

As famílias, a partir da soma dos escores atribuídos, são classificadas em vulnerabilidade habitual à máxima (V1 a V3).

**Tabela 5 – Escore de vulnerabilidade**

Escore total	Vulnerabilidade Familiar
0 a 4	V0 – Vulnerabilidade habitual
5 e 6	V1 – Vulnerabilidade menor
7 e 8	V2 – Vulnerabilidade média
Acima de 9	V3 – Vulnerabilidade máxima

Fonte: Adaptado de Savassi, Lage e Coelho (2012).

Outra opção relevante é considerar uma avaliação mais ampla, considerando grau de autonomia, independência, mobilidade, fragilidade e suporte social, a partir das famílias mais vulneráveis, incluindo outras condições clínicas, familiares e sociais. Para isso, sugere-se o instrumento a seguir, no qual são consideradas as condições para esta estratificação de risco e vulnerabilidade: idade, condição clínica, uso de polifarmácia, funcionalidade, mobilidade, síndrome da fragilidade, suporte familiar e necessidade de cuidados paliativos a partir da avaliação feita na visita domiciliar (PINHEIRO *et al.*, 2019).

**Tabela 6 – Instrumento Escala para classificação de risco e vulnerabilidade clínica para pacientes em visita domiciliar na APS**

Indicador	Situação	Escore de risco e vulnerabilidade:	Pontuação obtida:
<b>Idade</b>	75 a 84 anos	1	
	> 85 anos	2	
<b>Multimorbidade</b>	Nº de comorbidades (≥ 5)	2	
	Descompensação clínica	5	
<b>Polifarmácia</b>	Nº de medicamentos (≥ 5)	2	
<b>Dependência Funcional</b>	AVDs instrumentais	1	
	AVDs Básicas e Instrumentais	2	
<b>Mobilidade</b>	Dificuldade de marcha	1	
	Risco de queda	2	
	Acamado	3	

CONTINUA

conclusão

Indicador	Situação	Escore de risco e vulnerabilidade:	Pontuação obtida:
<b>Suporte familiar</b>	Disfunção familiar Sobrecarga do cuidador	1 1	
<b>Fragilidade</b>	Síndrome demencial, depressão <i>Parkinson</i> , beoplasia, sarcopenia, desnutrição, disfagia, incontinência Paralisia cerebral	2 (cada)	
<b>Cuidados Paliativos</b>	PPS(*) 80 a 100 PPS 50 a 70 PPS 30 a 50 PPS < 20	2 5 8 10	
<b>Total</b>			

Fonte: Pinheiro *et al.* (2019).\*PPS: *Paliative Performance Scale*

Após a avaliação, faz-se o somatório das variáveis para classificação quanto ao risco e à vulnerabilidade clínica que servirá de subsídio para priorização e definição de frequência de visitas, e mesmo de quais ações e profissionais são necessários no caso:

**Tabela 7 – Classificação de risco e vulnerabilidade clínica**

Classificação quanto ao risco e à vulnerabilidade clínica	Escore
Baixo	Menor ou igual a 5
Médio	6 a 10
Alto	11 a 15
Muito alto	15 ou mais

Fonte: Pinheiro *et al.* (2019).

## **2.7 Estabelecimentos Especiais de Moradia – Instituições de Longa Permanência para Idosos entre outros**

O território, em especial os locais de moradia, não se resume a domicílios. Se por um lado isso é evidente, por outro é comum também a dúvida sobre as responsabilidades sanitárias diante de outros tipos de moradia, como unidades de acolhimento (antigos abrigos), residências terapêuticas, presídios e instituições de longa permanência de idosos (ILPI). Entretanto, em se tratando de espaços abrangidos pelo território da referência da equipe de Saúde, não se justifica a desresponsabilização justamente diante de situações que por vezes reforçam condições de vulnerabilidade.

Entender que é de responsabilidade da equipe de APS avaliar e atender pessoas em estabelecimentos especiais não significa que todas as pessoas e todas as situações serão atendidas, muito menos que a equipe de Saúde sozinha terá que resolver integralmente os problemas desses espaços, tais como condições estruturais inadequadas ou maus-tratos. Significa que, justamente pelo grau de vulnerabilidade por vezes aumentado dessas pessoas, a equipe de APS é fundamental para avaliar a situação, realizar atendimentos no que for compatível com esse nível de atenção e acionar outros serviços e órgãos, sejam encaminhamentos para serviços especializados, como o próprio SAD, sejam serviços de outros setores como os Cras ou até mesmo o Ministério Público.

Além disso, frente aos diferentes cenários de moradia, verifica-se a necessidade de se reconfigurarem as perspectivas de assistência nesses contextos. O desafio da configuração de assistência nesses cenários pauta-se, assim, não apenas nas especificidades do cuidado, mas também nas questões contextuais, tendo como importante característica a construção da rede de cuidados de forma institucional, dado que as redes de apoio parental ou familiares são fragilizadas ou inexistentes. Assim, a construção do vínculo e do PTS deve ter como base o envolvimento de cuidadores institucionais, os quais serão articuladores dos cuidados propostos e da tentativa de reestruturação de redes de apoio humanizadas (BRASIL, 2009).

## 2.8 Populações Específicas

Esta sessão pretende apresentar um aspecto peculiar da APS que impacta diretamente na estratégia para realização da AD, a questão das populações específicas como as do meio rural, ribeirinhas, em privação de liberdade, em situação de rua, populações itinerantes, assentamentos, entre outros. Na sequência, discutiremos brevemente as particularidades destes cenários, principalmente aquelas que se relacionam aos critérios de inclusão, planejamento e execução da AD na APS.

### 2.8.1 População em situação de rua

Ainda que não existam dados oficiais sobre a população em situação de rua do Brasil, estudo baseado em dados do Censo Sistema Único de Assistência Social, entre 2013 e 2015, projetou população superior a 100 mil habitantes (NATALINO, 2016). Importante destacar que o atendimento, nesse caso, não se trata de uma visita ao domicílio propriamente dito, mas os contatos se dão, invariavelmente, no local onde as pessoas moram, que via de regra tem um ponto de referência dentro do território.

Segundo dados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), em outubro de 2019, havia 166 equipes de Consultório de Rua no Brasil, equipes direcionadas exclusivamente ao atendimento de pessoas em situação de rua, presentes nas cinco regiões do País. Em função de essas equipes estarem direcionadas aos municípios e locais com maior concentração de pessoas nessa situação, não estarão disponíveis em todos os locais. Nesse sentido, e considerando a responsabilidade sanitária das equipes de APS, é fundamental a inclusão de pessoas em situação de rua no mapeamento territorial e comunitário das equipes de APS para atendimento de suas demandas de saúde, bem como ações integradas e intersetoriais para demais necessidades sociais, como acesso a programas de transferência de renda e à inclusão produtiva.

### 2.8.2 População em área rural

Segundo o Grupo de Trabalho de Medicina Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, o conceito de rural deve ser

amplo o suficiente para envolver as diferentes realidades dos profissionais e da população brasileira, estando suficientemente livre de limites rígidos de dados populacionais, geográficos, em um sentido restrito (físico) e político. Deve ainda estar relacionado a características do sistema de saúde, da prática dos profissionais de saúde e das características de saúde das comunidades específicas (ANDO *et al.*, 2011, p. 144).

A saúde rural pode incluir as populações de áreas tradicionalmente reconhecidas como rurais, mas também comunidades ribeirinhas, áreas indígenas, populações quilombolas, de pescadores, mineradores, de trabalhadores temporários, migrantes, áreas remotas e locais de difícil acesso, mesmo dentro de grandes cidades, como favelas, áreas rurais incrustadas, municípios muito pequenos etc. (ANDO *et al.*, 2011, p. 144).

Esses cenários descritos, da mais diversa variedade e complexidade, requerem planejamento estratégico que deve ser construído por várias mãos e pelos três segmentos incluídos: trabalhador de saúde, população e gestor.

De fundamental importância para esse planejamento é o reconhecimento das diversas áreas rurais, baseadas em características nacionais e na experiência estrangeira de tipificação. Assim, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 76% da população brasileira encontram-se em municípios considerados predominantemente urbanos, no entanto, esses municípios perfazem 26% do total dos municípios do País; 60,4% dos municípios foram classificados como predominantemente rurais, sendo 54,6% como rurais adjacentes e 5,8% como rurais remotos (IBGE, 2017).

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), a população rural tem maior índice de analfabetismo, condições de serviços básicos de saneamento ausentes, menor renda mensal domiciliar *per capita* (menos da metade da área urbana), maior exposição aos agrotóxicos e ao tabaco, assim como maior índice de consumo de álcool. Pessoas com mais de 65 anos representam 21,4% dos moradores rurais, com declínio da população jovem, demonstrando não apenas o envelhecimento da população rural, mas também a grande dificuldade de encontrar cuidadores para essa população (BRASIL; IBGE, 2014; IBGE, 2017).



No Brasil, as populações rurais têm grande dificuldade de acesso aos serviços de saúde e sofrem com a falta de profissionais nessas áreas. Além disso, em assentamentos, os principais limitantes da qualidade de vida são: precariedade dos sistemas de captação de água e energia, saneamento, transporte e moradia. Conseqüentemente doenças como diarreia e infestação parasitária são mais frequentes. Outros problemas de saúde associados são intoxicações por agrotóxicos, excessiva exposição à radiação solar, dores musculares e esgotamento físico (SANTOS; HENNINGTON, 2013).

Comunidades rurais são um desafio para a APS, notadamente para a realização de AD, apesar de sua grande necessidade. Costumam ter territórios amplos, mais dispersos geograficamente que os territórios localizados em áreas urbanas. Pequenas vilas e distritos costumam ser agregados em uma única Unidade Básica de Saúde (UBS), mesmo que isso represente distância de vários quilômetros entre elas e o serviço e que o acesso não seja fácil, muitas vezes feito a pé, no lombo de animais de carga ou em transportes improvisados e inseguros, como o fundo de caminhões ou camionetas, sendo algumas vezes inviável, em períodos de chuva, por exemplo.

As barreiras geográficas, a baixa densidade populacional, a distância entre aqueles que moram na vila e aqueles que moram em locais distantes dela, o número limitado de equipes e a dificuldade de deslocamento, seja por falta de transporte, seja por impossibilidade de chegar até o local onde há a demanda de cuidado são desafios diários para a prática de uma atenção domiciliar adequada. Uma questão importante é o número de ações que a equipe rural realiza no território, por exemplo, em uma pesquisa de campo sobre a atenção à saúde rural identificou-se, no vale do Ribeira/SP, que a maioria das equipes rurais precisam pulverizar suas ações em, no mínimo, dois locais de atendimento, algumas equipes chegando a 14 locais. Essa situação dificulta a realização de várias atividades inclusive a AD, que precisa se encaixar nesse tempo escasso (LIMA, 2016). Muitas vezes a equipe gasta um período de quatro horas para conseguir visitar uma ou duas pessoas devido à grande distância entre o domicílio visitado e a base da equipe.

Considerando esse contexto, a resolutividade da visita precisa ser levada em conta ainda com mais esmero da equipe, planejando, se possível, a entrega

de medicamentos, de insumos e procedimentos realizados em uma mesma visita. Deve-se sempre levar em conta a proximidade da família aos recursos e a independência dela em relação ao cuidado, ou seja, atentar-se ao equilíbrio entre a responsabilidade da equipe e da família.

Conforme referido, uma característica das áreas rurais no Brasil é o índice de analfabetismo. Essa realidade impacta diretamente no cuidado dos indivíduos do território, exigindo esforço maior da equipe nas instruções e no manejo de medicamentos. Por exemplo: deixar seringas de insulina montadas para aplicação e o glicosímetro devidamente ajustado em data e hora para avaliação direta, em vez da folha de perfil glicêmico que os cuidadores preenchem.

Além disso, as condições da moradia em relação aos recursos básicos, como água, energia elétrica e telefone, também podem apresentar restrições, sendo que esses interferem diretamente na qualidade da atenção à saúde do usuário elegível para a AD. É importante, portanto, estar atento a situações como, por exemplo, aqueles que necessitam da geladeira para conservação da insulina, ou de água adequada para o consumo, bem como do acesso à telefonia para a comunicação adequada com a equipe da APS ou da emergência, em caso de intercorrências.

Podemos, então, resumir os aspectos específicos a serem observados nos casos de atenção domiciliar em área rural de acordo com o quadro a seguir:

## Quadro 2 – Características de áreas rurais e efeitos na AD

Características das áreas rurais	Efeito na inclusão, no planejamento e na ação de AD
Densidade populacional baixa, grandes distâncias entre domicílios.	Menor número de visitas por período, necessitando maior planejamento de roteiro.
Ausência de transporte público próximo.	Inclusão em AD de alguns pacientes domiciliados que não têm condições de caminhar para ter acesso ao transporte público.
Grande distância da Unidade de Saúde para o domicílio alvo da visita.	Planejamento para maior efetividade e resolutividade durante a visita, inclusive na questão de insumos, de medicamento e de procedimentos.
Grande número de analfabetos.	Estratégias de ensino para o autocuidado e a instrução do cuidador.
Grande número de usuários alvos de AD sem cuidador.	Organização da rede de assistência, comunidade, Assistência Social, Cras, Creas.

Características das áreas rurais	Efeito na inclusão, no planejamento e na ação de AD
Estrutura precária no acesso à energia elétrica, à água tratada, ao telefone.	Estratégia de contato com a família, agentes comunitários de saúde, mobilização da comunidade, planejamento com a prefeitura e instituições relacionadas para melhoria das condições sanitárias.

Fonte: Elaboração própria.

## Ribeirinhas

No sentido genérico, o termo ribeirinho indica qualquer população que vive às margens dos rios. Tradicionalmente são compostas de vários agrupamentos familiares, em casas de madeiras, geralmente, adaptadas ao sistema de cheias (período em que os rios atingem o nível máximo de subida das águas, resultando em inundações/alagamentos) e vazantes (período em que ocorre a descida no nível das águas dos rios, resultando em períodos de seca).

As moradias são dispersas ao longo de um percurso fluvial, algumas em situação de isolamento geográfico, com pouco ou restrito acesso às mídias e aos meios de comunicação, mesmo com todos os aportes tecnológicos atuais. As habitações ribeirinhas seguem padrões específicos, sendo do tipo “palafitas”, construídas em solo fixo, com assoalhos suspensos por estacas ou do tipo flutuante, permitindo acompanhar a mudança do nível fluvial. As de terra firme seguem características mais urbanas, dispostas umas próximas das outras, em ruas e/ou vielas definidas.

O papel da equipe de Saúde em áreas ribeirinhas exige o desenvolvimento de habilidades, como a realização de procedimentos específicos (cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos) que, nos centros urbanos, provavelmente seriam encaminhados a outros profissionais; a interpretação de exames sem laudo de especialistas (exames de imagem, por exemplo); e o manejo inicial das urgências e emergências (clínica, cirúrgica e psiquiátrica). Dessa forma, nas populações ribeirinhas, ainda mais do que nos centros urbanos, o nível primário de atenção à saúde é, por vezes, a única porta de entrada ao sistema de saúde e, nesse sentido, a AD deve ser pensada e construída de uma forma mais ampliada nesse território.

## REFERÊNCIAS

ANDO, N. M. *et al.* Declaração de Brasília “O Conceito de rural e o cuidado à saúde”. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 19, p. 142-144, 2011.

AYRES, J. R. C. M. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Programa de DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico**, [s. l.], v. 15, n. 3, p. 2-4, 1997.

BERTOLOZZI, M. R. *et al.* Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. especial 2, p. 1326-1330, dez. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000600031>. Acesso em: 17 nov. 2019.

BEZERRA, M. I. C.; LIMA, M. J. M. R.; LIMA, Y. C. P. A Visita Domiciliar como ferramenta de cuidado da Fisioterapia na Estratégia Saúde da Família. **Sanare**, Sobral, v. 14, n. 1, p. 76-80, jan./jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Brasília, DF: MS, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011\\_26\\_01\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html). Acesso em: 14 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**: Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Brasília, DF: CNDSS, abr. 2008. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas\\_sociais\\_iniquidades.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf). Acesso em: 17 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Manual de assistência domiciliar na Atenção Primária à Saúde**: experiência do serviço de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2003. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual\\_Cuidadores\\_Profissionais.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_Cuidadores_Profissionais.pdf). Acesso em: 14 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. IBGE. **Pesquisa nacional de saúde**: 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv911110.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/PRC-5-Portaria-de-Consolida----o-n---5--de-28-de-setembro-de-2017.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. 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). Brasília, DF: MS, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 13 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 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). Brasília, DF: MS, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 13 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília, DF: MS, 2018. 91 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O Humanizamus na Atenção Básica**. Brasília, DF: MS, 2009. 40 p.

CHAGAS, E. F.; TAVARES, M. C. G. C. F. A Simetria e transferência de peso do hemiplégico: relação dessa condição com o desempenho de suas atividades funcionais. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 40-50, 2001.

COELHO, F. L. G.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004.

DIAS, M. B. *et al.* A Política Nacional de Atenção Domiciliar no Brasil: potencialidades, desafios e a valorização necessária da atenção primária à saúde. **Journal of Management & Primary Health Care**, Brasil, v. 6, n. 1, p. 1-7, 2015.

GALLASSI, C. V. *et al.* Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional. **ABCS Health Sciences**, [s. l.], v. 39, n. 3, p. 177-185, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v39i3.653>. Acesso em: 23 jan. 2020.

IBGE. Coordenação de Geografia. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil**: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. 83 p. (Estudos e pesquisas. Informação geográfica, n. 11).

KRIEGER, N. A Glossary for social epidemiology. **Journal of Epidemiology & Community Health**, [s. l.], v. 55, n. 10, p. 693-700, 2001.

LIMA, M. C. **Saúde rural**: a organização, práticas assistenciais e participação popular na saúde das comunidades rurais, remanescentes de quilombos e comunidades caiçaras do Vale do Ribeira-SP. 2016. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

MINOSSO, J. S. M. *et al.* Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 218-223, mar./abr. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002010000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 3 mar. 2020.

NATALINO, M. A. C. Estimativa da população em situação de rua no Brasil. **Texto para Discussão**, Brasília, n. 2246, 2016. ISSN 1415-4765

PINHEIRO, J. V. *et al.* Ferramenta para avaliação e gestão da visita domiciliar na Atenção Primária à Saúde: um relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s. l.], v. 14, n. 41, p. 1818, maio 2019. ISSN 2179-7994. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1818>. Acesso em: 6 jun. 2019.

SANTOS, J. C. B.; HENNINGTON, E. A. Aqui ninguém domina ninguém: sentidos do trabalho e produção de saúde para trabalhadores de assentamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1595-1604, 2013.

SANTOS, M. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 309-314, 2003.

SAVASSI, L. C. M. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 38, p. 1-12, jan./dez. 2016. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1259](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1259). Acesso em: 14 abr. 2020.

SAVASSI, L. C. M.; CUNHA, C. L. F. Atenção Domiciliária como estratégia do cuidado na Atenção Primária a Saúde. *In*: CUNHA, C. L. F.; SOUZA, I. L. de (org.). **Guia de trabalho para o enfermeiro na atenção primária a saúde**. Curitiba: Ed. CRV Ltda, 2017. v. 1. p. 311-346.

SAVASSI, L. C. M.; LAGE, J. L.; COELHO, F. L. G. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: escala de risco familiar de Coelho-Savassi. **Journal of Management and Primary Health Care**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 179-185, 2012. Disponível em: <http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/155>. Acesso em: 3 set. 2014.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco: MS, 2002.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. EUR/ICP/ RPD 414, 7734r. Geneva: WHO, 2000.



# 3

## INCLUIR A AD NO PROCESSO DE TRABALHO

Realizar AD exige uma postura de respeito e humildade ao se adentrar o espaço mais íntimo do indivíduo. Trabalhar em equipe, da mesma maneira, implica entender o papel de cada membro, e em muitos casos abrir mão do protagonismo ou da coordenação do processo ao perceber que o trabalho do outro será, naquele momento, a melhor alternativa para a pessoa cuidada (SAVASSI; CUNHA, 2017, p. 318).

### 3.1 Planejamento e Organização da Equipe para Realizar AD

A estruturação de um serviço deve se dar a partir do diagnóstico da realidade e de um planejamento adequado, considerando-se as diversas variáveis possíveis nesse processo. Entendemos o planejamento como ato ou processo de estabelecer objetivos (metas), diretrizes (princípios orientadores) e procedimentos (metodologias) para uma unidade de trabalho. Não é um processo estanque, fechado, devendo considerar possíveis imprevistos e flexibilizar decisões e ações, conforme o dinamismo e a resposta que a realidade solicita, exigindo atitude ativa dos profissionais envolvidos.

Assim como as demais ações desenvolvidas na APS, Atenção Domiciliar deve ser organizada de acordo com os princípios do SUS, tendo a família como foco da atenção, e devendo ser prestada de forma a garantir resolutividade e continuidade da atenção. Nesse sentido, as equipes devem estar organizadas para acolher as necessidades de saúde desse segmento da população dos seus territórios que, por motivos diversos, necessitam de atendimento no domicílio.

O acompanhamento de diversas situações no domicílio é apenas uma das atividades que permeiam o movimentado cotidiano da Atenção Primária, que envolve também atendimentos clínicos individuais programados, acolhimento à demanda espontânea, grupos de prevenção de agravos ou ações de promoção da saúde, entre outras. Por isso, é fundamental que aconteça um planejamento e uma organização do processo de trabalho que garanta que as equipes tenham o tempo, os insumos, os conhecimentos e as habilidades necessários para a realização de Atenção Domiciliar.

Conforme já abordado anteriormente, como etapa inicial é preciso fazer o mapeamento dos pacientes que necessitam de AD e suas demandas, as quais podem ser identificadas nas visitas dos agentes comunitários de saúde (ACS) ou de outro membro da equipe, no acolhimento da UBS, ou mesmo trazida de forma espontânea pelo paciente ou familiar. Após levantamento inicial, é sempre relevante realizar uma revisão de prontuário e outras informações existentes, a fim de organizar e planejar a assistência. É importante avaliar a aceitação do usuário e os critérios de elegibilidade, bem como a disponibilidade dos recursos, a urgência da demanda, o suporte social.

Posteriormente, essa população deve entrar nas discussões e agenda da equipe para que as ações sejam programadas para atender às suas necessidades. Com isso, é possível organizar os objetivos a serem alcançados, as ações a serem desenvolvidas e os profissionais responsáveis (SILVA *et al.*, 2013). Em alguns casos, será necessário realizar os encaminhamentos para serviços de referência e solicitações de exames complementares, além de organizar a coordenação de cuidados.

O atendimento domiciliar deve ser planejado e baseado em critérios claros, conforme prioridades. O estabelecimento dos casos prioritários, assim como a definição do profissional mais adequado para a realização, podem ser definidos na reunião de equipe, maior motivador para a realização dessa modalidade de atendimento (PERES *et al.*, 2006).

Em síntese, podemos resgatar como atribuições da equipe, segundo Grupo Hospitalar Conceição (BRASIL, 2003):

- 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.
- Estar disponível para fornecer esclarecimentos e orientações à família, sempre que solicitado.
- Monitorar o estado de saúde do paciente 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 projeto terapêutico estabelecido para cada pessoa.
- Fazer abordagem familiar, considerando o contexto socioeconômico e cultural em que a família se insere, e a repercussão da necessidade de cuidado na vida familiar.
- Garantir o registro no prontuário domiciliar e de família na unidade de saúde.
- Orientar a família sobre sinais de gravidade e condutas a serem adotados.
- Dar apoio à família tanto para o desligamento após alta da AD quanto para o caso de óbito, por meio da sua disponibilidade profissional.
- Avaliar a condição ambiental do domicílio e construir proposta de adequação dentro da realidade familiar e do domicílio.
- Acompanhar o usuário conforme plano de assistência traçado pela equipe e pela família.
- Pactuar concordância da família para AD, dentro de seus limites de prestação de cuidado.
- Buscar garantir uma assistência integral, resolutiva e livre de danos ao usuário da assistência domiciliar.
- Trabalhar as relações familiares na busca pela harmonia, otimizando ações para um ambiente familiar terapêutico, que promova qualidade de vida para paciente, cuidador e sua família, de maneira a construir uma rede de apoio eficaz.
- Solicitar avaliação da equipe de referência ou encaminhar para ela, sempre que indicado.

## 3.2 Gerenciamento de Agenda

A organização da agenda dos profissionais de Saúde pode representar grande desafio dentro do processo de trabalho, uma vez que deve contemplar os atendimentos programados e o atendimento às demandas espontâneas. São diversas as formas de organização da agenda, dadas as características e as peculiaridades de cada comunidade e equipe. Independentemente do modelo escolhido, a Atenção Domiciliar deverá ser contemplada como ação a ser desenvolvida por todos os profissionais da equipe, não apenas pelos ACS.

Apesar de o cuidado no domicílio ser prioritariamente desempenhado como atividade programada, há de se contemplar a possibilidade de atendimentos espontâneos, as famigeradas “VDs de urgência”, no ambiente domiciliar. Além disso, tão importante quanto o adequado levantamento inicial de demanda é a avaliação correta sobre a adequação da continuidade da AD. Após a realização da visita domiciliar sempre perguntamos: “E aí, quando voltaremos?” Muitas vezes essa decisão é tomada sem critério ou planejamento. Muitas equipes agendam os retornos dos pacientes sem realizar a análise de situação dos pacientes, sem avaliar sua vulnerabilidade e risco, e conseqüentemente sem aplicar a equidade e a gestão da clínica para eles.

Propõe-se que, após a avaliação desse paciente, possamos classificá-lo quanto ao risco e à vulnerabilidade clínica (propostas no capítulo anterior) e, a partir de então, propor planejamento do acompanhamento periódico de acordo com a classificação desses pacientes, conforme formas de avaliação adotadas. Esse planejamento serve como parâmetro ou referência para apoiar a gestão das VD pela equipe, com destaque para abordagem centrada na pessoa e a autonomia do profissional de Saúde, soberanas a qualquer instrumento (RIBEIRO *et al.*, 2018; PINHEIRO *et al.*, 2019).

### 3.3 Organização de Materiais de Apoio – Insumos, Veículo etc.

A depender do território, os atendimentos domiciliares poderão ser realizados a pé ou com necessidade de transporte de apoio, como bicicleta, veículo ou unidade móvel. No planejamento das visitas, a previsão operacional deve prezar pela otimização de tempo e recursos:

- Definição do itinerário, por meio do mapeamento da área e do transporte a ser utilizado.
- Previsão do tempo para execução da visita em cada domicílio.
- Previsão de equipamentos, insumos e medicamentos a serem utilizados em cada visita.
- Organização de prontuários e formulários provavelmente necessários na visita.
- Priorização do horário preferencial das famílias para a realização das visitas.
- Agendamento prévio e confirmação do horário da visita ao domicílio.
- Organização da rota de visitas iniciando pelos domicílios que provavelmente demandarão menos tempo.

Lembramos que todas essas orientações podem apresentar exceções, e que nem sempre é possível realizar todo este planejamento. Por outro lado, há exceções também em situações específicas: por exemplo, visitas não agendadas podem ser feitas nos casos em que se observa risco de negligência ou maus-tratos para avaliar a família em sua espontaneidade cotidiana, incluindo um olhar atento para essas situações.

Os insumos e os materiais necessários para cada visita variam conforme o objetivo da visita e as complexidades de cada usuário. Entretanto, alguns itens são comuns a muitas situações e, por isso, devem compor um conjunto mínimo de insumos e materiais para realização de AD (SAVASSI; CUNHA, 2017), como itens a seguir:

- Abaixador de língua
- Agulha

- Álcool 70% para antissepsia
- Algodão
- Caixa de perfurocortante
- Caixa térmica para transporte dos exames, quando necessário
- Caneta ou lápis
- Escalpes
- Esfigmomanômetro
- Espaçador
- Espátulas
- Estesiômetro
- Estetoscópio
- Etiqueta
- Ficha-guia/formulário da atenção domiciliar
- Fita métrica
- Fita reagente para glicemia capilar
- Garrote
- Gaze
- Glicosímetro
- Impressos (Fichas de registro, atestados e demais pertinentes)
- Lâmina de bisturi
- Lanceta
- Lanterna
- Luva de procedimento
- Luvas estéreis
- Otoscópio
- Pacote de curativos
- Papel, lápis e caneta
- Pequeno espelho para orientação de higiene oral
- Prancheta
- Prontuário(s) do(s) usuário(s)

- Receituário
- Seringa descartável
- Sondas de estomias que se façam necessárias
- Termômetro
- Tubo e frasco de exames

No caso de visitas realizadas por profissionais de Saúde Bucal, após a realização de anamnese, primeira avaliação de necessidades de tratamento odontológico e diante da possibilidade de se realizar esse tratamento no próprio domicílio do paciente, poderão ser programados procedimentos como raspagem, profilaxia (limpeza profissional dos dentes), adaptações de próteses dentárias, restaurações e até mesmo extrações dentárias. Itens como: *cart* odontológico portátil (quando houver), instrumentais e insumos específicos para cada tipo de procedimento a ser realizado (como curetas, extratores, fio de sutura, resina etc.) são necessários à execução do tratamento odontológico em ambiente domiciliar. Cabe ressaltar que condições mínimas de biossegurança, tanto para o profissional quanto para o paciente, devem ser adotadas, como uso devido de equipamentos de proteção individual (EPIs), álcool para desinfecção, entre outros.

### **3.4 Ferramentas de Avaliação Clínica e Protocolos Assistenciais**

As equipes de APS devem realizar avaliação abrangente da condição clínica dos pacientes atendidos no domicílio. É a partir de tal avaliação que será possível a elaboração de plano de acompanhamento que possibilite a maior funcionalidade e a melhor qualidade de vida possível. Dito isso, é importante que a avaliação leve em consideração aspectos físicos, cognitivos, afetivos, sociais, financeiros, ambientais e espirituais.

Apesar de abrangente, a avaliação clínica deve ser simples e ágil, sob o risco de nunca ser realizada. Uma estratégia é a utilização de ferramenta de avaliação multidimensional, composta por uma ou duas perguntas de triagem para cada domínio que se queira avaliar. Em caso de suspeita de disfunção em algum domínio, outras ferramentas de avaliação complementar podem ser utilizadas.



A seguir um exemplo de instrumento de avaliação multidimensional, Avaliação Multidimensional do Idoso (AMI), desenvolvido para avaliação de idosos em um serviço de APS em Porto Alegre/RS (SIRENA, 2002). Além dos itens previstos na ferramenta, a equipe de Saúde Bucal deverá realizar avaliação quanto à condição bucal, examinando os dentes/prótese(s) e a boca para elaboração de plano de tratamento e possíveis solicitações de exames complementares.

É importante que a equipe de Saúde Bucal forneça orientações em saúde bucal a cada visita, para que o paciente ou seu(s) cuidador(es) saiba(m) quais as medidas devem ser adotadas e adaptem-as conforme a necessidade. Os profissionais de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) poderão matriciar as equipes de Saúde Bucal ao melhor atendimento em ambiente domiciliar.

Figura 1 – Instrumento de Avaliação Funcional

**Anexo B** **INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL**

Horário do início:  |  |  h:  |  |  min. Número:  |  |  |  (não preencher)

**NOME:** \_\_\_\_\_ **PRONT:**  |  |  |  |  |

**IDADE:** \_\_\_\_\_ anos **GÊNERO:**  Masc.  Fem.

**VISÃO:** Você tem dificuldade para dirigir, ver TV, ler, ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas de visão?  Sim  Não

**Se Sim:** Aplicar o Cartão de Jaeger. Olho Dir.:  |  |  /  |  |  Olho Es.:  |  |  /  |  |

**AUDIÇÃO:** Aplicar Teste Whisper.  
O paciente responde à pergunta? Ouvido D:  Sim  Não Ouvido E:  Sim  Não

**Se Não, responder:** Verificar presença de cerume: Ouvido D:  Sim  Não Ouvido E:  Sim  Não

**FUNÇÃO DOS MEMBROS SUPERIORES:** Verificar se o paciente é capaz de executar:  
**PROXIMAL:** Tocar a nuca com ambas as mãos.  Sim  Não  
**DISTAL:** Apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta.  Sim para ambas  Não

**FUNÇÃO DOS MEMBROS INFERIORES:** Verificar se o paciente é capaz de executar:  
Levantar da cadeira  Sim  Não Caminhar 3,5m  Sim  Não Voltar e sentar  Sim  Não

**ESTADO MENTAL:** Solicitar ao paciente que repita o nome dos objetos: **MESA – MAÇA – DINHEIRO**  
Após alguns minutos (até 3 min.) faça-o repetir.  Sim. Repetiu os 3 nomes  Não\*

\* Se incapaz de repetir os três nomes, aplicar o Teste Mental para Demência. ESCORE \_\_\_\_\_ pontos

**HUMOR:** Você, frequentemente, se sente triste ou desanimado?  Sim\*  Não  
\*Se Sim, aplicar Teste para Depressão. ESCORE \_\_\_\_\_ pontos

**DOMICÍLIO:** Sofreu queda em casa nos últimos 12 meses?  Sim. Quantas vezes?  |  |   Não  
Na sua casa tem: Escadas? (nº)  Tapetes soltos?  Sim  Não Corrimão no banheiro?  Sim  Não

**ATIVIDADES DIÁRIAS:** Sem auxílio, você é capaz de:  
Sair da cama?  Sim  Não Vestir-se?  Sim  Não Preparar sua refeições?  Sim  Não Fazer compras?  Sim  Não

**INCONTINÊNCIA:** Você às vezes perde urina ou fica molhado?  Sim\*  Não  
\*Se Sim, perguntar:  DIA  
Quantas vez(es)  |  |  por  SEMANA  MÊS **Isto provoca algum incômodo ou embaraço?**  Sim  Não

**NUTRIÇÃO:** Você perdeu mais que 4 Kg no último ano?  Sim  Não  
Peso usual  |  |  |  Kg Altura  |  |  |  cm

**SUPORTE SOCIAL:** Alguém poderia ajudá-lo caso você fique doente ou incapacitado?  Sim  Não  
Quem poderia ajudá-lo? (cite o grau de parentesco) \_\_\_\_\_  
Quem seria capaz de tomar decisões de saúde por você caso não seja capaz de fazê-lo? (cite o grau de parentesco) \_\_\_\_\_

**HOSPITALIZOU** nos últimos 6 meses?  Sim  Não

Horário do término:  |  |  h:  |  |  min. **DATA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fonte: Sirena (2002).

Após a avaliação clínica e a realização do plano de cuidados são iniciadas as ações, para as quais é importante a definição de protocolos. Protocolo assistencial é a descrição de uma situação de assistência/cuidado com detalhes operacionais e especificações sobre o que será realizado, quem realizará e como será feito. Também pode prever ações de avaliação/diagnóstica ou de cuidado/tratamento, como o uso de intervenções educacionais e tratamentos farmacológicos (PIMENTA *et al.*, 2015).

A construção de um protocolo deve levar em consideração os princípios legais e éticos dos profissionais envolvidos, os preceitos da prática clínica baseada em evidências, as normas e os regulamentos do SUS. Para sua elaboração inicialmente é realizada uma definição clara do foco, da população-alvo, dos profissionais envolvidos e a da estratégia de revisão da literatura e análise das evidências encontradas (PIMENTA *et al.*, 2015). Em geral, para execução de um protocolo diversos procedimentos serão necessários, a descrição destes pode ser realizada por meio de Procedimento Operacional Padrão (POP).

O POP é composto pela descrição de ações técnico-assistenciais de forma estruturada, sistematizada e adequada ao cuidado, neste caso, domiciliar. Em um POP os seguintes tópicos devem estar presentes (MACHADO *et al.*, 2015):

- Nome e o conceito da ação a ser realizada
- Responsável pela sua execução
- Local onde será desenvolvida
- Método de registro do que será realizado
- Material necessário
- Descrição detalhada (passo a passo) necessária para execução da ação
- Observações
- Resultado esperado
- Ações corretivas

O uso de protocolos tende a aprimorar a assistência, favorecer o uso de práticas cientificamente sustentadas, minimizar a variabilidade das informações e condutas entre os membros da equipe de Saúde, estabelecer limites de ação e

cooperação entre os diversos profissionais. Os protocolos e o POP não anulam a autonomia profissional e cabe a ele realizar adaptações em casos excepcionais, tendo em mente a garantia da segurança do usuário (PIMENTA *et al.*, 2015).

### **3.5 Avaliação e Adaptação da Residência**

Uma das etapas do processo de verificação das condições de AD deve abarcar a avaliação da residência, com foco na identificação de necessidades de adaptações para o cuidado. A busca de adaptação de uma residência para que se torne mais adequada para o cuidado com o apoio de outros equipamentos intersetoriais é importante para a melhora da saúde como um todo. Nesse sentido, aspectos importantes a serem observados para garantir a execução de procedimentos de forma segura e assegurar a segurança do paciente neste ambiente são: fornecimento de água potável e energia elétrica; espaço físico para um leito e os equipamentos necessários para assistência; meios de comunicação; acesso para veículos de emergência (BRASIL, 2006).

Além disso, o reconhecimento do ambiente domiciliar é fator importante e parte integrante do processo de cuidado domiciliar, essa ação tem o objetivo de identificar fatores intervenientes na saúde, bem como os que facilitam ou dificultam o cuidado domiciliar (BRASIL, 2016). Assim, durante a visita dos profissionais da APS, a observação do ambiente domiciliar e o registro de informações relevantes contribuem para o estabelecimento de um plano terapêutico em acordo com a realidade e o contexto em que o usuário está inserido. É importante salientar que em caso de propostas de alterações ou mudanças por parte da equipe devem sempre haver o consentimento e a parceria do usuário e familiares, sempre respeitando a dinâmica da família, suas singularidades, padrões culturais e as necessidades do usuário.

É primordial, além da avaliação das condições domiciliares, a avaliação do território, principalmente em regiões de grande vulnerabilidade. O território de grande vulnerabilidade não é um impeditivo para AD, mas deve fazer parte da avaliação cautelosa do caso, tanto para fins de avaliação de riscos para a equipe quanto para o próprio paciente de permanecer no local. É essencial a

comunicação e a pactuação com a família sobre dias e horários para a realização dos atendimentos.

Recentemente há experiências de mapeamento de zonas de conflitos, promoção de comportamentos seguros e redes de comunicação para mitigar riscos para as equipes. Caso não seja possível essa pactuação em áreas que estejam em conflitos, é essencial a oferta a essas famílias de outras alternativas de atenção à saúde, seja com verificação da possibilidade de mudança temporária ou definitiva do usuário para outro território, seja com formas diferentes de prover o cuidado necessário (SILVA *et al.*, 2017; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

### **3.6 Projeto Terapêutico Singular – PTS**

O diálogo entre a equipe multiprofissional, família e paciente é essencial. Essa comunicação deve ser clara, objetiva, simples para atravessar todas as barreiras e assim garantir a segurança do paciente (BRASIL, 2016). Para uma assistência integral do indivíduo e sua família, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença, é necessário que o usuário seja reconhecido como sujeito ativo do tratamento.

Assim, um instrumento importante é o Projeto Terapêutico Singular (PTS): um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para indivíduos ou grupos, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, elaborada em conjunto com o paciente e sua família/cuidadores (BRASIL, 2009). O PTS é construído a partir da relação entre o usuário e o profissional de Saúde, com base nas necessidades individuais, levando em consideração sua historicidade e suas singularidades, buscando maior empoderamento em relação à sua saúde e autonomia (MERHY, 2000; PINTO *et al.*, 2011; CARVALHO *et al.*, 2012).

Especificamente o PTS consiste em definir as demandas deste paciente sob cuidados domiciliares, ou desta família, envolver este grupo de pessoas no próprio processo de tomada de decisões – o que o torna realmente singular – seguido da definição, dentro dos recursos disponíveis, de um cardápio de ofertas dentro da própria equipe – ou da rede de atenção, ou ainda da rede de apoio

social – capaz de oferecer a melhor resposta possível para cada situação, ou para o conjunto delas. Segundo a Política de Humanização do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009), o PTS é composto por quatro momentos:

- Diagnóstico: momento de realizar uma avaliação completa, biopsicossocial. Tentar entender o indivíduo de maneira singular, sua situação frente aos problemas e suas interações sociais e levantar diagnósticos.
- Definição de metas: momento de traçar metas com o usuário e definir prazos.
- Divisão de responsabilidades: momento de dividir as responsabilidades entre os profissionais, de forma clara e objetiva, assim como de acordar o que será responsabilidade do paciente e sua família/cuidadores. Definir um coordenador do caso, que geralmente é o membro da equipe com maior vínculo com o paciente e sua família.
- Reavaliação: momento de avaliação da evolução do caso e suas possíveis correções e sugestões de novas propostas.

O PTS pode ser estabelecido em diversas situações, e se aplica melhor naquelas em que a complexidade dos problemas demanda o estabelecimento de múltiplas intervenções e o acionamento de diversos pontos da rede ou diversas ações dentro das equipes para a resolução dos problemas apresentados. Exatamente por isso, o PTS torna-se ferramenta interessante no âmbito da AD, na qual questões clínicas, familiares, existenciais, espirituais e sociais se misturam.

Ao estabelecer este casamento entre a demanda e o cardápio de ofertas, com a concordância e a participação dos próprios envolvidos no cuidado, estabelece-se um PROJETO – porque demandarão múltiplos atores, responsáveis, prazos, em um verdadeiro exercício de planejamento de ações – que será terapêutico na medida em que as demandas apresentadas serão atendidas dentro de um rol de ações ou procedimentos que visam à terapia – seja ela biológica, espiritual, social ou familiar. A tabela a seguir ilustra uma forma de registro de vinculação entre oferta e demanda.

**Tabela 8 – Vinculação de demandas e ofertas – PTS**

Demandas identificadas	Paciente e/ou cuidador	Cardápio de ofertas
1	( )C ( )D ( )A	
2	( )C ( )D ( )A	
3	( )C ( )D ( )A	
4	( )C ( )D ( )A	
5	( )C ( )D ( )A	
6	( )C ( )D ( )A	
7	( )C ( )D ( )A	
8	( )C ( )D ( )A	
9	( )C ( )D ( )A	
...	( )C ( )D ( )A	

Fonte: Elaboração própria.

Siglas: C = Concorda; D = Discorda; A = Abstém-se.

### 3.7 Cuidado Compartilhado e Equipamentos da Rede de Atenção à Saúde e Intersetoriais

O trabalho em equipe ideal não é aquele no qual todos os profissionais fazem tudo ao mesmo tempo, mas sim aquele em que a soma dos diferentes saberes produzidos por profissionais heterogêneos, ou mesmo especialidades, é colocada à disposição do paciente no momento mais oportuno. Assim, o trabalho se torna harmônico e os saberes nucleares de cada um se complementam, proporcionando uma atenção dinâmica e de qualidade (SAVASSI; CUNHA, 2017, p. 318).

O compartilhamento do cuidado é um conceito cada vez mais importante para se contrapor ao modelo tradicional de organização do sistema de saúde, que ocorre por meio de propostas fragmentadas e, por isso, não tão efetivas. É muito importante que os profissionais de Saúde conheçam as atribuições de cada ponto da rede, para que possam dispor de cada serviço de forma mais efetiva, evitando consultorias e encaminhamentos desnecessários e, então, o desperdício de tempo e ações. Nesse sentido, durante as ações de AD, considerando o ordenamento



que deve partir da APS, o mapeamento das potencialidades intersetoriais são importantes aliados em cuidados com qualidade e maior resolutividade no PTS, que deve ser compartilhado entre os serviços e/ou profissionais envolvidos.

A função do plano de cuidado compartilhado com os diferentes profissionais da rede envolvidos no cuidado ao usuário é garantir que todos busquem os mesmos objetivos, por meio de ações específicas. Idealmente, as informações correspondentes ao usuário não devem ser trocadas somente de forma burocrática e impessoal, mas realizadas entre pessoas que se conhecem e trabalham juntas em algumas ocasiões.

São importantes, como facilitadores dessa integração em rede, as iniciativas de Educação Permanente em Saúde (EPS), a fim de pulverizar preceitos filosóficos, alternativas e ferramentas de transição e práticas de humanização, continuidade e resolutividade do cuidado. Dentro da proposta imprescindível de EPS, indicamos a realização de oficinas territorializadas temáticas para todos os profissionais que atuam com AD, sejam da APS, do SAD ou de outros serviços visando à discussão de temas prevalentes e de casos recorrentes naquele território. Trata-se de espaço importante para as diversas equipes estabelecerem conceitos, consensos e fluxos entre si, relativos ao trabalho ofertado.

Outra medida importante é uma boa divulgação, visando à correta compreensão de toda a RAS, especialmente dos profissionais dos serviços hospitalares e de urgência, sobre as especificidades da APS e do SAD, quando existente, no cuidado domiciliar. Isso, além de facilitar fluxos de referência e contrarreferência, incorpora de maneira mais consolidada este delineamento na oferta de serviços de saúde. Os Conselhos Municipais de Saúde, como ferramenta importante de controle social, e as promotorias e órgãos do Judiciário precisam também estar muito bem esclarecidos, para se tornarem parceiros na defesa e na implementação da AD como modalidade de atenção definitiva do SUS.

### **3.8 Transição do Cuidado**

A Transição do Cuidado (TC) é definida como conjunto de ações que devem assegurar coordenação e continuidade da assistência à saúde à medida que os

usuários transitam entre diferentes profissionais, serviços de saúde, ambientes ou níveis de atendimento, de acordo com sua condição de saúde e necessidades de cuidado (KANSAGARA *et al.*, 2016; JOINT COMMISSION, 2012; COLEMAN *et al.*, 2007). Quando bem aplicadas, promovem aumento na qualidade de atendimento, redução de eventos adversos, maior satisfação dos usuários, resolutividade das terapêuticas propostas e redução de custos institucionais (NAYLOR; SOCHALSKI, 2010 apud ACOSTA, 2016). É de grande relevância ainda para a integralidade do cuidado, uma vez que evita segmentações ou objetivos divergentes entre os serviços.

As ações de TC são especialmente importantes para os usuários com doenças crônicas e esquemas terapêuticos complexos, que geralmente recebem cuidados de diferentes serviços e transitam com frequência em ambientes de cuidados de saúde (NAYLOR; KEATING, 2008). Na tabela a seguir, descrevemos ações a serem implementadas pelos serviços, sobretudo na transferência entre setores de complexidades diferentes. Todavia, é preciso chamar a atenção para algumas atitudes a serem construídas nos serviços de APS como, por exemplo, ações de referência e contrarreferência, suporte social, reconciliação medicamentosa e vínculo com o cuidador/usuário.

O suporte social pode ser aprimorado quando se consegue identificar quais as necessidades do usuário, encaminhar os benefícios sociais pertinentes, formar redes comunitárias de apoio e conduzir grupos temáticos periódicos. Ter uma equipe treinada para adaptar domicílios com os recursos existentes pode melhorar a rotina dos usuários e conferir maior segurança e acolhimento aos cuidadores.

### Quadro 3 – Ações para organização da transição do cuidado – TC

Ação de transição do cuidado	Descrição
Construção do plano de cuidados	Cabe aos profissionais da APS construir um plano de cuidados abrangente, que prevê a integralidade do cuidado e o envolvimento dos usuários, seus familiares, assim como demais profissionais da rede que participem do cuidado ao paciente. É importante que o plano de cuidados contenha a lista de problemas atuais, os medicamentos em uso, as alergias, a função cognitiva e a funcionalidade.

CONTINUA

CONTINUA

Ação de transição do cuidado	Descrição
Educação do usuário e cuidador	Educar usuário e cuidador de acordo com a sua condição clínica, enfatizando os medicamentos em uso, sua relação com diagnóstico e a importância da realização dos cuidados. Para efetividade da orientação, sugere-se escutar os conhecimentos prévios do usuário sobre o assunto, orientar de forma compartilhada com o seu conhecimento e se utilizar o método da repetição ( <i>teach-back</i> ). O método da repetição é o processo de explicar informações aos pacientes e pedir-lhes para reafirmar a informação para avaliar a precisão. O profissional então repete o processo até o usuário/cuidador demonstrar compreensão.
Preparação do usuário e seu cuidador para receber cuidados no próximo contexto e envolvê-lo de forma ativa nas decisões relacionadas à formulação e à execução do plano de cuidados	Garantir que o usuário receba orientações claras sobre como administrar sua condição de saúde (ex.: reconhecer sintomas de alerta que possam indicar piora da condição clínica), como entrar em contato com um profissional de Saúde familiarizado com seu plano de cuidados e como procurar atendimento de saúde em seu território. Identificar as condições do usuário, responsabilizar-se por si ou encontrar um cuidador responsável é fundamental, afinal, as informações devem ser transmitidas de forma clara e compreensível aos envolvidos no cuidado, seja o próprio usuário, seja o familiar ou cuidador.
Reconciliação medicamentosa	Coletar a história de uso de medicamentos e reconciliar com as medicações prescritas em cada serviço de saúde. Orientar o paciente para fazer uso correto dos medicamentos prescritos. A reconciliação medicamentosa pode ser elaborada por uma pessoa coordenadora do cuidado e acompanhamento do usuário em todos os processos de transferência (obviamente, um sistema informatizado e atualizado garantiria a ciência do uso de medicamentos por todos os envolvidos). Para garantir o cumprimento das prescrições, podem ser utilizadas tabelas, organizadores e monitoramentos a distância (via telefone ou <i>chat</i> ), conforme realidades dos serviços e usuários.

CONTINUA

## CONCLUSÃO

Ação de transição do cuidado	Descrição
Comunicação bidirecional entre profissionais de Saúde	<p>É essencial que os processos de comunicação intra e entre equipes sejam eficazes, isso significa registrar adequadamente todos os processos e, principalmente, o plano de cuidado; fornecer documentos claros sobre a situação dos usuários na transferência entre os pontos e dispor de tempo para entrar em contato com todas as pessoas envolvidas (COLEMAN; BOULT; AMERICAN GERIATRICS SOCIETY HEALTH CARE SYSTEMS COMMITTEE, 2003). O plano pode ser disponibilizado por contato telefônico, meio eletrônico ou por meio de um prontuário médico em papel.</p> <p>A existência de um serviço de correio eletrônico efetivo ou uma linha telefônica disponível também podem melhorar a comunicação e aproximar equipes.</p> <p>Reuniões intra e intersetoriais periódicas para discussão dos casos mais difíceis constituem outro recurso utilizado que costuma apresentar bons resultados. O conhecimento dos critérios de elegibilidade para a inclusão dos usuários em outros serviços/programas de saúde e a construção de vias ágeis para encaminhamentos são essenciais para a fluidez do cuidado.</p>
Alta hospitalar segura	<p>Durante internação hospitalar, diversas medidas podem ser adotadas para que seja realizada transição segura do hospital para o domicílio, principalmente no que se refere à educação do usuário e do cuidador para o cuidado após a alta hospitalar e a reconciliação medicamentosa. É comum que o tratamento medicamentoso receba alterações durante a internação hospitalar, e é fundamental que isso esteja claro para o usuário e para os profissionais da APS que seguirão o acompanhamento de saúde.</p>
Qualificação dos profissionais de Saúde envolvidos no cuidado ao paciente em relação ao tema Transição do Cuidado	<p>Instituições de ensino, conselhos profissionais e serviços de saúde podem ofertar educação continuada referente às competências envolvidas no processo de transição do cuidado: construção do plano de cuidado compartilhado com paciente e cuidador; integralidade e individualidade do usuário no plano de cuidados, comunicação ativa (telefônica, eletrônica ou impressa) com profissionais de Saúde em todos os ambientes, transferência do cuidado, tempo oportuno para transferência.</p>

Fonte: Elaboração própria.

### 3.8.1 Transição do cuidado entre hospital e a equipe da APS

A TC do hospital para o domicílio pode expor os pacientes a eventos adversos durante o período pós-alta e acarretar em reinternações e maior custo ao sistema de saúde. Os déficits em comunicação na alta hospitalar são comuns e informações precisas sobre eventos hospitalares importantes geralmente são transmitidas de forma inadequada para os profissionais da APS.

Um conjunto de ações, como a educação do usuário, o planejamento de alta estruturada, a reconciliação de medicamentos, as visitas de acompanhamento ou as chamadas telefônicas após a alta, são estratégias que oferecem apoio aos pacientes, facilitam a transferência de informações para os profissionais da APS e podem evitar reinternações (SOONG *et al.*, 2013). Essas ações devem estar presentes no atendimento ao usuário desde o momento da internação, ou mesmo na admissão do usuário em um serviço de emergência.

Durante internação hospitalar, algumas ações contribuem para efetivar a TC hospital-APS (SOONG *et al.*, 2013):

- Identificar e/ou confirmar se o usuário realizava acompanhamento na APS ou encaminhar familiar para cadastro do usuário em unidade de saúde de referência.
- Entrar em contato com equipe da APS para notificar a admissão do paciente, diagnóstico e data de alta prevista.
- Pacientes com múltiplas comorbidades e risco para reinternações podem ter agendamento de atendimento domiciliar em 7 a 14 dias após alta hospitalar (de acordo com a gravidade do caso, a disponibilidade dos profissionais e de transporte, se necessário).
- Reconciliar os medicamentos prescritos na alta com os medicamentos de uso domiciliar.
- Fornecer ao paciente, APS e cuidador (família, técnico de instituição de longa permanência) cópia da nota de alta, incluindo medicamentos em uso.
- Ofertar um sumário de alta completo e compreensível aos demais profissionais de Saúde, ao usuário e ao seu cuidador/familiar contendo diagnóstico de alta, comorbidades, medicamentos em uso, programação de segmentos

- ambulatorial, datas de exames, informações sobre como obter os resultados de exames que ainda não estiverem prontos no momento da alta hospitalar.
- Realizar orientação dos cuidados, quadro clínico, uso de medicamentos e sinais de gravidade ao usuário e cuidador.
  - Traçar um plano de seguimento com os exames pós-alta e retorno com especialistas.
  - Contato telefônico, aos usuários com múltiplas comorbidades para sanar dúvidas, revisar plano de cuidados e uso de medicamentos em 72 horas após a alta hospitalar.

Essas medidas podem ser pactuadas entre APS e hospital para definição de responsáveis, sendo que cabe ao Serviço de APS ofertar atendimento breve ao usuário com múltiplas comorbidades após a alta hospitalar. Entre os meios para o serviço ter conhecimento da internação desses pacientes está a utilização de um sistema integrado e informatizado, a identificação ativa no território realizada pelos ACS, que podem ser orientados para tal e a orientação aos pacientes e cuidadores para buscar a UBS após a alta hospitalar.

### **3.8.2 Transição do cuidado entre equipe da APS e hospital**

A TC entre APS e hospital, em geral, pode ocorrer em casos de emergência com necessidade de transporte via Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), situações de urgência, internação eletiva e realização de exames. Independentemente da motivação, e de se tratar de situação de urgência ou eletiva, algumas informações devem ser fornecidas para um adequado encaminhamento: lista de problemas, medicamentos em uso, informações motoras/mobilidade e cognitivas e outros aspectos relevantes do plano de cuidados, por exemplo, em caso de cuidados paliativos, quais são as medidas a serem tomadas ou a serem evitadas.

No caso de encaminhamentos em situações eletivas, via referência, é importante que a equipe da Unidade de APS conheça os fluxos de encaminhamento, se via Sistema de Regulação (Sisreg ou outros) ou mediante algum outro procedimento, além de definir claramente características do caso para uma adequada classificação de priorização.

Em situações de emergência em que o usuário será transportado via Samu, é de fundamental importância que estes profissionais se responsabilizem pela transmissão da informação e, preferencialmente, entreguem o documento enviado da APS para o local de internação. O contato telefônico entre o médico de referência da APS e o médico do hospital garante maior troca de informações e discussão do caso, especialmente em casos mais complexos ou menos corriqueiros. Nos casos de menor urgência o próprio usuário ou cuidador pode entregar o documento ao serviço de emergência ou hospital.

### **3.8.3 Transição do cuidado entre Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e APS**

Durante o atendimento pelo SAD, o serviço de APS deve estar ciente do acompanhamento do usuário pelo serviço, uma vez que o usuário pertence ao território e informações importantes podem ser fornecidas pela equipe de APS ao SAD sobre condição clínica prévia, estrutura e relações familiares, rede de cuidado, entre outros. A transição do cuidado entre SAD e APS envolve a troca de informações entre as equipes e o compartilhamento do plano de cuidados ou PTS.

O momento de realizar a alta do SAD para a APS deve ser compartilhado entre as equipes e o usuário, e a troca de informações de casos complexos deve ser realizada previamente para que a APS possa organizar fornecimento de insumos, medicamentos e programação dos atendimentos. No momento de transição, idealmente, a troca de informações deve ser realizada pessoalmente no serviço de APS ou, a depender do caso, no domicílio do paciente. Uma visita compartilhada pode oferecer segurança ao usuário e cuidador/familiar e favorecer a formação de vínculo entre usuário e profissionais, principalmente nos casos em que os usuários não eram acompanhados pela equipe de APS anteriormente.

## **3.9 Situações de Urgência e/ou Imprevistas**

A equipe de APS, na sua prática diária de atenção a um grupo populacional (população adscrita) e em espaço geográfico delimitado (território), pode se deparar com a demanda de atenção a uma ou mais pessoas em situação de

instabilidade, com ou sem risco de morte imediata ou mediata. Essas situações podem se apresentar à equipe, no seu coletivo ou ao profissional, isoladamente por circunstâncias não controladas, como ser o único profissional disponível naquele momento. Os cuidados dispensados vão variar de acordo com alguns parâmetros como a idade da pessoa assistida, o suporte ou a rede de apoio de que disponha, a sua capacidade de locomoção, o acesso a exames laboratoriais, de imagem e uma boa interface entre o cuidador, a equipe de APS e a atenção secundária/terciária.

Nesse sentido, uma situação não rara na APS é a chamada “VD de urgência”, na qual normalmente um familiar, cuidador, ACS, vizinho ou a própria pessoa aciona a equipe devido a uma determinada intercorrência referida como urgente. Tal situação pode colocar os profissionais em dúvida sobre como agir e qual a melhor decisão. O profissional deve sair UBS fora para realizar a VD? Deve solicitar que a pessoa seja trazida à UBS para avaliação, pois está atendendo os pacientes agendados? Informa que não realiza VD de urgência? Ou orienta que seja chamado o Samu (se existente) ou que a pessoa seja levada para um serviço de urgência/emergência pelos familiares?

Além disso, outras questões surgem como: quais seriam as atribuições gerais para a APS para atendimento às demandas espontâneas nos domicílios ditas “urgentes”? Quais suas possíveis implicações para a gestão e a organização dos serviços de APS em âmbito local? Quais possíveis consequências de um “sim, nós vamos” ou “não, não podemos” para as famílias e comunidades no que diz respeito ao seu vínculo com a equipe?

Para auxiliar na organização do atendimento à “VD de urgência” é preciso, portanto, estabelecer o fluxo de funcionamento de cada UBS, isto é, o modo como ocorre o acolhimento à população. Deve incluir como ele se divide, quem recebe as informações, de quais formas o problema do paciente consegue chegar a quem possa auxiliá-lo a resolver (telefone, recepção, ACS, enfermagem, outros profissionais, vizinhos).

É importante acordar na equipe da APS que, em situações supostamente urgentes ou emergenciais, os profissionais, especialmente médico e enfermeiro, tenham autonomia e estejam devidamente capacitados e seguros para a



classificação de risco da “VD de urgência” para a tomada de decisão, levando em consideração as informações recebidas, avaliando cada caso e tomando a melhor conduta possível. Considerando que as equipes de APS também atuam em áreas de conflito e violência na periferia de grandes cidades, áreas rurais e ribeirinhas de difícil acesso, é fundamental a avaliação em cada contexto, prevalecendo a segurança dos profissionais e dos usuários.

Para que os profissionais possam subsidiar e facilitar a classificação de risco e auxiliar na tomada de decisão, faz-se necessária a obtenção do maior número de informações relevantes possíveis. Alguns passos sugeridos para a avaliação da “VD de urgência”:

- Qual o motivo da solicitação de “VD de urgência”?
- Existe gravidade no caso (considerando história clínica, sinais, sintomas)?
- O paciente é conhecido da equipe (paciente conhecido por meio de lista de problemas e histórico do prontuário)?
- Após avaliação da demanda, a VD deverá ser realizada no momento do chamado? Ou poderá ser organizada para o turno ou dia seguinte? É caso para chamar o Samu ou remoção para serviço de urgência/emergência?
- O caso é para médico ou enfermeiro?
- O paciente reside próximo à UBS? Caso longe, ele necessita de meio de transporte?

A seguir, apresentamos um caso relativamente comum na APS de uma demanda espontânea em uma Unidade Básica de Saúde. Mais especificamente, expomos uma situação que está acontecendo em um domicílio da comunidade, e que supostamente seja de urgência/emergência. Após analisarmos o cenário, serão apresentadas possíveis decisões e discussões sobre diversos aspectos envolvidos.

É tarde de quarta-feira, são 13 horas, início de mês, sua equipe está acolhendo as gestantes que chegam à unidade para realizar o pré-natal de rotina. Algumas gestantes que estão marcadas para os primeiros horários já chegaram e o médico e o enfermeiro iniciam os atendimentos. Por volta de 15 horas, dona Zilda chega à recepção da Unidade um pouco ofegante e desesperada, informando à recepcionista:

*“Boa tarde, por favor, minha mãe não está bem! Estava dando o mingauzinho da tarde e ela engasgou. Meu Deus, ela tá muito cansada. Muita falta de ar. Preciso falar com o Dr. Pedro. Vê se ele pode ir lá a casa agora...”*

**Cenário:** Sua Unidade Básica situa-se em uma cidade com aproximadamente 50 mil habitantes, não possui Serviço Móvel de Urgência/Emergência e existe um pronto atendimento local com uma pequena sala de emergência.

A mãe da senhora que acionou a equipe possui 76 anos e está acamada devido à síndrome demencial avançada, e mora a aproximadamente três quadras da unidade de saúde.

A recepção da sua unidade possui quatro gestantes aguardando atendimento, três outras estão agendadas e uma mãe com uma criança de colo com febre espera para ser atendida.

Nesse momento, a recepcionista da unidade bate na porta do consultório do médico, pede licença para interromper o atendimento e relata a situação.

Possíveis reações do profissional diante dessa situação:

- “Avisar a dona Zilda que não realizamos visita de urgência e que consigam um carro e a transportem para o pronto atendimento municipal”.
- “Explique a dona Zilda que estamos fazendo pré-natal, que têm muitas gestantes para serem atendidas, que não temos recurso aqui, que não temos ambulância e solicite que consigam um carro e a transportem para o pronto atendimento municipal”.
- “Explique a dona Zilda que o enfermeiro vai com ela para fazer uma avaliação inicial e me ligará de lá informando tecnicamente a gravidade do quadro”. E, após a comunicação do enfermeiro por telefone sobre o estado da paciente, os demais membros da equipe que forem necessários se deslocarão para o domicílio.
- “Já estou indo!” – e sai da UBS sem explicar nada às gestantes e sem avaliar a possível gravidade do caso.

- “Já estou indo” – o profissional explica para dona Zilda na recepção que vai com ela, ver o que pode ser feito, apesar de não possuir os recursos necessários para prestar um atendimento de urgência e emergência. Explica para as gestantes que existe uma situação de possível urgência e emergência na comunidade e que terá de prestar socorro à família.
- “Já estou indo” – o profissional explica para dona Zilda na recepção que vai com ela, ver o que pode ser feito. Pega a mochila com os materiais para atendimento de urgência e emergência e o cilindro de oxigênio. Explica para as gestantes que existe uma situação de possível urgência e emergência na comunidade e que terá de prestar socorro à família. De lá comunicará à recepcionista da Unidade se voltará para continuar o atendimento, ou se naquele dia excepcionalmente desmarcará os atendimentos para apoiar a família no domicílio.

Quando expomos anteriormente as possíveis respostas frente a essa situação, não há intenção de dizer o que é certo ou errado e nem há a pretensão de prever todas as situações possíveis. O que se pretende é propor reflexões sobre quais seriam respostas “mais razoáveis”, e que situações como estas deveriam ser previstas e esperadas pela equipe. Afinal, ao atender uma urgência no domicílio, os profissionais de Saúde envolvidos nesta ação não fortaleceriam de tal maneira o vínculo com aquele paciente, sua família e até mesmo com a vizinhança? As orientações individuais ou mesmo coletivas com essa família e comunidade poderiam ser mais assimiladas, absorvidas ou fariam mais sentido vindo de uma equipe que é percebida pela comunidade de fato como referência em saúde.

Nesse contexto, uma equipe que presta atendimento de baixa complexidade tecnológica a uma situação relativamente comum consegue demonstrar não apenas sua capacidade de lidar com os problemas emergentes na população a qual atende, mas consegue colocar em prática de maneira implícita os atributos da APS como: acessibilidade, integralidade, coordenação, longitudinalidade e, acima de tudo, demonstra responsabilidade para com sua comunidade. Ressalte-se que, apesar da responsabilidade sanitária não ser exclusiva da Atenção Primária, é uma característica essencial a ela.

Nesse sentido, cada possível resposta à situação descrita ou outras semelhantes pode ser analisada e discutida, abordando não apenas a questão administrativa ou legal. É muito importante analisar até que ponto cada atitude se relaciona, de forma conceitual e pragmática, com os principais atributos da APS, com a formação de vínculos com a população e com o desenvolvimento de outras atividades pela equipe.

Além disso, tão importante quanto ter disponibilidade para as eventuais necessidades de atendimentos urgentes, é a percepção de situações previsíveis e relativamente comuns, especialmente quando se trata de pessoas acamadas e com condições crônicas, para as quais é possível programar e pactuar grande parte das respostas. Por exemplo, o acompanhamento regular dos acamados pode tanto prevenir intercorrências quanto promover maior conhecimento e habilidades para lidar com a situação imprevista por parte dos cuidadores e mesmo maior apropriação sobre o caso pela equipe.

Nesse sentido, não se pode, evidentemente, fazer apenas aquilo que é urgente, também é necessário dedicar-se ao importante, em especial quando se trata da APS. Por isso que é importante a discussão quanto à prevalência dessas emergências domiciliares, pois assim veremos que é possível prestar assistência ao dito “importante” e ao “urgente”, se o “inusitado” tornar-se previsível e sistematizado. A partir desse diagnóstico é possível ainda realizar outras ações, de âmbito educativo e preventivo, como discussões sobre situações urgentes em reuniões de Conselhos Locais de Saúde ou em grupos educativos.

Nos grupos operacionais de educação em saúde com pessoas portadoras de hipertensão e ou diabetes usualmente se fala sobre mudança de comportamento, adesão ao tratamento farmacológico e consequências de um mau controle dessas patologias, mas ainda é pouco frequente a discussão com a comunidade sobre como proceder perante situação emergencial como, por exemplo, um acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM) ou crise hipoglicêmica. Talvez, a resposta que seria dada a dona Zilda em um “momento de urgência”, deveria começar nesses grupos. Caso nos momentos de conversa e educação em saúde com a comunidade atendida por uma UBS sejam planejadas e sistematizadas, essas ações e reações da comunidade e dos profissionais de

Saúde perante uma provável situação emergencial, serão muito mais harmônicas e gerarão menos conflito.

Nesses momentos de diálogo com a comunidade poderiam ser abordados aspectos como:

- Explicação sobre que “recursos tecnológicos” a unidade dispõe e que situações podem ser atendidas/resolvidas dada essa realidade.
- Qual a disponibilidade de transporte eletivo ou de urgência sob gestão da unidade.
- Qual(ais) serviço móvel de urgência/emergência o município tem acesso.
- Quais os entendimentos e acordos com a comunidade para atuação geral e específica da equipe em situações de urgência/emergência no domicílio, considerando a realidade local e municipal.

## REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M. **Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas:** do serviço de emergência para o domicílio. 2016. 162 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução RDC n. 11, de 26 de janeiro de 2006.** Dispõe sobre o Regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. Brasília, DF: MS, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011\\_26\\_01\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html). Acesso em: 14 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Manual de assistência domiciliar na Atenção Primária à Saúde:** experiência do serviço de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2003. 49 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Segurança do paciente no domicílio**. Brasília, DF: MS, 2016. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, DF: MS, 2009. 64 p.

CARVALHO, L. G. P. *et al.* A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 521-525, 2012.

COLEMAN, E. A. *et al.* The central role of performance measurement in improving the quality of transitional care. **Home Health Care Services Quarterly**, New York, v. 26, n. 4, p. 93-104, 2007.

COLEMAN, E. A.; BOULT, C.; AMERICAN GERIATRICS SOCIETY HEALTH CARE SYSTEMS COMMITTEE. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. **Journal of the American Geriatrics Society**, [s. l.], v. 51, n. 4, p. 556-557, Apr. 2003.

JOINT COMMISSION. **Hot Topics in Health Care**: transitions of care: the need for a more effective approach to continuing patient care. 2012. 8 p.

KANSAGARA, D. *et al.* So many options, where do we start? An overview of the care transitions literature. **Journal of Hospital Medicine**, [s. l.], v. 11, n. 3, p. 221-230, 2016.

MACHADO, D. O. *et al.* Procedimento Operacional Padrão em Atenção Domiciliar. Internet. *In*: GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Laboratório de Inovações da Organização Pan-Americana de Saúde. POP em atenção domiciliar. **Portal da Inovação na Gestão do SUS**, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <https://apsredes.org/procedimento-operacional-padrao-em-atencao-domiciliar-2/>. Acesso em: 15 abr. 2020.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, 2000.

NAYLOR, M.; KEATING, S. A. Transitional care. **The American Journal of Nursing**, [s. l.], v. 108, n. 9, p. 58-63, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde e OPAS selecionam 11 experiências inovadoras em Gestão do Trabalho e da Educação em Atenção Domiciliar. **Portal da Inovação da Gestão no SUS**, [s. l.], 20 abr. 2018. Disponível em: <https://apsredes.org/ministerio-da-saude-e-opas-selecionam-11-experiencias-inovadoras-em-gestao-do-trabalho-e-da-educacao-em-atencao-domiciliar/>. Acesso em: 23 jul. 2019.

PERES, E. M. *et al.* The practice of physicians and nurses in the Brazilian Family Health Programme: evidences of change in the delivery health care model. **Human Resources for Health**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 25, p. 25-33, 2006. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-4-25>

PIMENTA, C. A. M. *et al.* **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo: Coren-SP, 2015. 50 p.

PINHEIRO, J. V. *et al.* Ferramenta para avaliação e gestão da visita domiciliar na Atenção Primária à Saúde: um relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1818, maio 2019. ISSN 2179-7994. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1818>. Acesso em: 6 jun. 2019.

PINTO, D. M. *et al.* Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 493-302, jul./set. 2011.

RIBEIRO, M. T. A. M. *et al.* **Capítulo abordagem comunitária: Inserção comunitária - Tratado de Medicina de Família e Comunidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

SAVASSI, L. C. M.; CUNHA, C. L. F. Atenção Domiciliária como estratégia do cuidado na Atenção Primária a Saúde. *In*: CUNHA, C. L. F.; SOUZA, I. L. de (org.). **Guia de trabalho para o enfermeiro na atenção primária a saúde**. Curitiba: Ed. CRV Ltda., 2017. p. 287-310. v. 1.

SILVA, A. C. C. *et al.* Experiência da implantação do acesso mais seguro na equipe do PADI Salgado Filho. **Revista Brasileira de Atenção Domiciliar**, São Paulo, ano 3, n. 3, jan./jun. 2017. Disponível em: [https://ciad.com.br/revista\\_ciad\\_completa.pdf](https://ciad.com.br/revista_ciad_completa.pdf). Acesso em: 16 abr. 2020.

SILVA, K. L. *et al.* **Atenção domiciliar na rede básica de saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 87 p.

SIRENA, S. A. **Avaliação Multidimensional do idoso**: uma abordagem avaliação em atenção primária à saúde. 2002. 93 f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

SOONG, C. *et al.* Development of a checklist of safe discharge practices for hospital patients. **Journal of Hospital Medicine**, [s. l.], v. 8, n. 8, p. 444-449, 2013.



# 4

## SITUAÇÕES FREQUENTES NA ATENÇÃO DOMICILIAR

### 4.1 Cuidados Paliativos

#### 4.1.1 Noções sobre cuidados paliativos e abordagem de pacientes em fim de vida

O envelhecimento progressivo da população aliado ao aumento da prevalência do câncer e outras doenças crônicas, o avanço tecnológico e o desenvolvimento terapêutico tornaram doenças antes mortais em crônicas, aumentando a longevidade dos seus portadores. Nos serviços em que trabalhamos, encontramos pacientes idosos, portadores de síndromes demenciais, com câncer ou sequelas neurológicas. Nesses cenários surgem os cuidados paliativos (CP) como alternativa de cuidado, para os quais precisamos implantar medidas para melhorar a oferta de cuidado a esses pacientes e capacitar profissionais envolvidos.

A Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007), define CP como abordagem que promove a qualidade de vida do paciente e seus familiares que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce e do tratamento impecável da dor e de outros sintomas e problemas físicos, psíquicos, sociais e espirituais. Segundo o conceito da OMS, o cuidado paliativo deve ocorrer de maneira contínua a partir do diagnóstico e em paralelo ao tratamento modificador da doença (CARVALHO *et al.*, 2012).

Dessa forma, a APS é cenário importante para o desenvolvimento de ações em cuidados paliativos, tanto pela capacidade de avaliar de forma mais

abrangente a situação do paciente, sua família e contexto social quanto pela atribuição de coordenação do cuidado com os serviços especializados, quando necessário. Além disso, o vínculo que constitui e reforça a longitudinalidade do cuidado auxilia nos processos de comunicação honesta sobre a situação, bem como no preparo da família/cuidadores diante da iminência de morte.

#### **4.1.2 Como avaliar um paciente em cuidados paliativos?**

Um grande desafio para a prática adequada do cuidado paliativo é uma boa avaliação do paciente e a identificação de parâmetros que apoiem de forma científica e clínica o diagnóstico. São necessários conhecimentos técnicos e humanos aliados à percepção da pessoa como principal ator envolvido no processo de adoecer e morrer. Além disso, é fundamental o envolvimento da equipe, da família e do paciente para as tomadas de decisões que levarão ao evento final. Para isso é necessária uma prática singular com cada paciente.

Como proceder?

Principais elementos da avaliação clínica:

- Dados biográficos: nome, sexo, idade, estado civil, religião, crenças, o que gosta de fazer, o que sabe da sua doença e o quanto quer saber.
- Cronologia da doença, desde o início até a presente data.
- Avaliação funcional.

Para cuidados paliativos em pessoas com câncer, uma escala útil para prognóstico e avaliação da incapacidade é a Escala de Desempenho de Karnofsky (*Karnofsky Performance Status Scale – KPS*), sendo que o seu valor é proporcional às chances de sobrevivência da pessoa, ou seja, quanto menor o valor, menor a sobrevivência (YATES; CHALMER; MCKEGNEY, 1980).

**Tabela 9 – Escala de Desempenho de Karnofsky (Karnofsky Performance Status Scale – KPS)**

Gradação (%)	Desempenho do paciente
100	Sem sinais ou queixas; sem evidência de doença
90	Capaz de realizar atividades habituais; poucos sinais e sintomas da doença
80	Realiza atividades habituais com esforço. Alguns sinais e sintomas de doença.
70	Cuida de si mesmo, ainda é capaz de trabalhar
60	Requer assistência ocasional, não é capaz de realizar atividades habituais ou trabalhar
50	Necessita de cuidados frequentes e assistência à saúde
40	Incapaz de realizar qualquer atividade; requer cuidados e assistência à saúde especiais
30	Extremamente incapacitada, necessita de hospitalização, sem sinal de morte iminente
20	Muito doente, necessita de medidas de suporte, hospitalização necessária
10	Moribundo, morte iminente
0	Morte

Fonte: Tradução de Yates, Chalmer e McKegney (1980).

É importante considerar o contexto da década de 1980 para a escala KPS, proposta por Yates, Chalmer e McKegney (1980), ponderando que a indicação de hospitalização se daria de forma absoluta em contexto de ausência de rede de saúde sem outras ofertas de cuidado. Atualmente, considerando uma rede organizada e disponível para os cuidados em outros pontos e que cuidados paliativos podem e devem ser feitos no domicílio, quando a família está devidamente preparada e amparada pela equipe de APS e/ou pelo SAD a indicação de hospitalização deverá ser avaliada em função de objetivos de cuidado de cada caso.

Nos cuidados paliativos, prognóstico e diagnóstico de terminalidade são fundamentais para a vigilância da curva da doença e para as tomadas de decisões. Uma das escalas usadas em CP é a escala PPS, derivada da KPS, mas aplicável a pacientes terminais por outras razões, além do câncer, podendo ser usada tanto em pacientes internados como em atendimentos ambulatoriais e domiciliares. Ela tem sido usada na tomada de decisões com valor prognóstico. O instrumento PPS avalia a funcionalidade da pessoa a partir dos seguintes itens (representados nas colunas): deambulação, atividade, evidência de doença, autocuidado, ingestão e nível de consciência (DOWNING *et al.*, 1993).

A pontuação dos escores resulta da avaliação da pessoa nos itens destacados e localização da respectiva linha de correspondência no momento de cada avaliação. Assim, para cada item da escala, deve-se identificar na coluna (item da escala) a situação que melhor descreve a realidade da pessoa. Após a identificação da categoria correspondente à situação da pessoa para cada item, determina-se o escore final (PPS), considerando os menores valores (mais baixos na coluna), dando-se maior peso (características mais relevantes na avaliação) às colunas mais à esquerda.

**Quadro 4 – Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos (*Palliative Performance Scale – PPS*)**

(PPS)	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingesta	Nível de Consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz para <i>hobbies</i> /trabalho doméstico; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades; doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência; +/- confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência; +/- confusão
20	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Mínima, a pequenos goles.	Completa ou sonolência; +/- confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência Completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma; +/- confusão
0	Morte	-	-	-	-

Fonte: (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012, p. 34). Baseada na Versão 2.0 da PPS publicada no J Pall Care 9 (4): 26-32, disponível em: [https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/07/pps\\_-\\_portuguese\\_brazilian\\_-\\_sample.pdf](https://victoriahospice.org/wp-content/uploads/2019/07/pps_-_portuguese_brazilian_-_sample.pdf).

## 4.2 Comunicação em Cuidados Paliativos

Para todos pacientes em cuidados paliativos a comunicação e o relacionamento humano são ressignificantes e essenciais ao cuidado. Os pacientes devem ser escutados, compreendidos, amparados, cuidados pelos profissionais de Saúde que os acompanham. A comunicação acontece de maneira verbal e não verbal, e a segunda, na maioria das vezes, é mais expressiva que a primeira. Para que essas necessidades sejam atendidas e os cuidados de fim de vida

sejam bem-sucedidos, é necessária relação de empatia e respeito entre os profissionais, a família e o paciente. Muitas vezes os profissionais de Saúde e os familiares evitam falar sobre terminalidade e morte com a expectativa de poupar o paciente e, no entanto, acabam gerando isolamento social entre o paciente e a família.

Enquanto parte desses pacientes gostaria de ser informado sobre sua doença, opções de tratamento, efeitos colaterais e demais assuntos relacionados a sua doença, outros não, e deve-se respeitar aqueles que não querem receber tais informações. Então, percebemos a importância da comunicação de notícias difíceis ou más notícias como sendo um dos pilares da relação entre pacientes e profissionais de Saúde. Para que esta comunicação seja efetiva, os profissionais de Saúde precisam ser capacitados para que possam atuar de acordo com as necessidades dos pacientes. A comunicação não é prática exigida na formação de profissionais de Saúde e estes, quando não capacitados de forma adequada, experimentam frustrações, ansiedade e medo ao fornecerem más notícias a seus pacientes.

Outro tema importante a ser abordado é o processo de luto que se inicia no momento do diagnóstico de uma doença potencialmente mortal, gerando cascata de perdas para o doente e sua família. Nesse contexto, leva-se em conta a identificação de sentimentos ambíguos, gerados pelo cansaço, dor e dúvidas, além de ser importante prever situações de crise familiar e possibilitar a livre comunicação entre doente e família sobre terminalidade, morte e sofrimento.

Esse processo comunicativo deve ocorrer durante todo o processo de cuidado, inclusive na terminalidade, propiciando a tomada de decisão participativa, na qual a família, o doente e a equipe contribuam com o planejamento dos cuidados. Esse cuidado com a comunicação é fundamental também no que se refere aos documentos e a outros fluxos entre serviços, pois a ausência desse compartilhamento é que, por vezes, pode levar a intervenções desalinhadas ou mesmo opostas entre diferentes profissionais, como, por exemplo, quando paciente, família e equipe de referência definem pela não utilização de métodos invasivos e, ao ser acionado, o Samu realiza intubação.

Quando se fala em terminalidade, o Conselho Federal de Medicina (CFM) editou a Resolução CFM n.º 1.805, de 28 de novembro de 2006, asseverando em seu artigo primeiro, que “é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal”. Em doentes terminais, a determinação de limites à intervenção médica é cada vez mais o paradigma da atuação médica,

necessitando-se de normas no ordenamento jurídico que permitam uma interpretação da vontade das pessoas.

No Brasil já se iniciou o debate e a proposta da legalização de diretivas antecipadas de vontade e do testamento vital. Essa proposta esteve a cargo do CFM que aprovou, em 31 de agosto de 2012, a Resolução CFM n.º 1.995 sobre o tema (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012). Porém, existe a necessidade de um diploma específico para regulamentar a sua implicação e mesmo para definir diretrizes de forma mais abrangente e respaldar os demais profissionais, no que se referem às suas atribuições.

Preparo da família em relação à morte e orientação sobre aspectos legais



*"A morte é rainha que reina sozinha  
Não precisa do nosso chamado  
Recado  
Pra chegar*

*Ociosas, oh sim  
As rainhas são quase sempre prontas  
Ao chamado dos súditos  
Súbito colapso  
Pode ser a forma da morte chegar*

*Não precisa de muito cuidado  
Ela mesma se cuida  
É rainha que reina sozinha  
Não precisa do nosso chamado  
Medo  
Pra chegar"*  
*A Morte – Gilberto Gil*



O tema "morte" e "morrer" é ainda tabu em muitas culturas, inclusive no Brasil. Em muitas cidades brasileiras é comum se deparar com um "Deus me livre" ou "cruzes", quando se fala no tema propriamente dito ou assuntos afins (doenças graves, por exemplo). Uma pesquisa inédita publicada em 2018, encomendada pelo sindicato dos cemitérios e crematórios particulares do Brasil,

sobre a percepção dos brasileiros a respeito da morte, encontrou que 74% dos entrevistados declararam não falar sobre o assunto no cotidiano (ALVIM, 2018).

Logo, se o assunto é evitado ou negligenciado, obviamente não existirá preparo para lidar com o vendaval de sentimentos, muitas vezes ruins (sofrimento, tristeza, angústia, desespero) que invadem aqueles que ficaram e que, geralmente, precisam organizar a logística de funeral, enterro, documentações etc. Enfrentar medos e desmistificar crenças limitantes pode ser o caminho para a abordagem do assunto pelos profissionais de Saúde antes que a morte ocorra. Para tanto, algumas perguntas devem ser respondidas pelos profissionais da APS antes mesmo de iniciar uma abordagem de preparo de uma família em relação à morte, a considerar:

- Estou preparado(a) para falar sobre morte e morrer sem imprimir minhas crenças e valores às pessoas que estão sob meu cuidado?
- Tenho vínculo com a pessoa e sua família para falar sobre morte e morrer? Há outra pessoa na equipe com maior vínculo com essa pessoa/família?
- Conheço os valores, as crenças, as superstições da pessoa e sua família sobre o assunto?

### 4.3 Óbito Domiciliar

O óbito no domicílio, comum na vivência da AD, demonstra mudanças em sua condução por profissionais e serviços de saúde. Após situação em que era evitado intensamente, atualmente passa a ser objetivo de trabalho e começa a ocorrer de forma mais frequente, tranquila e com maior aceitação por parte dos familiares e equipe, que conseguem prever, preparar e trazer mais segurança ao acontecimento (BRASIL, 2012; HOEPFNER JUNIOR; LANGARO, 2015).

A ocorrência do óbito no ambiente domiciliar promove o envolvimento não somente da equipe, mas também dos familiares, que reconhecem melhor este processo como natural, participando das decisões e dos cuidados. A vivência familiar gera diferentes emoções devido ao estresse decorrente deste processo, portanto a sensibilidade e percepção da equipe em reconhecer o curso familiar sobre o óbito no domicílio deve permanecer em alerta, com o objetivo de

prosseguir na assistência de maneira integral (ENCARNAÇÃO; FARINASSO, 2014). O estudo de caso a seguir demonstra a condução da situação de óbito:

A.S.S, sexo feminino, 45 anos, viúva, portadora da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) e câncer de pâncreas, recebeu a informação que não havia mais tratamento curativo para sua condição de saúde e foi encaminhada aos cuidados paliativos domiciliares. Reside com filha de 23 anos e dois netos. Nas últimas semanas, tem permanecido em estado torporoso, nutrição via sonda nasogástrica, reagente apenas aos estímulos dolorosos. Filha demonstra raiva e inconformidade à condição de terminalidade da mãe, mas deseja que ela permaneça com os cuidados no domicílio.

No caso da Sra. A.S.S o plano de cuidados deve pautar-se nos sentimentos da filha e garantir seu envolvimento em todo o processo, promover, sempre que possível, sua proximidade com a mãe e realidade, informar claramente sobre a evolução de seu quadro e os prováveis desfechos.

#### Quadro 5 – Plano de cuidados no processo de óbito

Prestar informações claras e objetivas	As informações sobre o quadro e a previsão dos desfechos devem ser claras e objetivas, esclarecer as dúvidas e manter canal de comunicação aberto.
Manutenção dos cuidados básicos e conforto	Estimular a filha a manter cuidados básicos e de conforto comunicando-se com Sra. A.S.S de forma tranquila sobre o cotidiano etc.
Processo de luto	Demonstrar empatia pelos sentimentos da filha, esclarecer sobre o processo de luto e auxiliar o autorreconhecimento sobre este, permitir sua vivência.
Preparo para o óbito	Estimular a filha a pensar sobre como a mãe planejava o óbito (rituais, cerimônias etc.), se desconhecimento, planejar de acordo com as preferências da mãe e família.
Preparo pós-óbito	Estimular a filha traçar objetivos simples após óbito da mãe, pensar como será a condução de sua rotina.

Fonte: Elaboração própria.



### 4.3.1 Luto



*“(...) Agora está tão longe  
Ver a linha do horizonte me distrai  
Dos nossos planos é que tenho mais saudade  
Quando olhávamos juntos na mesma direção  
Aonde está você agora além de aqui dentro de mim? (...)”  
Vento no Litoral – Legião Urbana*



Quando alguém morre, faz-se necessário o cuidado de quem ficou. E, a depender das crenças, do preparo prévio ao fenômeno de “morrer” e da capacidade de enfrentar o rompimento permanente do vínculo com quem se foi, o período de luto pode ser uma fase tranquila e temporalmente adequada ou muito difícil e prolongada. Além disso, alguns rompimentos e perdas podem ser interpretados como sendo fenômenos de “morte em vida”, a considerar: separação, desemprego, saída dos filhos de casa, diagnóstico de uma doença grave ou perda de autonomia diante de alguma doença súbita ou acidente, mudança de um ciclo de vida etc. (MARCOLINO, 1999).

Por isso, é preciso compreender o papel da equipe de APS diante do luto. E entender que o luto não está apenas relacionado a episódios pontuais de morte, pode ampliar a compreensão a respeito da resiliência humana diante de rompimentos e perdas, que, por sua vez, são fenômenos importantes no processo de desenvolvimento humano (MARCOLINO, 1999).

## 4.4 Atestados e Relatórios

A solicitação de atestados e relatórios na AD diversas vezes geram questionamentos por parte da equipe de Saúde. Apesar de ser uma solicitação comum, os profissionais permanecem em dúvida quanto à legalidade e ao respaldo institucional de tais documentações.

As finalidades destas documentações, frequentes nas situações de AD, correspondem à interdição, à isenção de tarifas, à solicitação de benefícios como aposentadorias e declarações de nascidos vivos, de óbito etc. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013). Entre as finalidades dos atestados e relatórios, as interdições são as que acarretam maiores dúvidas aos profissionais. O estudo de caso a seguir exemplifica como proceder em um relatório de interdição.

**Caso:** esposa do Sr. P.G.S., 38 anos, relata á equipe dificuldade na administração dos bens, da aposentadoria e da venda de um imóvel do marido devido à sua condição física e mental. Há dois anos Sr. P.G.S. sofreu um AVC comprometendo seu lado D e sua cognição. No momento, a esposa do Sr. P.G.S. possui uma procuração para receber a aposentadoria, entretanto o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) exige interdição de seu esposo para continuidade do pagamento.

No caso anterior, faz-se necessária interdição do Sr. P.G.S. para que sua esposa, e atual cuidadora, torne-se sua curadora, já que ele está impossibilitado cognitivamente de administrar seus “bens”. De acordo com o Código Civil (BRASIL, 2002), em seu artigo 1.767, aqueles que por enfermidade ou deficiência mental não tiverem seu discernimento necessário para os atos da vida civil poderá ser submetido ao instituto de curatela.

Dessa forma, a esposa do Sr. P.G.S. necessita de um relatório médico explicando a condição física e cognitiva de seu esposo para solicitar a interdição dele. O relatório a ser realizado pelo médico que assiste o Sr. P.G.S. deve conter as patologias, as limitações físicas e cognitivas detalhadamente. Em situações de dúvidas do profissional na realização deste, a avaliação domiciliar do usuário pode esclarecer melhor sua condição.

#### 4.4.1 Declaração de óbito

Inicialmente, cabe esclarecer conceitos documentais relacionados ao assunto, em especial a diferença entre declaração, atestado e certidão de óbito. O atestado de óbito, também conhecido como Declaração de Óbito (DO), é feito por um médico após exame do corpo. Já a certidão de óbito é um documento

emitido pelo cartório de registro civil das pessoas naturais e só pode ser obtida com apresentação do atestado/declaração de óbito (BRASIL; CONSELHO...; CENTRO BRASILEIRO..., 2009). A certidão de óbito é o documento obrigatório para que se proceda com o sepultamento do corpo, a partilha de bens, o inventário, a suspensão de benefícios (aposentadoria, pensão), a movimentação bancária etc.

A DO do paciente em tratamento realizado no domicílio deverá ser fornecida pelo médico que acompanhava o paciente, ou seja, pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado (equipe de Saúde da Família, Serviço de Atenção Domiciliar, internação domiciliar e outros), ou pelo Serviço de Verificação de Óbito (SVO) ou equivalente municipal, caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento do paciente (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO CEARÁ, 2012). Os documentos e os trâmites necessários para atestar um óbito devem estar claros, não apenas para o médico, como também para o restante dos profissionais da equipe. Contudo, é importante frisar que a emissão da declaração de óbito é um ato exclusivamente do médico e que, por isso, tem responsabilidade ética e jurídica de preencher de forma correta o documento (BRASIL, 2006).

Nas situações em que ocorre o óbito fora do horário de trabalho do médico da APS, o Samu poderá ser acionado pela família para emissão da DO. Segundo parecer do CRM-MG (2016, p. 2):

[...] O médico que atua em serviço de atendimento pré-hospitalar móvel (Samu) tem a responsabilidade equiparada com a do médico que atua em ambiente hospitalar, e caso o paciente venha a falecer, sendo por causa natural e havendo informações suficientes para a emissão da DO, caberá ao médico da ambulância a emissão da DO. Neste contexto, as mortes por causa clínica que forem constatadas pelas equipes da Unidade de Suporte Avançado (USA) do Samu, deverão ter a declaração de óbito emitida pelo médico intervencionista da USA [...].

Reforça-se, com isso, a recomendação de que pacientes em acompanhamento domiciliar possuam prontuário domiciliar ou algo semelhante, com informações sempre atualizadas pela(s) equipe(s) assistente(s). Esse registro servirá de

subsídio para as decisões em casos de intercorrências ou mesmo óbito fora do horário de trabalho da equipe de APS.

Por outro lado, de acordo com o artigo 83 do Código de Ética Médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009), é expressamente vedado ao médico atestar óbito, quando não o tenha verificado pessoalmente. Portanto, não é válido documento de constatação de óbito emitido pelo Samu contendo informações para que um terceiro médico (de UPA ou PA, por exemplo) emita a DO sem o exame do corpo (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ, 2017).

A declaração de óbito é, além de um atestado oficial de finitude da vida, um documento utilizado pelo Ministério da Saúde para fins estatísticos, uma vez que faz parte do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) (BRASIL; CONSELHO...;CENTRO BRASILEIRO..., 2009). Por meio do SIM, pode-se obter dados e indicadores sobre mortalidade no País. Para mais informações e pesquisa sobre quais as principais causas de morte na sua cidade (por exemplo), acesse o *site* <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>.

Para instruções formais sobre o preenchimento da DO, acesse:

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/14/Declaracao-de-Obito-WEB.pdf>

## 4.5 Riscos Inerentes à Assistência Domiciliar

O ambiente domiciliar, assim como quaisquer estabelecimentos de saúde, apresenta riscos e condições que devem ser observadas para garantia da segurança do paciente. Assim, é importante realizar a avaliação dos riscos, o planejamento de condutas e a capacitação dos cuidadores, tanto para evitar riscos quanto para condutas seguintes, caso ocorra alguma intercorrência.

De forma geral, aspectos da segurança envolvidos no cuidado domiciliar já foram abordados nos itens sobre avaliação das necessidades dos pacientes, avaliação do domicílio, transição do cuidado. Mais orientações podem ainda ser acessadas no documento do MS Segurança do

Paciente no Domicílio (BRASIL, 2016), prioritariamente direcionado aos SAD, mas que em boa medida se aplica à AD realizada pela APS.

Alguns riscos devem ser avaliados em todas as visitas domiciliares, em acordo com as condições de cada paciente. Apresentam-se a seguir os mais prevalentes:

**Quadro 6 – Riscos inerentes à AD**

Tipo de risco	O que avaliar/fatores de risco	O que orientar ao paciente/cuidador
Risco de lesão por pressão:	<p>Avaliação preventiva inicial de todos os usuários com a utilização de escalas como: Escala de Braden, e reavaliação periódica.</p> <p>(Sinalizar no prontuário esse risco conforme gravidade: leve, moderado ou alto)</p>	<p>Medidas de prevenção: hidratação e higiene de pele, nutrição adequada, mudança de decúbito periódica, eventual uso de artefatos de suporte próprios no local da lesão (almofadas, colchões etc.).</p>
Risco de infecção:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes em uso de dispositivos como: sonda nasoenteral, gastrostomia, cistostomia, sonda vesical de demora, acesso venoso, entre outros; pois esses são focos de infecção.</li> <li>• Pacientes com lesão sendo: lesões por pressão, úlceras venosas, lesão cirúrgicas devido à maior risco de infecção local.</li> <li>• Qualidade da higiene íntima, para evitar infecção de urina, entre outras.</li> <li>• Realização de procedimentos no domicílio como: aspiração traqueal e de vias aéreas superiores, cateterismo vesical intermitente e troca de bolsas de colostomia e ileostomia.</li> <li>• Contato com animais de estimação e o paciente.</li> <li>• Sinais de sepse ou choque séptico.</li> <li>• Qualidade da higiene oral, para evitar quadros de infecção locais como cáries, gengivites, candidíase oral. Atentar que medicamentos de hipertensão e diabetes podem causar xerostomia (diminuição do fluxo salivar) concomitante a dificuldade de deglutição, com risco aumentado para aparecimento de cárie dentária e doença periodontal. Antibarbitúricos podem causar a hiperplasia gengival (aumento da gengiva) e a higiene gengival desses pacientes deve ser redobrada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paramentação da equipe com uso de avental/jaleco e luvas de procedimento.</li> <li>• Posicionamento no leito dos pacientes com disfagia (que pode causar broncoaspiração e infecções respiratórias).</li> <li>• Orientação de cuidadores para a realização da higiene das mãos quando em contato com o paciente e paramentação, se necessário, em alguns procedimentos no domicílio.</li> <li>• Realizar desinfecção com álcool a 70% de materiais utilizados entre todos os atendimentos.</li> <li>• Padronização de procedimentos invasivos no domicílio como: troca de dispositivos (sonda nasoenteral, gastrostomia etc.), paracentese, punção venosa e outros com a elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) nos quais constem técnicas de assepsia adequada.</li> <li>• A administração de medicamentos por via parenteral (intravenosa, intramuscular e subcutânea) somente deverá ser realizada por profissional de Saúde.</li> <li>• Instruções de higiene bucal dos dentes ou próteses dentárias: usar fio dental, escovar os dentes e gengiva com escova de cabeça média, macia e com pasta de dente com flúor. Em caso de próteses, verificar se não há lesão na mucosa oral e orientar a higienização extraoral com escova de cerdas médias, água e sabão neutro. Em caso de lesões por má adaptação da prótese, pedir avaliação odontológica. Orientar os pacientes/cuidadores quanto à retirada da prótese no período noturno para não conferir risco à candidose oral.</li> </ul>

CONTINUA

Tipo de risco	O que avaliar/fatores de risco	O que orientar ao paciente/cuidador
Risco de broncoaspiração:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes com quadro de disfagia, idosos e pessoas com sequelas ou sintomas de:</li> <li>• Acidente vascular encefálico</li> <li>• Doença de Alzheimer e Parkinson</li> <li>• Encefalopatia crônica</li> <li>• Paralisia cerebral</li> <li>• Doença de Chagas</li> <li>• Neoplasia em boca e esôfago</li> <li>• Doenças neuromusculares como: distrofia muscular, ELA, esclerose múltipla</li> <li>• Traumatismo cranioencefálico</li> <li>• Atenção: posicionamento do paciente no leito; uso de espessante para líquidos, quando indicado, ou mudança de consistência da dieta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Treinar cuidadores para evitar: via de administração errônea de dieta e medicamentos.</li> <li>• Posicionamento do paciente no leito, sendo no mínimo 45°C.</li> <li>• Orientações sobre a dieta: qual, horários, vias (oral, enteral ou gástrica) e doses.</li> <li>• Orientar medicamento certo, em horário certo, dose certa.</li> <li>• Orientação sobre correta conservação de dietas e medicamentos.</li> <li>• Separar as medicações e avaliar validade dessas.</li> </ul>
Risco de sangramento	<p>Uso de medicações como: anticoagulantes (varfarina, enoxaparaina), salicilatos (AAS), anti-inflamatórios (ibuprofeno, diclofenaco) cápsula de vitamina E, gincgo biloba, outras medicações (dipiridamol, uso de inibidores da angiogênese).</p> <p>Patologias que aumentam o risco de sangramento como: doenças hereditárias (hemofilia); deficiência de vitamina K; neoplasia ou metastases de fígado; hepatites e cirrose hepática; doenças com quadro de trombocitopenia; distúrbios mieloproliferativos.</p> <p>Atenção da equipe aos sinais: petéquias, períodos menstruais mais longos, vômitos com sangue, fezes com sangue, urina avermelhada ou alaranjada, sangramento gengival.</p>	<p>Orientar aos familiares que informem imediatamente à equipe de Saúde a ocorrência de qualquer um dos sinais: petéquias, períodos menstruais mais longos, vômitos com sangue, fezes com sangue, urina avermelhada ou alaranjada, sangramento gengival para avaliação da readequação medicamentosa ou até necessidade de transfusão sanguínea.</p>
Risco de trombose	<p>Os fatores de riscos podem ser temporários ou permanentes, adquiridos ou hereditários. São condições que levam direta ou indiretamente ao desenvolvimento de fatores básicos de estase venosa e/ou lesão endotelial vascular ou que potencializam estados de trombofilia. Os mais frequentes são: repouso prolongado, acamados com imobilização de membros inferiores, viagem prolongadas, insuficiência venosa periférica, insuficiência cardíaca congestiva, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, policitemia, trauma, cirurgia ortopédicas e vasculares, cirurgias prolongadas, neoplasias, doenças inflamatórias crônicas como retocolite, síndrome nefrótica, infecções graves, diabetes, puerpério, Idade &gt;40 anos.</p> <p>Atenção à avaliação de riscos na admissão do paciente – Estratificação em:</p> <p><b>Risco baixo:</b> pacientes que realizaram pequena cirurgia, com menos de 40 anos de idade e sem fatores de risco.</p> <p><b>Risco moderado:</b> qualquer cirurgia em pacientes entre 40 e 60 anos sem fatores de risco; pequena cirurgia em pacientes com fatores de risco.</p> <p><b>Risco alto:</b> grande cirurgia em pacientes com mais de 40 anos sem fatores de risco adicionais; pacientes entre 40 e 60 anos com fatores de riscos adicionais.</p> <p><b>Risco muito alto:</b> grande cirurgia em pacientes com mais de 40 anos com antecedentes de tromboembolismo pulmonar (TEP), com doenças malignas ou estados hipercoagulantes, pacientes com grande cirurgia ortopédica eletiva de membros inferiores, cirurgia de colo de fêmur, trauma múltiplos ou lesão de medula espinhal</p>	<p>Medidas gerais:</p> <p>Elevação de membros inferiores.</p> <p>Movimentação ativa e passiva dos membros inferiores.</p> <p>Deambulação precoce, quando possível.</p> <p>Meias elásticas de compressão graduada.</p> <p>Medidas específicas:</p> <p><b>Risco baixo:</b> sem outras medidas específicas ou apenas meias elásticas de compressão.</p> <p><b>Risco moderado e acima:</b> associação de controle medicamentoso, conforme avaliação. Verificar a padronização atual dos anticoagulantes disponíveis para cada nível de risco.</p>

CONTINUA

Tipo de risco	O que avaliar/fatores de risco	O que orientar ao paciente/cuidador
Risco de hipotensão ou urgência e emergência hipertensiva	<p><b>Sinais de hipotensão:</b> pressão sistólica (PAS) &lt;90 mmHg e pressão diastólica (PAD) &lt;60 mmHg com sintomas como: vertigem, desmaio, tontura.</p> <p>Atenção principalmente em pacientes:</p> <p>Em uso de anti-hipertensivos incorretamente.</p> <p>Desidratados.</p> <p>Anêmicos.</p> <p>Ambientes excessivamente quentes.</p> <p>Acamados por longo períodos.</p> <p>Hipotireoidismo.</p> <p>Doença de Addison.</p> <p>Atenção a <b>sinais de urgência e emergência hipertensiva:</b></p> <p><b>Emergência hipertensiva:</b> elevação aguda da pressão arterial associada com lesão de órgãos-alvos (sistema neurológico, renal, ocular, cardíaco). Manifesta com: encefalopatia, convulsões, alterações visuais, insuficiência renal, achados anormais de eletrocardiograma ou ecocardiograma.</p> <p><b>Urgência hipertensiva:</b> elevação aguda da pressão arterial superior ao percentil 99 mais que 5 mmHg da PAS <math>\geq</math> 160 mmHg e PAD <math>\geq</math> 90 mmHg sem associação com lesão de órgãos-alvos.</p> <p>Atenção de urgência e emergência hipertensiva em pacientes com:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensão arterial essencial.</li> <li>• Apneia do sono.</li> <li>• Hiperaldosteronismo primário.</li> <li>• Doença renal parenquimatosa.</li> <li>• Doença renovascular.</li> <li>• Hipo e hipertireoidismo.</li> <li>• Acromegalia.</li> <li>• Uso de substâncias psicoativas como cocaína.</li> <li>• Uso das medicações: eritropoietina, antidepressivos tricíclicos, sibutramina, anti-inflamatórios não esteroides, ciclosporina, glicocorticoides.</li> </ul>	<p>Para HIPOTENSÃO:</p> <p>Hidratação oral e/ou venosa, orientar uso correto de medicações, treino ortostático para acamados, tratamentos de anemia, hipotireoidismos e outras patologias que causam hipotensão.</p> <p>Comunicar imediatamente à equipe.</p> <p><u>Para emergência hipertensiva:</u></p> <p>Medicação endovenosa para redução de pressão arterial (PA) lentamente sob orientação médica.</p> <p>Caso o quadro persistir, avisar imediatamente à equipe e chamar o Samu.</p> <p><u>Para pico hipertensivo:</u> tratamento: medicação oral com redução de PA em 24-48 horas sob monitoramento.</p> <p>Caso quadro persistir, avisar imediatamente à equipe.</p>

CONTINUA

## CONCLUSÃO

Tipo de risco	O que avaliar/fatores de risco	O que orientar ao paciente/cuidador
Risco de hipoglicemia e hiperglicemia	<p>Atenção à glicemia capilar <math>\leq 70</math> mg/dl associada a sintomas como: tontura, fome, sudorese, convulsão, fadiga, fraqueza.</p> <p>Atenção à glicemia capilar <math>&gt;</math> ou <math>= 300</math> mg/dl e sinais de cetoacidose diabética e estado hiperosmolar.</p> <p>Especial risco nos pacientes com:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes <i>mellitus</i>.</li> <li>• Uso de insulino-terapia.</li> <li>• Uso de medicações: hipoglicemiantes orais e outros com potencial associação medicamentosa.</li> <li>• Estado infeccioso.</li> <li>• Insuficiência hepática.</li> </ul>	<p>Imediatamente avisar a equipe e/ou chamar o Samu.</p> <p>Sob orientação médica, avaliar administração oral de bebidas açucaradas ou doces na forte suspeita de hipoglicemia.</p>
Risco de insuficiência respiratória aguda	<p>Atenção aos sinais de hipoxemia (cianose, dificuldade respiratória, estridor laríngeo, batimento de asas nasais, incapacidade de expansão torácica etc.) em pacientes em:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de oxigenoterapia.</li> <li>• Uso de cânula de traqueostomia devido ao risco de obstrução aérea devido a rolo de secreção.</li> <li>• Com algumas patologias que aumentam o risco de insuficiência respiratória aguda como: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Dpoc, asma, doenças neuromusculares: distrofia muscular, ELA, esclerose múltipla e apneia do sono.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Tratamento para compensação das patologias de base e acompanhamento rigoroso.</p> <p>A equipe deve verificar a existência dos equipamentos essenciais e a integridade deles. Ex.: cilindro de oxigênio, válvula de venturi para aspiração traqueal, aspirador traqueal, entre outros.</p> <p>Deve-se imediatamente avisar à equipe e chamar o Samu.</p>
Risco de quedas:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alterações fisiológicas relacionados a patologias (ex.: AVC, labirintite), idade, medicamentos (ex.: benzodiazepínicos).</li> <li>• Alterações ambientais: pisos escorregadios muito encerados, uso de tapetes, pouca iluminação.</li> <li>• Avaliar riscos de queda com a Escala de Morse.</li> </ul>	<p>Sinalizar no prontuário o risco de queda.</p> <p>Orientar exaustivamente a família quanto a evitar: superfícies escorregadias, molhadas, tapetes, pisos desnivelados e medicações que alteram o equilíbrio e o sono.</p> <p>Estimular: uso de corrimão, dispositivos de marcha, protetores de cama, barras em banheiro e locais de circulação, iluminação adequada, uso de calçados adequados, uso de pisos antiderrapantes.</p>
Risco na administração de medicamentos:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riscos de logística em relação ao medicamento, evitados pelo cumprimento dos “nove certos” (BRASIL, 2016) na administração pela equipe.</li> <li>• Riscos inerentes à automedicação, como sub ou superdosagem ou efeitos adversos relacionados ao uso de alguns medicamentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar cuidadosamente os pacientes/cuidadores sobre indicações, doses, horários, formas de administração.</li> <li>• Orientar sobre sinais de alerta.</li> <li>• Orientar sobre riscos de automedicação.</li> </ul>

Fonte: Elaboração própria.



## REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2. ed. São Paulo: ANCP, 2012. 592 p.

ALVIM, M. Solidão no luto: pesquisa inédita mostra dificuldades dos brasileiros para lidar com a morte. **BBC News Brasil**, São Paulo, p. 1-11, 20 set. 2018. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-45596113>. Acesso em: 22 nov. 2019.

BRASIL. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil: Lei de Introdução as normas do Direito Brasileiro. Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm). Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Brasília, DF: MS, 2012. 101 p. v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS. **A declaração de óbito: documento necessário e importante**. 3. ed. Brasília, DF: MS, 2009. 38 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/14/Declaracao-de-Obito-WEB.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. **Segurança do paciente no domicílio**. Brasília, DF: MS, 2016. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: MS, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd19.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf). Acesso em: 16 abr. 2020.

CARVALHO, L. G. P. *et al.* A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 521-525, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 1.805, de 09 de novembro de 2006**. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal. Brasília, DF: CFM, 2006. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>. Acesso em: 22 nov. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 1.931, de 24 de setembro de 2009**. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília, DF: CFM, 2009. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931\\_2009.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1931_2009.pdf). Acesso em: 22 nov. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução CFM nº 1.995, de 9 de agosto de 2012**. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Brasília, DF: CFM, 2012. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995\\_2012.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2012/1995_2012.pdf). Acesso em: 16 abr. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MINAS GERAIS. **Parecer CRM-MG nº 117/2016 – Processo-Consulta nº 5.830/2016, de 23 de junho de 2016**. Belo Horizonte: CRM-MG, 2016. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/MG/2016/117>. Acesso em: 22 nov. 2019.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Atestado Médico: prática e ética**. São Paulo: CRM-SP, 2013. 152 p.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO CEARÁ. **Parecer CREMEC n.º 26, de 21 de setembro de 2012**. Fortaleza: CREMEC, 2012. Disponível em: <http://www.cremec.org.br/>. Acesso em: 22 nov. 2019.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ. **Parecer nº 2.581, de 19 de junho de 2017**. Curitiba: CRM-PR, 2017. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/PR/2017/2581>. Acesso em: 22 nov. 2019.

DOWNING, G. M. *et al.* BGY palliative care model--a new model for the 1990s. **Journal of Palliative Care**, [s. l.], v. 9, n. 4, p. 26-32, 1993.

ENCARNAÇÃO, J. F.; FARINASSO, A. L. C. A família e o familiar cuidador de pacientes fora de possibilidades terapêuticas: uma revisão integrativa. **Semina Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 35, n. 1, p.137-147, 17 jun. 2014.

HOEPFNER JUNIOR, H.; LANGARO, F. Relatos sobre experiência do óbito no domicílio. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO INTERDISCIPLINAR DE ASSISTENCIA DOMICILIAR, 13.; 2014, São Paulo. **Resumo do congresso**. São Paulo, v. 1, p. 21, set. 2015.

MARCOLINO, J. A. Luto: estudos sobre a perda na vida adulta. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 81-82, jan./mar. 1999. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000100015>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000100015&lng=en&nrm=i](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000100015&lng=en&nrm=i)so. Acesso em: 16 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guides for efective programs: palliative care**. Geneva: WHO, 2007.

YATES, J. W.; CHALMER, B.; MCKEGNEY, F. P. Evaluation of patients with advanced cancer using the Karnofsky performance status. **Cancer**, [s. l.], v. 45, n. 8, p. 2220-2224, Apr 1980.

# 5

## CUIDADO AO CUIDADOR

### 5.1 Função do Cuidador e Definição de Responsáveis

Em AD consideramos cuidador como “pessoa com ou sem vínculo familiar, apta para auxiliar o usuário em suas necessidades e atividades da vida cotidiana” (BRASIL, 2017). A postura adequada do cuidador é de observar e identificar o que a pessoa cuidada pode fazer por si e no que precisa de ajuda. Assim, cuidar não é fazer pelo outro, mas ajudar o outro quando ele necessita, estimulando a pessoa cuidada a conquistar sua autonomia, mesmo que seja em pequenas tarefas (BRASIL, 2008). Para lidar com tamanha complexidade, é necessário o envolvimento da equipe de Saúde, rede familiar e social.

O cuidado no domicílio é complexo, pois envolve lidar com pessoas com privação da mobilidade e autonomia, inseridas em um contexto familiar de vulnerabilidade, e com um cuidado individualizado, único e contextual, não definido apenas por patologia, grupo etário ou de risco. Savassi e Modena (2013) destacam a dicotomia de percepções das cuidadoras, que ficam entre a percepção de um desígnio ligado a concepções religiosas, recompensa espiritual, e cumprimento de um papel culturalmente estabelecido, mas também a de uma tarefa que leva a uma carga de dedicação e cuidado que reconhecidamente leva ao adoecimento e sobre a qual não há muito controle.

Definir quem fará o papel do cuidador nem sempre é uma tarefa fácil. As redes familiares e sociais muitas vezes não correspondem aos padrões idealizados, o que pode dificultar a identificação dessa pessoa, que não precisa necessariamente ser da família. Muitas vezes, fica a cargo da equipe de Saúde

estimular o restabelecimento de laços familiares rompidos anteriormente ou propiciar arranjos cuidadores possíveis, mesmo quando não há possibilidade de retomada de vínculos. Outra ação fundamental para garantir o bom cuidado do usuário dependente é a identificação, pela equipe de Saúde ou por indicação da família, de um segundo cuidador, que possa substituir sempre que necessário o cuidador principal (funcionando como cuidador de respiro), para equilibrar melhor as tarefas, reduzindo assim a carga de estresse a que este está submetido.

## 5.2 Condições do(a) Cuidador(a)

A equipe da APS pode auxiliar a família na identificação do cuidador, por meio de conversas e reuniões com os familiares, assim como no apoio e no cuidado ao cuidador. O cuidador deve ser avaliado, inicialmente, quanto a sintomas psíquicos e físicos e durante todo seu acompanhamento para evitarmos que este se torne sobrecarregado. Essa avaliação e a atenção ao cuidador, como já dito, deve ser contínua, em especial quando houver mudanças no estado de saúde do cuidador e familiar cuidado. Atenção especial deve ser direcionada às mães cuidadoras, que abrem mão da maternagem a seus outros filhos, da vida conjugal e da carreira profissional para uma dedicação contínua, intensa, que se soma à angústia do risco de falecerem antes de seus filhos, e deixá-los desassistidos e dependentes. Ao se encerrar o longo processo de cuidado, a despeito do alívio de ter cumprido sua missão – encarada como um desígnio – o processo de luto é intenso e a volta às atividades normais de vida é mais lenta (SAVASSI; MODENA, 2013).

Já se sabe que o ato de cuidar está relacionado ao adoecimento, a piores condições de vida, pior qualidade de vida e maior mortalidade (SCHULZ; BEACH, 1999; AMENDOLA *et al.*, 2008; HUFFMAN, 2000; GONÇALVES *et al.*, 2006). Portanto, instrumentos que possibilitem a avaliação da sobrecarga dos cuidadores são fundamentais para o planejamento do cuidado. Um exemplo de instrumento, a escala de Zarit (SCAZUFCA, 2002) tem por objetivo avaliar a sobrecarga dos cuidadores de idosos, mas podendo ser utilizada em outras situações. Esta escala não deve ser realizada na presença da pessoa cuidada. A seguir, orientações e forma de registro.

A cada afirmativa o cuidador deve indicar a frequência que se sente em relação ao que foi perguntado (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente ou sempre). Não existem respostas certas ou erradas, sendo que o nível de estresse dos cuidadores será indicado por escores.

**Tabela 10 – Registro dos fatores da escala de Zarit adaptada**

QUESTIONÁRIO	Nunca (0)	Raramente (1)	Algumas vezes (2)	Às vezes (3)	Frequentemente (4)
Sente que o familiar/doente pede mais ajuda do que ele realmente necessita?					
Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?					
Sente-se chateado em pedir ajuda ou compartilhar o cuidado com outras pessoas da sua família?					
Pensa que o fato de estar cuidando do seu familiar/doente afeta negativamente sua relação com outras pessoas da família?					
Tem medo pelo futuro do familiar/doente?					
Pensa que ele depende só de você?					
Sente-se estressado/angustiado por ter que cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas?					
Sente que sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar do seu familiar/doente?					
Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença do seu familiar/doente se manifestou?					
No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/doente?					
Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/doente?					
Tem dificuldades econômicas e financeiras para assumir os cuidados e os outros gastos da casa?					
Sente-se capaz de assumir o cuidado sozinho(o) por muito mais tempo?					
Sente que sua vida social foi afetada?					
Sente que sua vida tem perdido o controle desde que assumiu os cuidados com seu familiar/doente.					

Fonte: Adaptação da Escala de Zarit (SCAZUFCA, 2002).

### 5.2.1 Suporte ao cuidador: capacitação para cuidado do usuário e autocuidado do cuidador

A atribuição de cuidar de alguém é uma tarefa árdua que traz mudanças no papel social, emocional, física e espiritual do cuidador. É comum que o cuidador não esteja preparado para lidar com as demandas psicossociais e tecnológicas impostas repentinamente. Isso pode levar a uma abrupta mudança de rotinas e, por muitas vezes, a um isolamento social, afetivo e depressão (FLORIANI, 2004), o que prejudica o cuidador e a própria pessoa cuidada. Nesse contexto, o cuidado com o cuidador torna-se uma ação essencial da equipe de Saúde responsável pela Atenção Domiciliar.

É função da equipe esclarecer e orientar sobre as ações do cuidador, o que deve e como deve fazer, bem como deixar claras as atribuições próprias dos profissionais de Saúde. É fundamental, ainda, que cuidadores sejam orientados sobre sinais de alerta do quadro clínico do usuário que indiquem necessidade de acionamento da equipe da APS ou mesmo de Serviços de Urgência.

Outro elemento importante no processo de cuidar é evitar relações de desgaste entre cuidador e paciente, em especial naqueles casos em que há perda de cognição ou alterações abruptas de comportamento. Uma abordagem de mediação de conflitos entre familiares pode ser necessária e o papel da equipe é orientar o cuidador para identificação precoce destes sinais e estabelecimento de medidas para evitar desentendimentos ou mesmo agressões. Em algumas situações será necessária a intervenção da equipe, seja apenas com os próprios profissionais, seja com órgãos como o Centro de Referência em Assistência Social ou, em casos mais graves, o Ministério Público, para definição de medidas de proteção.

Embora a profissão de cuidador esteja em processo de regulamentação, ela não responderá a necessidade da maioria da população brasileira, tendo em vista que o cuidador será, em sua maioria, familiar, ou seja, não profissional. Assim sendo, cabe à equipe apoiar o cuidado de familiares àquele indivíduo privado de sua autonomia, por meio de ações educativas. Tais ações podem ser realizadas pelos membros das equipes de APS ou ainda dos SAD, de acordo com a necessidade específica de cada usuário.

O processo de qualificação da atuação do cuidador envolve a orientação quanto a medidas de limpeza de higiene com dispositivos, como traqueostomias e gastrostomias, órteses e próteses, orientações gerais quanto à mudança de decúbito e à prevenção de feridas por pressão, além de atividades referentes aos cuidados gerais de higiene. Envolve ainda uma série de ações de cuidados específicos com mobilização e realização de atividades orientadas pela equipe, bem como identificação de sinais de alerta de agravamento.

As ferramentas de educação e apoio trazem mais segurança para o cuidador, especialmente aos que não possuem formação em Saúde. Escuta ativa, criação de espaços coletivos, ações de educação em saúde, grupos de apoio, elaboração de material educativo e oficinas pedagógicas são estratégias necessárias para apoiar e facilitar a atividade dos cuidadores no domicílio.

Fomentar a participação dos cuidadores em grupos de apoio e oficinas pedagógicas é importante para propiciar a troca de experiência e saberes, estimular a empatia e promover uma reflexão sobre o cuidado. Os participantes aprendem e ensinam juntos sobre suas vivências, frustrações e conquistas. Isso traz alívio às angústias e aos medos, além de criar rede de apoio social, uma vez que esses são formados por cuidadores e familiares de diferentes domicílios. Esses espaços de reflexão e prática devem também aproximar os familiares e os cuidadores da comunidade local, facilitando o fortalecimento dessa rede social mais ampla.

## REFERÊNCIAS

AMENDOLA, F. *et al.* Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa Saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 266-272, abr./jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/PRC-5-Portaria-de-Consolida----o-n---5--de-28-de-setembro-de-2017.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador.** Brasília, DF: MS, 2008.

FLORIANI, C. A. Cuidador familiar: sobrecarga e proteção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 4, p. 341-345, 2004.

GONÇALVES, L. H. T. *et al.* Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 570-577, out./dez. 2006.

HUFFMAN, G. B. Caregiving as a risk factor for mortality. **American Family Physician**, [s. l.], v. 61, n. 10, p. 3112-3113, 2000.



SAVASSI, L. C. M.; MODENA, C. M. As diferentes facetas do sofrimento daquele que cuida: uma revisão sobre o cuidador. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 6, n. 3, p. 313-319, 2013.

SCAZUFCA, M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 12-17, mar. 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462002000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000100006). Acesso em: 17 abr. 2020.

SCHULZ, R.; BEACH, S. R. Caregiving as a Risk Factor for Mortality: The Caregiver Health Effects Study. **JAMA**, [s. l.], v. 282, n. 23, p. 2215-2219, Dec. 1999.

# 6

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA AD

### 6.1 Avaliação Clínica e Gerencial

Em função de ser realizada em cenário diferente do usual na atenção à saúde, por vezes o registro dos atendimentos domiciliares não recebe a devida atenção ou mesmo não é realizado. Destacamos aqui a importância de que os atendimentos domiciliares sejam registrados em prontuário com o mesmo cuidado que os atendimentos realizados na unidade, tanto para que ocorra o compartilhamento de informações com os demais profissionais que atendem o usuário quanto para subsidiar o cuidado longitudinal. Dessa forma, reforçamos aqui a proposta de registro em saúde orientado para o problema, além de apresentar uma proposta de folha de rosto para os registros de usuários em AD, caso a equipe utilize prontuário de papel.

#### Quadro 7 – Registro em saúde orientado para o problema

S – Subjetivo: corresponde à história relatada ou referida do indivíduo e seus sintomas.

O – Objetivo: corresponde a tudo aquilo observável, incluindo os dados do exame físico e exames complementares.

A – Avaliação: a lista de problemas abordados naquele encontro, incluindo identificação de novos problemas ou registro de antigos que foram abordados na consulta em registro.

P – Plano de cuidados: para cada problema abordado, deve corresponder a um ou mais planos de cuidado, registrados sistematicamente com o mesmo número adotado para a avaliação e registrado na lista de problemas.

Fonte: Lopes (2012).

**Quadro 8 – Modelo de folha de rosto para Atenção Domiciliar**

NOME:				CUIDADOR/A:				
DN:	/	/	Adm:	/	/	Internação?	/	/

## 1. Lista de diagnósticos e motivos de consulta detectados pela equipe multiprofissional

Problemas crônicos (ativos ou inativos)	A/I	Intercorrências/ Problemas agudos	Data de Ocorrência (mm/AA)							
# 1.		# A.	/	/	/	/	/	/	/	/
# 2.		# B.	/	/	/	/	/	/	/	/
# 3.		# C.	/	/	/	/	/	/	/	/
# 4.		# D.	/	/	/	/	/	/	/	/
# 5.		# E.	/	/	/	/	/	/	/	/
# 6.		# F.	/	/	/	/	/	/	/	/
# 7.		# G.	/	/	/	/	/	/	/	/
# 8.		# H.	/	/	/	/	/	/	/	/
# 9.		# I.	/	/	/	/	/	/	/	/
#10.		# J.	/	/	/	/	/	/	/	/
#11.		# K.	/	/	/	/	/	/	/	/
#12.		# L.	/	/	/	/	/	/	/	/
#13.		# M.	/	/	/	/	/	/	/	/
#14.		# N.	/	/	/	/	/	/	/	/
#15.		# O.	/	/	/	/	/	/	/	/

## 2. Problemas específicos (Marcar X ou S/N. Em ferida, marcar data e tipo)

Convulsões	Asma	CTC Inalatório	Lesão/Ferida	/	/
			/	/	/

## 3. Eventos específicos (Medicamentos e data)

Broncoespasmo/Crises de asma		Infecções/Antibioticoterapia		
Medicamentos usados	Data	Antibióticos usados	Data	Sítio Infecção
1	/ /	1	/ /	
2	/ /	2	/ /	
3	/ /	3	/ /	
4	/ /	4	/ /	
5	/ /	5	/ /	

## 4. Dispositivos em uso (Marcar X ou S/N)

SNG	Gastrostomia: modelo/número/ trocas				Traqueostomia: modelo/número/ trocas				Outro:		
início / /	mod	num	/ /	/ /	mod	num	/ /	/ /	Trocias (data)		/ /
SNE	mod	num	/ /	/ /	mod	num	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
início / /	mod	num	/ /	/ /	mod	num	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

## 5. Dispositivos respiratórios em uso (Marcar X ou S/N)

Oxigenoterapia	início / /	fim / /	Respirador/VM	Qual?	início / /
----------------	------------	---------	---------------	-------	------------

## 6. Estado nutricional (Marcar X) e peso (datas)

Obesidade		Sobrepeso		Eutrófico		Risco Nutricional		Desnutrido
PESO:	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

7. Via de alimentação (Marcar X ou S/N)

<input type="checkbox"/>	Oral	<input type="checkbox"/>	Oral para paladar	<input type="checkbox"/>	SNG	<input type="checkbox"/>	SNE	<input type="checkbox"/>	GTT	<input type="checkbox"/>	Outra:
Dieta industrial:											

8. Terapia complementar ambulatorial

Especialidade/ profissão	Periodicidade
1	
2	
3	
4	
5	
6	

9. Plano propedêutico

Exames	Periodicidade
1	
2	
3	
4	
5	
6	

10. Plano terapêutico medicamentoso

Medicamento	Concentração	Posologia
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

Fonte: Adaptado de Savassi e Souza (2016).

Esse registro detalhado servirá de base para organização do processo de trabalho, por exemplo, elaboração de mapa com os pacientes que necessitam de AD e estratificação, a partir das necessidades e condições. Pode-se ainda definir os profissionais de referência para cada caso, considerando as demandas principais e o vínculo já existente com a equipe. Por fim, a partir dos planos de cuidado estabelecidos, pode-se ainda acompanhar, por meio dos registros, o quanto as ações estão sendo mantidas conforme previsto, para identificar quais são os entraves, caso não estejam.

Nos aspectos clínicos, o registro adequado é fundamental para o acompanhamento da evolução do paciente. Pode-se, por exemplo, avaliar a evolução de uma ferida/lesão com base nos registros padronizados, considerando o uso de diferentes coberturas ou a diminuição de intercorrências, tais como infecções ou desestabilizações, ou ainda a evolução motora, a partir dos objetivos estabelecidos nas ações de reabilitação.

## 6.2 Sistemas de Informação

Já é de conhecimento da grande maioria das equipes da APS a implantação do e-SUS AB e o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEC), ou as fichas de Coleta de Dados Simplificada (CDS) como forma de registro das informações no âmbito da Atenção Primária. Ainda que pendente de melhorias, a AD está contemplada nessas interfaces, com informações direcionadas tanto para o monitoramento das condições de saúde da população quanto para organização do processo de trabalho da equipe, por exemplo, identificação da quantidade de tempo necessária para atendimentos domiciliares e priorização de visitas.

Inicialmente, tanto para equipes em uso do PEC quanto para os CDS, há fichas de Cadastro Individual e Visita Domiciliar direcionadas ao ACS, que contemplam a informação sobre “acamados e domiciliados” e visita domiciliar por este motivo. Esses dados, com os dados sobre condições de moradia e outras situações de saúde presentes no núcleo familiar, representam uma fonte relevante de informações, que pode subsidiar as análises sobre a vulnerabilidade familiar para classificar o nível e a periodicidade de cuidados e realizar a priorização dos casos, conforme abordado nos capítulos anteriores.

**Figura 2 – Tela de digitação da Ficha Cadastro Individual**

Questionário autorreferido de condições / situações de saúde

Condições / Situações de saúde gerais

Está gestante?  Sim  Não

Sobre seu peso, você se considera?  Abaixo do peso  Peso adequado  Acima do peso

Está fumante?  Sim  Não

Faz uso de álcool?  Sim  Não

Faz uso de outras drogas?  Sim  Não

Tem hipertensão arterial?  Sim  Não

Tem diabetes?  Sim  Não

Teve AVC / derrame?  Sim  Não

Teve infarto?  Sim  Não

Tem doença cardíaca / do coração?  Sim  Não

Se sim, indique qual(is).  Insuficiência cardíaca  Outros  Não sabe

Tem ou teve problemas nos rins?  Sim  Não

Se sim, indique qual(is).  Insuficiência renal  Outros  Não sabe

Se sim, qual é a maternidade de referência?

Tem doença respiratória / no pulmão?  Sim  Não

Se sim, indique qual(is).  Asma  DPOC / Enfisema  Outros  Não sabe

Está com hanseníase?  Sim  Não

Está com tuberculose?  Sim  Não

Tem ou teve câncer?  Sim  Não

Teve alguma internação nos últimos 12 meses?  Sim  Não

Se sim, por qual causa?

Teve diagnóstico de algum problema de saúde mental por profissional de saúde?  Sim  Não

Está alcoolizado?  Sim  Não

Usa plantas medicinais?  Sim  Não

Se sim, indique qual(is).

Fonte: PEC AB tela de digitação da Ficha de Cadastro Individual (Compatível com a FCI / e-SUS AB v.2.1.0), acesso no link: <http://aps.saude.gov.br/ape/esus>.

**Para as equipes em uso do CDS**, além das fichas direcionadas aos ACS, as demais fichas a serem utilizadas pelos profissionais seguem a mesma lógica dos casos de atendimento na unidade: Atendimento Individual, para os casos de atendimentos de profissionais de nível superior e Ficha de Procedimentos para profissionais de nível médio e superior que realizem procedimentos no domicílio. No caso da equipe de Saúde Bucal, o registro será feito na Ficha de Atendimento Odontológico Individual. Em todas as fichas deverá ser registrado o domicílio como local de atendimento. Além disso, é possível definir qual a modalidade de AD do paciente atendido.

**Figura 3 – Tela de digitação da Ficha de Atendimento Individual**

Local de atendimento

01 - UBS

02 - UNIDADE MÓVEL

03 - RUA

04 - DOMICÍLIO

05 - ESCOLA / CRECHE


Atendimento de urgência

Atenção domiciliar  AD1  AD2  AD3

Fonte: Brasil (2019).

**Para quem utiliza o PEC** e, portanto, não necessita registrar produção por meio das fichas, deve ser utilizada a opção de “registro tardio de atendimento” (disponível a partir da versão 3.2). Nessa funcionalidade, é possível fazer o registro dos atendimentos realizados fora da unidade, incluindo os domiciliares.

#### Figura 4 – Funcionalidade de registro tardio de atendimento no PEC

 **ATUALIZAÇÃO:** Funcionalidade disponível a partir da versão 3.2

O registro tardio de atendimento possibilita ao profissional de saúde a transcrição dos atendimentos que não foram registrados no momento em que de fato ocorreu a consulta, como por exemplo, os atendimentos individuais realizados fora da UBS ou naqueles em que o sistema e-SUS AB com PEC estava indisponível por qualquer motivo.

Figura 6.144 - Registro Tardio de Atendimento



Fonte: Brasil (2019).

Veja informações detalhadas sobre o registro no PEC no *Manual de Uso do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC v 3.2* ([http://aps.saude.gov.br/ape/esus/manual\\_3\\_2/](http://aps.saude.gov.br/ape/esus/manual_3_2/))

### 6.3 Uso da Avaliação para Tomada de Decisão

O processo de monitoramento e avaliação (MeA) muitas vezes é tomado como uma finalidade em si, sem que seja utilizado de fato para uma melhoria concreta. Dessa forma, vale destacar que, ainda que as ações de MeA devam receber atenção para que sejam bem delineadas e aprofundadas, é de fundamental importância que estejam conectadas com necessidades reais dos serviços, levando a análises e tomada de decisão que o aprimorem.

Além disso, é importante considerar que âmbito do processo de trabalho das equipes necessita de maior atenção para que o monitoramento seja efetivo e auxilie na identificação dos aspectos que precisam e podem ser alterados. Por exemplo, no caso da AD, seria precipitado almejar indicadores e resultados de diminuição de internações por causas sensíveis à APS, no caso de acamados, antes mesmo de desenhar um monitoramento do mapeamento do território para identificar qual é o público a ser atendido, quais os tipos de demandas mais frequentes, qual a composição de equipe mais indicada para cada caso etc.

MeA deve fazer parte da rotina nos aspectos gerenciais da equipe e nos aspectos assistenciais. Assim, tão importante quanto ter instrumentos e ferramentas que auxiliem a tomada de decisão clínica diante da evolução de determinada lesão é o acompanhamento da agenda da equipe para realizar visitas e atendimentos no domicílio, ou mesmo dos insumos existentes na unidade para viabilizar esta ação.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Uso do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC v3.2**. Brasília, DF: MS, 2019. Disponível em: [http://aps.saude.gov.br/ape/esus/manual\\_3\\_2/](http://aps.saude.gov.br/ape/esus/manual_3_2/). Acesso em: 17 abr. 2020.

LOPES, J. M. C. Registro de Saúde Orientado por Problemas. *In*: GUSSO, G. F.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: ArtMed, 2012. v. 2. p. 347-56.

SAVASSI, L. C. M.; SOUZA, G. M. Implementation of a Cover Page model to child Home Care. *In*: WORLD CONFERENCE OF FAMILY AND COMMUNITY DOCTORS, 21.; 2016, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Rio de Janeiro: WONCA, 2016.





Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



PÁTRIA AMADA  
BRASIL  
GOVERNO FEDERAL