

CURSO DE ENFERMAGEM

Aline Kessler

**VIVÊNCIAS DE ENFERMAGEM EM UM PROGRAMA DE ATENÇÃO
DOMICILIAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Santa Cruz do Sul

2018

Aline Kessler

**VIVÊNCIAS DE ENFERMAGEM EM UM PROGRAMA DE ATENÇÃO
DOMICILIAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Disciplina de Trabalho de Conclusão II do Curso de
Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul –
UNISC

Orientadora: Dra.: Suzane Beatriz Frantz Krug

Santa Cruz do Sul

2018

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Santa Cruz do Sul, dezembro de 2018

VIVÊNCIAS EM UM PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR:
UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

ALINE KESSLER

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Enfermeiro

Foi aprovada em sua versão final, em _____.

BANCA EXAMINADORA:

Suzane Beatriz Frantz Krug

Professora Orientadora

Leni Dias Weigelt

Professora

Nestor Pedro Roos

Professor

RESUMO

Com as mudanças do perfil epidemiológico e a cronificação das doenças mostra-se necessária, atualmente, a reformulação do modelo de atenção à saúde, sendo o atendimento domiciliar um deles. A atenção domiciliar (AD) consiste em uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio. O estudo teve por objetivo descrever as experiências vivenciadas como profissional de Enfermagem em um Programa de Atenção Domiciliar. Consiste no relato da experiência vivida pela autora que atua como técnica de Enfermagem no SAD (Serviço de Atenção Domiciliar), no Município de Santa Cruz do Sul, RS. Ele está estruturado em três itens: Primeiro: A trajetória do SAD. Criado em 2013 em uma parceria do município com uma instituição de ensino, atendendo a pessoas carentes, com patologias crônicas e dificuldade de locomoção, parceria não renovada em 2012, passando a ser gerenciado pelo município. Segundo: Os Novos Rumos na trajetória do SAD, que em meados de 2015, com a aderência do Programa Melhor em Casa trouxe mudanças no fluxo, na equipe e perfil de pacientes atendidos, o aumento de pacientes paliativos oncológicos, as dificuldades e vantagens para o programa. Terceiro: As vivências no SAD, onde a autora expõe o seu aprendizado, dificuldades encontradas citando as principais: o trabalhar em equipe; o gerenciamento de recursos; referência e contrarreferência. Traz também o relato do aprendizado com ênfase à abordagem a domicílio. Conclui seu trabalho apontando os aspectos positivos e negativos da experiência com relação ao SAD; a atenção primária de saúde e hospitais, o trabalhar em rede e em equipe; o protagonismo do enfermeiro na atenção domiciliar, o crescimento pessoal e profissional, a qualificação e aprimoramento da autora como uma futura Enfermeira.

Palavras-chave: atenção domiciliar, enfermagem, relato de experiência

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Atenção Domiciliar
APS	Atenção Primária a Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BIPAP	Pressão Aérea Positiva por dois Níveis
CPAP	Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EACS	Estratégia Agente Comunitários de Saúde
ELA	Esclerose Lateral Amiotrófica
EMAD	Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multidisciplinar de Apoio
ESF	Estratégia Saúde da Família
HITH	Hospital in the Home
HSPE	Hospital de Servidores Públicos do Estado
MS	Ministério da Saúde
PMSCS	Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul
RAS	Redes de Atenção a Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SAMU	Serviço Ambulatorial Móvel de Urgência
SS	Saúde Suplementar
SUS	Sistema Único de Saúde
UAA	Unidade de Atendimento Acadêmico
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. OBJETIVOS.....	09
2.1. Objetivo Geral.....	09
2.2. Objetivos Específicos.....	09
3. ATENÇÃO DOMICILIAR.....	10
3.1. Resgate Histórico e Marco Normativo... ..	10
3.2. Organização da Atenção Domiciliar no Mundo e no Brasil.....	12
3.3. O Impacto da Atenção Domiciliar Quanto aos Custos e a Qualidade de Vida.....	16
3.4. Enfermagem na Atenção Domiciliar.....	17
4. METODOLOGIA.....	22
4.1. Tipo de pesquisa.....	22
4.2. Local.....	22
4.3. Procedimentos Operacionais e Éticos.....	23
5. O RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	25
5.1 A trajetória do SAD.....	25
5.1.1 Novos rumos na trajetória do SAD.....	30
5.2 As vivências no SAD.....	36
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
7. REFERÊNCIAS.....	47
8. ANEXOS.....	52
8.1 Anexo A.....	52
8.2 Anexo B.....	53
8.3 Anexo C.....	54

1. INTRODUÇÃO

Com as mudanças do perfil epidemiológico e a cronificação das doenças mostra-se necessária, atualmente, a reformulação do modelo de atenção à saúde, sendo o atendimento domiciliar um deles. A atenção domiciliar (AD) consiste em uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

No Brasil, os primeiros serviços de Atenção Domiciliar surgiram na década de 1960 como alternativa à internação hospitalar e em resposta à crise de lotação desses serviços. Eles criaram força a partir da década de 90, quando surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS) com a implantação de políticas públicas e, para incorporar sua prática, em 2011 foi criado pelo Ministério da Saúde, o Programa Melhor em Casa (BRASIL, 2014).

Em 2013, o Melhor em Casa estava presente em 226 municípios, com 644 equipes atuando. Eram 426 Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMADs) e 216 Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAPs), representando cerca de 42 milhões de brasileiros com uma equipe de Atenção Domiciliar de referência (BRASIL, 2014).

Como citado anteriormente, a população está envelhecendo, ocorrendo um aumento da carga de doenças crônico-degenerativas, conseqüentemente, sua hospitalização o que faz aumentar os riscos de infecções hospitalares. A AD visa a desospitalização, otimizando os leitos hospitalares e proporcionando uma maior qualidade e conforto para esses indivíduos (BRASIL, 2012)

A Enfermagem tem um papel fundamental na assistência domiciliar desses sujeitos, pois torna o cuidado mais humanizado, singular e autônomo. Ela possibilita um atendimento diferenciado, o que faz com que o profissional busque aprimoramento constante e conhecimento técnico-científico. Visa também, uma contínua capacidade de readaptação, tomada de decisão, capacidade de relacionar-se bem com os pacientes, familiares e equipe multiprofissional. Diante do exposto, reconhece-se que a Enfermagem tem um papel fundamental na AD pois, na maioria dos casos, atua na coordenação e assistência desses serviços, no plano de

cuidados domiciliares e sua articulação com a equipe e com a rede (ANDRADE, 2017).

O interesse pelo tema do presente estudo surgiu a partir das vivências da autora, que atua no Serviço de Atenção Domiciliar como Técnica de Enfermagem, com o intuito de buscar maior conhecimento sobre a temática, a atuação da enfermagem no serviço compartilhando suas experiências e aprendizados. Esse estudo surgiu também devido ao interesse e necessidade do próprio serviço, pois não existem registros históricos sobre ele, com exceção de documentos e portarias, o que contribui para que seja pouco conhecido e divulgado entre profissionais e demais serviços do município. Nesse sentido, o presente estudo vem preencher essa lacuna, contribuindo para a qualificação do serviço, aprimorando os processos de trabalho.

Pretende-se, com esse estudo, contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho realizado por Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e demais profissionais das Equipes de AD, com cientificidade, diretrizes e qualidade para o serviço de forma a aprimorar a qualidade da assistência prestada.

Esse estudo traz um relato de experiência sobre a trajetória, como profissional da Enfermagem no Programa de Atenção Domiciliar. Tem por finalidade apontar as facilidades e dificuldades nesse processo, avanços e perspectivas para a equipe e as contribuições para o aprimoramento profissional da autora.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Relatar as experiências vivenciadas como profissional de Enfermagem em um Programa de Atenção Domiciliar de um município.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever as facilidades e as dificuldades vivenciadas nesse processo.
- Refletir sobre os avanços e perspectivas da Atenção Domiciliar, na visão da autora do estudo.
- Compreender as contribuições dessa trajetória para o aprimoramento profissional.

3. ATENÇÃO DOMICILIAR

A respeito deste tema, existem aspectos teóricos importantes a serem estudados e aprofundados, os quais seguem abaixo:

3.1 Resgate Histórico e Marco Normativo

No caderno de Atenção Domiciliar consta que, existem relatos históricos que os cuidados em saúde realizados no domicílio já são descritos no Egito Antigo e também na Grécia (em relatos de Asképlios e Hipócrates). E na Europa, no final do século XVIII. Antes do surgimento dos hospitais e dos ambulatórios, já acontecia a prática de atenção a domicílio como modalidade de cuidado (BRASIL, 2012).

Um estudo relata que um médico chamado Imhotep, na terceira dinastia do Egito Antigo (século XIII a.C.) atendia o paciente tanto no domicílio como em um consultório/hospital, sendo o responsável pelo atendimento do Faraó nas dependências do palácio. Traz também, que na Grécia Antiga, outro médico, por nome Asklépios, atendia na residência do paciente e seus seguidores atendiam em templos, onde tinham medicamentos e materiais especiais para a cura podendo, esses locais, serem considerados, a primitiva estrutura do que seria mais tarde denominado hospital (AMARAL et al, 2001).

No século V antes de Cristo, Hipócrates descreve a eficiência de se atender no domicílio, pois tal cuidado propiciava um bom êxito, segundo suas observações. Ao final do século XVII, o fundador da homeopatia, Samuel Hahnemann, passou a visitar os enfermos por acreditar que o médico tem o dever de lutar sem descanso contra a enfermidade, independente, do local onde se tratasse essa luta (AMARAL et al, 2001)

No século XIX, com o advento da medicina científica, ocorreu a transformação do sujeito em paciente, tendo o hospital como local que contribuiu para a neutralização das perturbações externas, o que instaura um abismo entre o paciente e o médico. O hospital surge como espaço de consolidação da identidade de doente, de assistência, segregação e exclusão. Isso faz com a hospitalização dê visibilidade ao doente, reafirmando-o como doente diante da família, do trabalho e da comunidade. Isso fez com que a residência deixasse de ser um lugar de sofrimento. A família, assim, perdeu a autoridade sobre a maneira de cuidar do seu ente, que

seria isolado e “olhado cientificamente”, e se viu cada vez mais obrigada a solicitar atenção médica por se perceber impotente diante das manifestações do sofrimento (BRASIL, 2012).

Para Silva (2010) citado por Brasil (2012, pg 12) com a crise do modelo médico hegemônico liberal e de novas necessidades decorrentes do envelhecimento populacional e da transição epidemiológica, as “demandas por melhor qualidade da atenção, por cuidados integrais e contínuos têm fortalecido práticas anti-hegemônicas; formulação de novas estratégias e mecanismos para o cuidado em saúde”.

Um estudo traz que nos primórdios do último século, a Medicina era privada, e os médicos de família eram os profissionais que atendiam clientes abastados eminentemente em casa, enquanto a população comum era cuidada por entidades filantrópicas, como as Santas Casas, pela medicina caseira ou mesmo pelo curandeirismo. Mas ao longo do século, em todo o mundo, as Visitas Domiciliares (VDs) foram declinando como fonte do cuidado, sendo progressivamente substituídas pelos serviços ambulatoriais, pelos hospitais e por consultórios particulares (SAVASSI, 2016).

A atenção domiciliar surge como alternativa ao cuidado hospitalar, o que provoca a possibilidade de retomada do domicílio como espaço para produção de cuidado e despontando como um “dispositivo para a produção de desinstitucionalização do cuidado e novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde” o que se torna uma grande inovação (BRASIL, 2012, pg 12).

Em 1947 surgiu a atenção domiciliar como extensão do hospital, a partir de então, se estendeu para a Europa e América de Norte. No Brasil, ela contou inicialmente com os médicos de Família, os profissionais legais de medicina que atendiam seus abastados clientes em casa, proporcionando assistência humanizada e de qualidade (BRASIL, 2012).

Andrade (2017), discorre sobre a AD e traz que se trata de uma alternativa à internação hospitalar, que diminui tanto a demanda por esta como sua duração e, conseqüentemente, reduz custos e riscos de complicações relacionadas ao ambiente hospitalar, e que tem sido reconhecida como espaço favorável para um cuidado inovador e singular em saúde, com potencialidade para propiciar assistência centrada nas demandas e necessidades do usuário.

Um dado importante é o surgimento da primeira experiência Brasileira de AD que ocorreu em 1949, com o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), vinculado ao Ministério do Trabalho, sendo a primeira ação de atendimento domiciliar brasileira organizada como um serviço. A atenção domiciliar foi iniciada como uma atividade planejada pelo setor público com o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (HSPE) (SAVASSI, 2016).

Em meio a Reforma Sanitária e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), começam a se desenvolver alguns serviços de apoio a hospitais e surgem as primeiras experiências de Serviços de Atenção Domiciliar, impulsionadas por iniciativa ligadas a Secretarias Municipais de Saúde, ou a hospitais públicos (SAVASSI, 2016).

Sobre a legislação, devido ao desenvolvimento e a disseminação da atenção domiciliar em 2002, é publicada a Lei nº 10.424, que acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, regulamentando a assistência domiciliar no SUS. Além disso, em 2006, foi publicada a RDC nº11 (Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa), dispondo sobre o regulamento técnico de funcionamento dos serviços que prestam atenção domiciliar (BRASIL, 2014).

Em 2011 foi organizado um grupo de trabalho, constituído por um conjunto das áreas técnicas do Ministério da Saúde (MS) e por representantes de diversas experiências locais de atenção domiciliar, que foram responsáveis pela criação do Programa Melhor em Casa, que visa à expansão e à qualificação da atenção domiciliar. Mais tarde, a atenção domiciliar no âmbito do SUS é disciplinada pela Portaria GM/MS nº 963, de 27 de maio de 2013 (BRASIL, 2014).

Em 2016 surge uma nova Portaria, a de número 825, que redefine a AD no SUS, trazendo dados mais atuais das equipes de Melhor em Casa habilitadas no Brasil (BRASIL, 2016).

3.2 Organização da Atenção Domiciliar no Mundo e no Brasil

No mundo a AD teve como principal objetivo estabelecer uma comparação entre diversos aspectos que regem e organizam o cuidado domiciliar: as políticas, a gestão, a legislação, o financiamento e a organização das modalidades e sua articulação com a rede de serviços, entre outros. De modo geral, as produções

sobre serviços de assistência domiciliar no mundo abordam o tema sob a perspectiva da assistência propriamente dita, da organização de serviços ou da formulação de políticas públicas (BRASIL, 2014).

Ainda que cada país apresente diferenças e particularidades importantes no que concerne à assistência domiciliar, a crescente demanda por essa modalidade de atenção parece ser um fenômeno comum à maior parte dos países ocidentais. Esse aumento reflete mudanças em diversos aspectos das sociedades: demográficos, epidemiológicos, socioculturais e políticos. Essas mudanças, embora presentes em âmbito mundial apresentem particularidades quanto às suas características e intensidade nos diferentes países (BRASIL, 2014).

A América Latina, a América Central e o México, de modo geral, perceberam a existência de programas de Atenção Domiciliar com diferentes inserções e vinculações ao sistema de saúde, com diversas experiências mais ou menos consolidadas que podem ser consideradas como boas práticas, porém, com poucas políticas específicas para a Atenção Domiciliar no âmbito federal. Exemplos disso são que no Uruguai, a cidade de Montevideu criou um programa de AD de base comunitária, para permitir aos idosos residir em seus domicílios com independência pelo maior tempo possível, já na Argentina, em Buenos Aires, existem diversos serviços com financiamento público ou privado e o desafio atual consiste na organização de um programa com coordenação dos sistemas de saúde e de assistência social. O México apresenta programas escassos, normalmente vinculados a instituições hospitalares (BRASIL, 2014).

Já na maior parte dos países europeus e no Canadá, existe uma distinção entre serviços de Atenção Domiciliar à saúde que consiste internação domiciliar, cuidados paliativos, cuidados de enfermagem em domicílio (home care, hospital and hospice at home schemes, home nursing) e os serviços de assistência social prestados ao usuário no seu domicílio – home help, sendo que essa última categoria nem sempre está presente (BRASIL, 2014).

Na Austrália, na Ásia e nos países do Pacífico encontramos a experiência de Hospital in the Home (HITH), que consiste na prestação de cuidados agudos ou pós-agudos no domicílio, em substituição ao hospital. O cuidado é prestado por médicos de diversas especialidades, como infectologista, gerontologista, clínico geral, intensivista, ortopedista, cardiologista, pediatra, hematologista, cirurgião e especialista em reabilitação respiratória (BRASIL, 2014).

No Brasil, o MS define a AD no âmbito do SUS como a Atenção Primária de Saúde (APS) e os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) como elementos integrados de cuidados, propondo níveis de complexidade clínica e tecnológica que delimitem o cuidado entre eles. Reconhece as ações domiciliares da APS como o nível um da Atenção Domiciliar (AD1), que se integram a dois níveis de AD (AD2 e AD3) realizados por Equipes Multiprofissionais de AD (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) destinadas a este fim, sob a necessidade de integração entre níveis (SAVASSI, 2016).

O SAD tem por objetivos, a redução da demanda por atendimento hospitalar e período de permanência de internação dos usuários; a humanização do atendimento em saúde ampliando a autonomia deles e a desinstitucionalização e otimização dos recursos financeiros e estruturais. Também considera que o cuidador é a pessoa, com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá estar presente no atendimento domiciliar, fazendo-se necessária a sua presença (BRASIL, 2016).

Para o SUS a AD divide-se em AD1, AD2 e AD3, sendo que cada uma tem seus critérios de inclusão, que são (BRASIL, 2012, pgs12,13 e 14):

AD1: I - Apresentar problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde;

II - Necessitar de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, e de menor frequência, dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); e

III - não se enquadrar nos critérios previstos para o AD2 e AD3 descritos na Portaria;

AD2: I - demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros;

II - Dependência de monitoramento frequente de sinais vitais;

III- Necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade;

IV- Adaptação do paciente e /ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia;

V - Adaptação do paciente ao uso de órteses/próteses;

VI - Adaptação de pacientes ao uso de sondas e ostomias;

VII - Acompanhamento domiciliar em pós-operatório;

VIII - Reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem serviços de reabilitação;

IX - Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica;

X - Acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso;

XI - Necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória;

XII- Necessidade de cuidados paliativos;

XIII - Necessidade de medicação endovenosa ou subcutânea;

XIV- Necessidade de fisioterapia semanal.

AD3: I - existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para a AD2; e

II - Necessidade do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos/procedimentos:

a) Oxigenoterapia e Suporte Ventilatório não invasivo (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP), Pressão Aérea Positiva por dois Níveis (BIPAP), Concentrador de O₂);

b) diálise peritoneal;

c) paracentese.

Conforme a Portaria 963 de 2013, as equipes EMAD e EMAP são compostas pelos seguintes profissionais, respeitando a carga horária descrita nela:

EMAD: Equipe que realizará o atendimento de no mínimo uma vez por semana. Formada por Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

EMAP: Equipe que é acionada a partir da indicação clínica da EMAD, como um suporte. Formada por Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Odontólogo, Psicólogo, Farmacêutico e Terapeuta Ocupacional, deverá contar com no mínimo três profissionais.

O papel das EMAD e EMAP não substitui as ações realizadas no domicílio pelas equipes de APS, em especial as Estratégias de Saúde da Família (ESF). Pelo contrário, o MS considera a AD1 como de responsabilidade destas equipes, reconhecendo o seu trabalho como um eixo essencial ao mesmo tempo em que as EMAD se apresentam como uma possibilidade de serem complementares nos

cuidados, quando as demandas dos pacientes superam a capacidade de resposta das equipes de APS (SAVASSI, 2016).

Segundo um estudo, em relação à AD na atenção primária, as Visitas Domiciliares (VDs) representam de 10,1% a 11,5% de todos os contatos entre médicos de família e seus pacientes, respectivamente na Inglaterra e no Canadá, países com Atenção Primária bem estruturada. No Brasil, médicos dedicam até sete dias e enfermeiras até oito dias do mês para visitas. Enfermeiras fazem 5,76 VD/semana e médicos 3,74 VD/semana, e a média de tempo dedicado a visitas é de 11,86% da carga horária semanal, sendo pior para médicos, com menos de 10% do tempo dedicado à VD (SAVASSI, 2016).

Devido a grande demanda nas ESF, há no planejamento pouco tempo disponível para que os profissionais de saúde realizem com uma frequência capaz de suprir as demandas das AD mais complexas, podendo ela encaminhar para o SAD (SAVASSI, 2016).

Segundo dados da Portaria 825 de 2016 no Brasil constam 515 equipes de EMAD e 325 equipes de EMAP, sendo que no Rio Grande do Sul existem 15 municípios que contem SAD. A quantia de recursos financeiros que os municípios, recebem totaliza R\$ 365.856.000,00 por ano.

3.3 O impacto da Atenção Domiciliar quanto aos custos e a qualidade de vida dos pacientes atendidos

Quanto aos custos, a AD permite uma redução significativa deles, ressaltando que as altas taxas de internação hospitalar, respaldadas na hegemonia do modelo hospitalocêntrico e os gastos decorrentes do uso crescente de alta tecnologia são os responsáveis pelos altos custos da atenção hospitalar. A manutenção da assistência centrada no hospital acaba por gerar, além da superlotação destes que são ocupados, principalmente, por pessoas idosas com doenças crônico-degenerativas, uma elevação dos custos da assistência à saúde e exposição do paciente a riscos, comprometendo a qualidade de vida e de saúde (BRASIL, 2014).

Dessa forma, a AD visa aliviar a carência de leitos nos serviços públicos sem interromper os cuidados prestados. Para isso, a desospitalização é alternativa para pacientes que podem ser cuidados no domicílio, quando estes já não são de alta complexidade e sim, de alta dependência, uma vez que se tem uma alta demanda

de atendimento hospitalar advindas predominantemente das unidades de pronto atendimento (BRASIL, 2014).

Outro estudo traz que, o incremento da AD no cenário mundial vem acompanhando as mudanças demográficas e epidemiológicas e está relacionado à racionalização da utilização dos leitos hospitalares, redução dos custos da assistência para os sistemas de saúde e pelo estabelecimento de uma lógica de cuidado embasada na humanização. Ressalta-se que ela está ocorrendo de forma homogênea no cenário mundial e, no Brasil, o aumento da AD está associada ao aumento da demanda por cuidados em especial, os que tem doenças crônico-degenerativas (BRAGA et al, 2016).

Pesquisas mostram que pacientes em AD apresentaram menores taxas de crises agudas e de piora clínica, procuraram menos os serviços de emergência e apresentaram menores taxas de reinternação. Revelam que quando o paciente está sendo atendido em alguma modalidade de AD, 35% de suas necessidades não são atendidas, ao passo que quando ele não está inserido em um serviço de AD, esse percentual quase duplica, chegando a 67%. Demonstra então que o cuidado ofertado na AD tem sinalizado para melhorias na qualidade da assistência prestada e responde melhor às necessidades de saúde apresentadas (BRAGA, et al, 2016).

Com relação às diferentes demandas a AD vai se dando em várias dimensões como a prevenção de agravos, a recuperação e a reabilitação da saúde e também com tentativas de promoção da saúde. Apesar de o público ser composto predominantemente por idosos, outras faixas etárias também têm sido atendidas nos serviços de AD, isso demonstra a diversidade de perfis, condições e situações passíveis de atendimento domiciliar que, olhado pelo lado das necessidades de saúde, evidencia quão representativo é o rol de demandas reprimidas da qual não se tem, ainda, a real dimensão. Essa diversidade se dá em casos de doenças crônicas e pulmonares, cardiovasculares, a AIDS e a diabetes; serviços de reabilitação no domicílio; serviços de monitoramento telefônico para pacientes em pós-cirúrgico e acompanhamento terapêutico (BRAGA, et al, 2016).

3.4 Enfermagem na Atenção Domiciliar

A Enfermagem tem como atribuição gerir o cuidado e prover ou disponibilizar tecnologias de saúde de acordo com as necessidades de cada pessoa ao longo da

vida, com foco no seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. A gestão do cuidado em saúde apresenta diversas dimensões interdependentes, que operam com lógicas diferentes e dependentes da ação ou do protagonismo de múltiplos atores, um deles é o profissional de saúde. Destaca-se que o encontro entre o trabalhador/equipe e o usuário, configura-se um “espaço intercessor” entre aqueles que portam necessidades de saúde e os que se dispõem a cuidar. É um espaço de grande potência criativa, atravessado por determinantes externos (organizações, crenças, formação etc.) que influenciam tanto as equipes quanto os usuários (BRASIL, 2013).

Sobre a abordagem com o paciente, familiar e cuidador é necessário que o profissional na AD desenvolva a competência de ajudar as pessoas com foco na qualidade da vida, em que o resultado depende da participação do sujeito e da sua capacidade de “inventar-se”, apesar da doença. A escuta qualificada ajuda a pessoa e a família a entenderem a doença, relacionando-a com a vida para evitar atitudes passivas diante do tratamento, responsabilizando-as e ampliando as possibilidades clínicas do profissional (BRASIL, 2013). Dessa forma, a atuação do Enfermeiro é influenciada tanto pelo perfil do paciente quanto pela peculiaridade do domicílio, com predominância no cuidado paliativo e a pessoa idosa (ANDRADE, et al, 2017).

Andrade, et al. (2017) traz que o Enfermeiro ocupa um papel central na AD. A relevância de sua atuação se percebe por ser considerado especialista em clínica, coordenador do cuidado e gerente de caso, responsável pela prestação de diversos cuidados aos pacientes e também por exercer uma importante função de liderança. A este respeito, tem-se revelado na literatura como profissional fundamental na construção deste tipo de cuidado.

Camacho (2015) traz que a função da enfermagem é “prestar assistência ao indivíduo sadio ou doente, família ou comunidade, no desempenho de atividades para promover, manter ou recuperar a saúde” (pg. 03). Além da ação de cuidar, a outra atividade é a de administrar, no entanto, esta última não é realizada por todas as categorias da enfermagem, e sim, pelo enfermeiro, cujo papel é organizar, controlar e favorecer as práticas de cuidar. No trabalho da enfermagem é possível aprender duas orientações gerais para as atividades desenvolvidas: uma que diz respeito ao cuidado, à assistência direta (exercida por todos os elementos da equipe de enfermagem), e outra, que se relaciona com a organização do serviço de enfermagem e da saúde como um todo, predominantemente pela enfermeira.

Camacho (2015) acredita que as competências dentro da gestão são importantes para alcançar um resultado, com possibilidade de inovação, que permite criatividade e que o enfermeiro conseqüentemente as desenvolve melhor. Competência apresenta na sua essência, três dimensões e também podem ser denominadas de categorias: conhecimento (é a categoria mais ampla, proveniente de experiências, aprendizagem, de busca de informações e de elaborações mentais aplicados com um objetivo e de forma eficaz); habilidades (são aptidões desenvolvidas e que tornam as pessoas diferenciadas em alguns aspectos) e atitudes (comportamento relacionado a princípios e valores, são resultados de ações conscientes).

Além dessas competências, o enfermeiro possui outras, tais como: atenção à saúde; tomada de decisão; liderança; educação permanente; comunicação; administração e gestão, o que o torna capaz de descobrir e eliminar as causas de falhas; incentivar o trabalho da equipe e a participação efetiva das pessoas; ajudar na realização pessoal e profissional; preparar novas lideranças; fortalecer os processos de tomada de decisão; facilitar a descentralização do comando; gerar comprometimento com as soluções escolhidas e resolver problemas que não podem ser resolvidos individualmente (CAMACHO, 2015).

Andrade, et al. (2017) relata que o Enfermeiro executa múltiplas ações, tais como: apoio interpessoal, educação em saúde a pacientes, familiares e cuidadores, realização de procedimentos técnicos e supervisão clínica e administrativa. Traz também a questão da relação da família com o Enfermeiro como algo fundamental na AD, sendo ela intermediada pelo diálogo. Indica que enfermeiros devem ter habilidades na construção de um relacionamento eficaz com os pacientes.

Para Mello, et al. (2016), o enfermeiro organiza e concebe a assistência de Enfermagem no Home Care, como: a admissão do paciente, readmissões, dimensionamentos de materiais, equipamentos e medicamentos. Além disso, com relação a assistência prestada ao paciente, o enfermeiro prescreve seus cuidados por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem e da delegação de cuidados à equipe de Enfermagem. Os Enfermeiros participam ativamente de reuniões clínicas, a fim de discutir o Plano Terapêutico para os pacientes. A infraestrutura de cada lar, as condições físicas e psicológicas dos acompanhantes e a relação familiar de cada paciente são aspectos continuamente avaliados, segundo as evoluções nos prontuários.

O preparo do enfermeiro para o desenvolvimento da assistência no domicílio é um desafio no seu processo de formação. Presume-se que, para esse cenário, além da prestação de cuidados, há necessidade de formação de uma nova equipe de trabalho que terá como desafio lidar com pessoas em seu contexto familiar, exigindo um profundo conhecimento e habilidades nas relações humanas, além do preparo ético para decidir nas distintas e imprevisíveis situações que se apresentam. Assim, no domicílio, o enfermeiro tem o papel de facilitador do processo de cuidar, incluindo a educação em saúde e o gerenciamento do caso do usuário e de seus familiares (SILVA, et al. 2014).

Os autores acima ainda discorrem que na gestão dos projetos terapêuticos os enfermeiros revelam suas habilidades de raciocínio clínico e reforçam a autonomia de sua atuação. Na posição de gestor dos projetos terapêuticos, os profissionais da enfermagem são impulsionados ao uso de tecnologias leves e duras, configurando um processo de trabalho cuja finalidade é a prevenção de complicações e de reinternações.

Com relação aos cuidados paliativos a interação interpessoal se destaca no domicílio, este profissional despende esforço contínuo para o preparo da família em relação a evolução do paciente e as responsabilidades, facilitando o cuidado e oferecendo suporte emocional, preparando a família para a finitude do paciente (ANDRADE, et al, 2017).

Já com os cuidadores ele age como um facilitador, incentivando que expressem suas preocupações e experiências no cuidado ao paciente buscando ainda, o conforto físico, emocional e mental para pacientes e cuidadores. Ressalta-se que como gestores do cuidado, os enfermeiros domiciliares avaliam as necessidades dos pacientes em todos os aspectos do estado de saúde (física, mental, social) e elaboram um plano de cuidados. Desse modo eles organizam os serviços voltados para a prevenção da crescente fragilidade ou no sentido de evitar o aumento de problemas de saúde (ANDRADE, et al, 2017).

Silva (2014), ressalta que a enfermagem assume um protagonismo na execução do cuidado no domicílio; que não se modela ao trabalho nas tradicionais instituições de saúde marcado pela atuação centrada nas técnicas e procedimentos e com dependência das decisões médicas. Saber realizar a técnica é condição primordial para a atuação do enfermeiro na AD. Entretanto, no domicílio, o enfermeiro, bem como os outros profissionais da equipe, atuam com autonomia nas

decisões sobre a condução do processo terapêutico redefinindo os papéis profissionais, a divisão e a hierarquização de poder na equipe de saúde. O espaço domiciliar possibilita a reflexão das relações entre trabalhadores de saúde, usuários e famílias, numa condição mais horizontalizada.

Dessa forma, Mello et al. (2016), trazem que na AD o enfermeiro possui uma importante função, tanto assistencial quanto administrativa e educativa nos diferentes espaços de promoção, prevenção e manutenção do cuidado. Se tratando do cuidado domiciliar, este requer além de competência técnico-científica, também competência humana para compreender e acolher as reais necessidades de cada cliente e família, com um olhar singular. Requer habilidades administrativas e de liderança para promover o cuidado, de forma proativa, dinâmica e integral, independente das condições em que o paciente ou família se encontram.

4. METODOLOGIA

A seguir serão apresentados os procedimentos metodológicos do estudo.

4.1 – Tipo de estudo

Esse estudo trata de um relato descritivo da experiência em uma abordagem contemporânea, vivida pela autora que atua como técnica de Enfermagem em um SAD situado no Município de Santa Cruz do Sul, RS.

Segundo Pádua (2012) os relatos de experiências consistem naquelas que são vividas pelo pesquisador. Pode-se identificar duas posturas com relação a esse instrumento de estudo: o tradicional e contemporâneo ou moderno.

O tradicional tem por função primordial relatar, narrar, contar os acontecimentos de uma dada intervenção real, “espelhando” a realidade em um registro fiel do que passou. Já no contemporâneo ou moderno entende que os relatos cumprem funções específicas, transferindo um segmento da realidade para um contexto de interpretação científica, seus dados são pontos de partida para o próprio conhecimento da realidade, a partir do seu processo (PÁDUA, 2012).

Importante ressaltar que esse tipo de estudo permite que o pesquisador obtenha uma interpretação da situação real com base no conhecimento científico. Ele permite a relação da teoria com uma situação concreta, dessa forma oferece dados significativos para a compreensão da realidade e, por vezes, proporcionar elementos para o redimensionamento do projeto (PÁDUA, 2012).

4.2 – Local do estudo

Esse estudo foi realizado em um SAD, situado no município de Santa Cruz do Sul localizado na região central do Estado do Rio Grande do Sul, a cerca 150 km de Porto Alegre. Ele possui uma área total de 794,49 km², sendo 156,96 km² de área urbana e 637,53 km² de área rural. Conta, atualmente, com pouco mais de 126 mil habitantes, segundo estimativa do IBGE/2010. Tem como principal economia a agricultura, o cultivo do tabaco e indústrias (PMSCS, Acessado em: maio de 2018).

Quanto à saúde, o município contempla a Atenção Básica, Especializada e de Alta Complexidade. Na Atenção Básica, conta com 09 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 22 Estratégias de Saúde da Família (ESF), Estratégia Agente Comunitários de Saúde (EACS) e Divisão de Saúde Bucal. Quanto a Atenção Especializada, o município contempla 14 serviços de saúde, como Cemas, Caps II, Capsia, Caps AD, Central de Distribuição de Medicamentos, Central de Marcação/Cartão SUS, Umrest, Cerest/Vales, Unidade de Vigilância Epidemiológica. Na Alta Complexidade, ele possui três hospitais, sendo que dois deles são referências em oncologia, cardiologia e traumatologia. Em relação às urgências, conta com Serviço Ambulatorial Móvel de Urgência (SAMU), que é dividido em Unidade Básica e Unidade Avançada, e 04 Prontos Atendimentos, sendo, uma delas a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (PMSCS, 2016).

O SAD surgiu novembro de 2003, de nome Programa Saúde em Sua Casa, pela Secretaria Municipal de Saúde vinculado a uma instituição hospitalar. Em 2012, essa parceria não se renovou, fazendo com que o município gerisse o programa, o que durou até meados de 2015, quando foi aderida a Portaria 963 de 2013 do Ministério da Saúde, passando a ser denominado Programa Melhor em Casa, que atende demanda de Atenção Domiciliar (AD) tipo II e III, uma vez que o tipo I fica para a Atenção Básica.

Hoje, o Programa Melhor em Casa está dividido em Equipe de Atenção Domiciliar (EMAD) formada por uma Enfermeira, duas Técnicas e duas Auxiliares de Enfermagem, duas Médicas e uma Fisioterapeuta. Uma Equipe de Apoio (EMAP) com uma Nutricionista, uma Psicóloga e uma Assistente Social, com média de 130 atendimentos mês de ambas as equipes. A EMAD é a linha de frente da assistência domiciliar, enquanto que a EMAP é acionada quando necessário.

4.3 – Procedimentos operacionais e éticos

Para a realização desse trabalho, foi primeiramente realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema. No relato da experiência foram descritas atividades, facilidades, dificuldades, avanços e perspectivas na experiência da Atenção Domiciliar, embasando-as com referenciais teóricos em uma abordagem descritiva e analítica.

O projeto passou pela aprovação da Secretaria Municipal de Saúde (ANEXO A) e da Coordenação do Serviço de Atenção Domiciliar (ANEXO B) do município. O estudo respeitou o anonimato das instituições e profissionais envolvidos. Os resultados serão utilizados para fins científicos, com publicações em periódicos da área e apresentação em eventos.

5. O RELATO DE EXPERIÊNCIA

Como se trata de um relato de experiência, primeiramente foi tratado sobre a trajetória do SAD no município, abordando aspectos para a compreensão de situações e atividades importantes. Ressalta-se que, como antes, o programa era de financiamento municipal, houve mudanças significativas quando ele passou a ser de financiamento do Governo Federal.

Depois de abordado esses aspectos foram relatados a experiência vivida pela autora como membro da equipe; tratou-se sobre a transição do Programa, com o relato de facilidades e dificuldades vividas nesse processo, assim como, os avanços ocorridos e as ações desenvolvidas nesse momento.

A autora trouxe os ensinamentos, aprimoramentos, contribuições para sua vida como profissional que ocorreram nessa trajetória, com foco para a Enfermagem. Por fim, as conclusões do trabalho, refletindo sobre o tema em aspecto geral. Os ensinamentos, as contribuições para a enfermagem, entre outros aspectos.

Toda essa descrição da vivência foi articulada a referenciais teóricos sobre o tema.

5.1 A trajetória do SAD

O programa foi criado em novembro de 2003, pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em parceria com a Associação Pró-Ensino de Santa Cruz – Hospital Santa Cruz (APESC), autorizado pela Lei Municipal nº4978 de 22 de novembro de 2006, visando realizar atendimento domiciliar para pacientes carentes da comunidade, com patologias crônicas que acarretam em dificuldade de deslocamento e demais grupos de risco que venham a se beneficiar com esse tipo de atendimento. Nesse programa inicialmente o município forneceu como recursos humanos um enfermeiro, um motorista e os insumos, tais como gazes, pomadas, instrumentais, carro, matérias para verificação de sinais vitais, entre outros utilizados pelo programa e a associação disponibilizou um técnico de enfermagem, acadêmicos dos cursos da instituição de ensino e elaboração de gaze vaselinada (SANTA CRUZ DO SUL, 2006)

Em um estudo sobre parcerias institucionais traz como objetivo a busca de minimizar as dificuldades encontradas para uma assistência mais humanizada e qualificada de saúde. Ela permite uma troca de saberes e experiências problematizadoras na intenção de apresentar um modelo de atenção preventivo do agravo e promotor da saúde, com contribuições da gestão e controle social (MACIEL et al, 2016).

Em outro estudo traz apresenta a necessidade da comunicação para evidenciar aquilo que pode ou não oferecer, com ênfase em uma estratégia racional de gestão que visa a não fragmentação dos serviços. Objetiva também criar dispositivos de financiamento, custeio e sustentabilidade de projetos tendo como objetivo a integralidade do cuidado (OLSCHOWSKY et al, 2017).

Segundo Lopes (2015) as pessoas de baixa renda estão mais suscetíveis a situações de vulnerabilidade e agravamento das doenças, uma vez que não possuem condições financeiras para o tratamento dessas patologias, acarretando na falta de recursos ocasionando a descontinuidade do tratamento. A atenção domiciliar contribui para uma melhor qualificação do cuidado, diminuição dos gastos com disponibilidade de matérias e recursos, atendimento multidisciplinar e intersetorial com a finalidade prestar uma atenção mais equânime e humanizada para essas pessoas.

Como inicialmente, não havia registros dos atendimentos e nem os indicadores de atendimento do programa, não se obteve dados como, número de pacientes atendidos e suas patologias; quantidade de atendimentos realizados por mês e por paciente no mês; procedimentos realizados; internações hospitalares; entre outros.

Quanto aos registros, Miranda et al. (2016) discorrem ser um dos mais importantes instrumentos de comunicação, imprescindível para a prática da enfermagem e outras áreas, quando redigidos de maneira que retratam a realidade a ser documentada, possibilitando a comunicação permanente, podendo destinar-se a diversos fins como ensino, pesquisas, auditorias, processos jurídicos, planejamento e qualidade de assistência. É necessário ter registros adequados e frequentes no prontuário do paciente que é o mais importante instrumento de avaliação da qualidade de atuação da equipe.

Quanto aos tipos de atendimento dos serviços de atenção domiciliar, Pereira (2014) traz que prestam assistência a pacientes crônicos e acamados, geralmente por um longo período de tempo e apresentam possibilidade de melhora em virtude do tratamento prestado no domicílio, evidenciando uma construção de linhas de cuidados integrais e compartilhados. Mesmo com situações adversas como escassez de recursos e a exigência de criatividade para resolver situações com as famílias, os serviços apresentaram bons resultados, como recuperação de feridas e sequelas motoras, além da construção da autonomia do cuidador, família e paciente. Enfatiza-se que é preciso atentar à disputa que pode ocorrer entre os profissionais de saúde e os cuidadores/familiares na elaboração e execução do plano terapêutico.

Com o passar do tempo, ocorreram melhorias no programa estudado, tais como, a ampliação dos recursos humanos, com a inserção de um assistente social, um médico clínico geral e nutricionista, isso devido ao aumento da complexidade dos casos e de pacientes atendidos pelo programa, tendo como um dos desafios a falta do profissional médico. Nesse momento, o programa contava com cinco profissionais de saúde e a equipe estava instalada no prédio da Secretaria de Saúde e realizava visitas domiciliares diariamente (segunda a sexta) no turno da tarde; no turno inverso realizava serviços administrativos e visitas em casos específicos.

Sobre o aumento da complexidade na atenção domiciliar, Santos (2017) apresenta que com o envelhecimento da população, a senescência e a senilidade são fatores preponderantes, sendo que a senescência está relacionada com um deterioramento gradativo físico e mental, tratando-se de um processo natural. Enquanto, a senilidade refere-se a um declínio físico acentuado, com consequência de desorganização mental, tornando-se um processo patológico.

Esse mesmo autor traz que dentre as causas patológicas, no Brasil, estão em primeiro lugar as de origem neurológica, como AVE (Acidente Vascular Encefálico), Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), Alzheimer, Parkinson entre outras. No segundo lugar as Neoplasias, sendo que no Brasil o tratamento contra câncer cresceu 66% nos últimos anos. Em terceiro lugar aparecem as doenças respiratórias responsáveis pelos maiores valores de admissão hospitalar e óbitos: pneumonia, DPOC, bronquite aguda, bronquiolite aguda, asma e doenças crônicas das amígdalas e adenoide.

Essas causas demandam, da atenção domiciliar, uma maior qualificação, aprimoramento e estrutura no atendimento prestado.

A partir de setembro de 2012, a parceria entre as duas instituições não se renovou. Portanto, o programa, desde então, até meados de 2015 passou a ser gerenciado com recursos do município (Secretaria Municipal de Saúde).

Desse momento em diante, em função do aumento da complexidade dos casos dos pacientes e do maior investimento nos recursos humanos no Programa Saúde em sua Casa, o objetivo passou a ser o de prestar assistência médica, social, nutricional e de enfermagem a domicílio para pacientes carentes da comunidade que estivessem acamados por patologias crônico-degenerativas, que apresentassem lesões importantes como úlceras de pressão venosas e arteriais, além de pós-cirúrgicos especiais, bem como, portadores de Mal de Parkinson e Alzheimer com uso de nutrição enteral. Atualmente, são atendidos pacientes moradores de zona rural e urbana do município, com exceção dos moradores de abrangência da Estratégia Saúde da Família e pacientes com planos de saúde.

Isso se deve a atribuição da ESF de realizar visitas domiciliares e atendimentos às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas. Realiza ainda atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde (PNAB, 2017).

Castanheira et al. (2014) explicitou que 77% dos usuários com baixa renda são assistidos pelo SUS, acessaram o sistema de saúde pelas UBS, enquanto indivíduos com cinco ou mais salários mínimos e com posse de planos acessaram os consultórios privados e apresentam um menor tempo de espera para acessar exames, especialistas, entre outros, o que demonstra que a cobertura por plano é um importante fator relacionado a diferenças no acesso e no uso de serviços de saúde.

Castanheira et al. (2014) enfatiza que os beneficiários da Saúde Suplementar (SS) composta pelas ações e serviços de saúde prestados pela iniciativa privada., foram mais bem-sucedidos na primeira vez que procuraram atendimento para algum problema de saúde, independentemente do sexo, faixa etária e nível de escolaridade.

Silva (2014) traz que a população rural tem muitos anseios, pois o acesso a saúde é muito dificultado devido as longas distâncias, meio de transporte escasso, entre outras situações. Para essa população a atenção domiciliar, por meio de VD é muito valiosa e importante pois permite maior acesso a informação, aos serviços de saúde, humanização e garantia a saúde com foco na pessoa humana. No município estudado, segundo dados da prefeitura, este possui uma área total de 794,49 km², sendo 156,96 km² de área urbana e 637,53 km² de área rural (PMSCS, 2018), sendo que em 2010, em um total de 118.374 habitantes, 105.190 estão na zona urbana e 13.184 estão na zona rural (DATA SUS, 2018)

No período de 2012 a 2015, o programa acompanhou em torno de 160 pacientes cadastrados, sendo possível realizar em torno de 100 visitas mensalmente, por meio de agendamento prévio. Os pacientes recebiam, junto com seus familiares e/ou cuidadores, orientações e assistência para poderem realizar com segurança o cuidado domiciliar, no que tange a aspectos preventivos, curativos e de reabilitação em suas casas, e ainda, contava com os serviços de apoio que a Secretaria de Saúde oferecia, encaminhando em caso de necessidade para atendimento na rede (SANTA CRUZ DO SUL, 2015).

Miranda et al. (2016) salienta que registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar; também é direito deste profissional, de acordo; registrar informações relativas ao processo de cuidar do indivíduo, tanto no prontuário como em outros documentos próprios da enfermagem; estabelece que é dever da enfermagem incentivar o registro e fazê-lo de forma clara, objetiva e completa. As pesquisas demonstram que os profissionais mesmo cientes desta condição ainda não realizam os registros de enfermagem com qualidade ou mesmo não os consideram como ferramenta de trabalho, impossibilitando a sua funcionalidade. Quanto a qualidade da assistência é sempre uma busca constante dos serviços de saúde, incluindo neste cenário a assistência

de enfermagem que, por meio de suas ações, almejam garantir o exercício profissional ético e a cidadania do usuário.

Esse mesmo autor aborda que os registros adequados trazem uma construção de indicadores de qualidade e destaca-se como importante instrumento gerencial, pois permite a troca de informações e a comparação em diversos ambientes intra e extra institucional, subsidiando a tomada de decisão garantindo uma efetiva avaliação da qualidade dos serviços prestados (MIRANDA et al., 2016).

Arruda et al. (2015) mostra que as Redes de Atenção em Saúde (RAS) organizam-se por conjuntos coordenados de pontos para prestar assistência contínua e integral a uma população definida, que tem como características a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, centro de comunicação na atenção primária à saúde, centralidade nas necessidades em saúde de uma população, responsabilização na atenção contínua e integral; cuidado multiprofissional; compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. É considerado importante fator de racionalização de gastos e melhor aproveitamento da oferta assistencial disponível.

5.1.1 Novos rumos na trajetória do programa

Em meados de 2015, o município aderiu a Portaria 963/2013 do MS (ANEXO C), que trata sobre o Programa, ocorrendo mudanças nas suas atividades, com isso, houve mudança na denominação do mesmo passando a chamar-se “Programa Melhor em Casa”. A equipe foi ampliada de modo a estar de acordo com essa Portaria. A mesma passou a ser formada por uma enfermeira, duas técnicas e duas auxiliares de enfermagem, duas médicas e uma fisioterapeuta, uma nutricionista, uma psicóloga e uma assistente social, totalizando 11 profissionais, sendo que, a enfermeira realiza a coordenação e gestão do programa. Em relação aos custos, o programa atualmente recebe verba do governo federal juntamente com o governo municipal, dessa forma, o município deixou de custear sozinho o programa.

Em relação a coordenação e gestão do programa, Camacho (2015) traz que o enfermeiro desempenha um papel preponderante na construção do sistema de cuidados, por ser capaz de interagir amplamente com todos os profissionais da

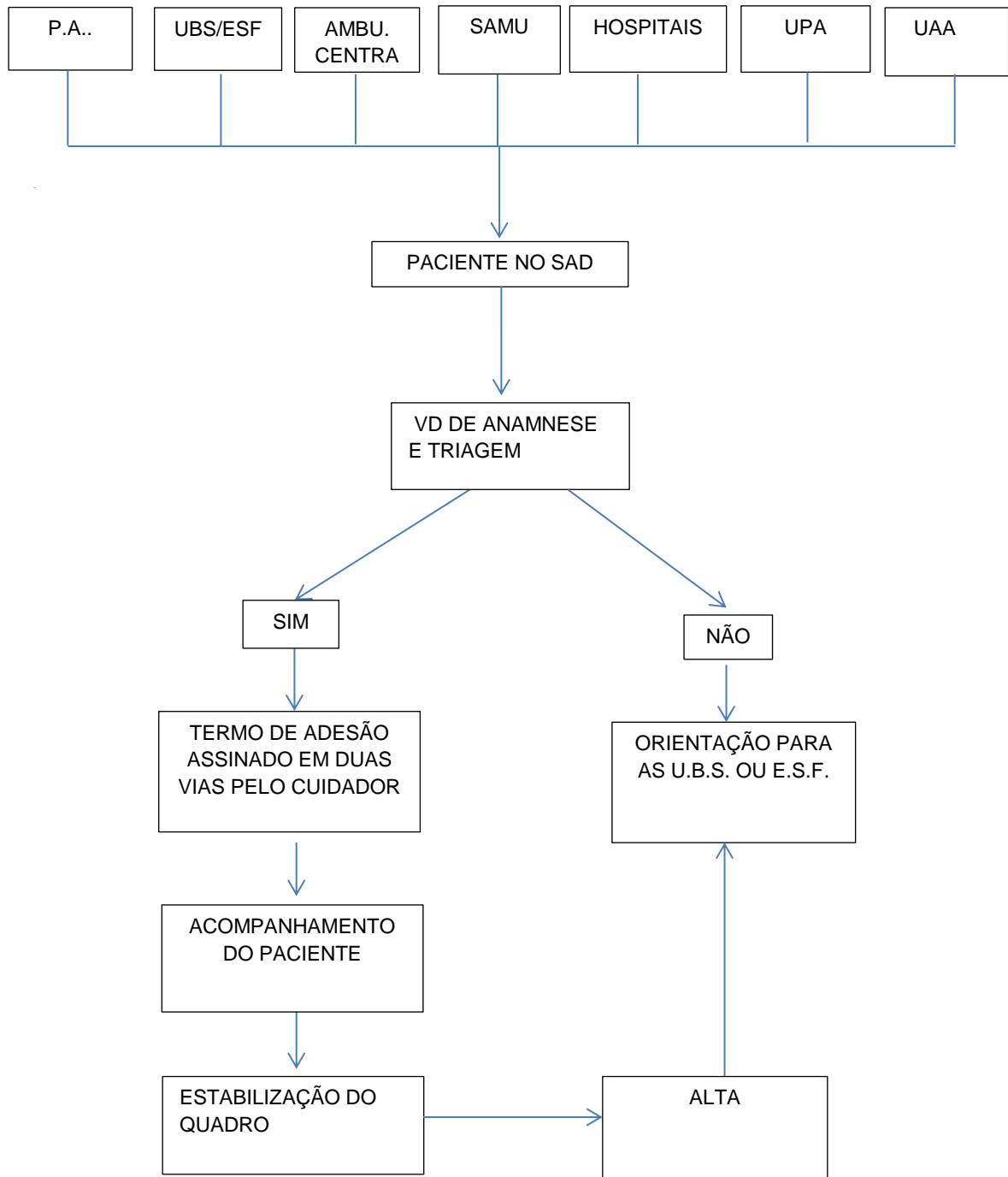
saúde. Nesse sentido, o enfermeiro gerencia os conhecimentos relativos ao exercício do trabalho assistencial da enfermagem e dispõe de autonomia para avaliar necessidades assistenciais do paciente, decidindo sobre o cuidado.

Ribeiro et al. (2015) dizem que a gestão dos recursos humanos tem se exibido como ponto crítico e mostrado a necessidade de desenvolver e implementar políticas públicas de saúde voltadas para essa área. Quando o enfermeiro coordena o trabalho da equipe, têm muitos atributos das abordagens taylorista, fayolista e burocrática e volta-se para o cumprimento de normas, rotinas e serviços, reproduzindo aquilo que diversos profissionais e a instituição esperam permitindo, muitas vezes, priorizar as necessidades do doente, causando assim insatisfação e desmotivação nos trabalhadores. Sendo assim, a enfermagem adquire a cada dia, maior relevância na atuação dos Sistemas de Saúde, ficando apreciada pela sua atuação profissional e sua contribuição na implantação e na manutenção da política de saúde e, conseqüentemente, em gestão de sistema de saúde.

Assim como ocorreram mudanças na equipe, houve mudanças no fluxo de funcionamento e atendimento, como o de não ser mais aponta de entrada. Os pacientes passaram a ser encaminhados pelos profissionais de saúde da rede, oriundos das UBS, ESF, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Unidade de Atendimento Acadêmico (UAA), Prontos Atendimentos (PA) e Hospitais, sendo referenciados por e-mail.

Quanto ao fluxo de funcionamento e atendimento do programa, inicialmente é realizada uma visita domiciliar para a avaliação do caso, a fim de saber se cumpre com os critérios estabelecidos para manter o acompanhamento da equipe. Nessa visita é avaliado o plano terapêutico e diretrizes, como número de visitas por semana, necessidade de acionar a EMAP, exames, encaminhamentos, medicações, entre outros, que serão tomadas para o acompanhamento do paciente. Uma vez que o paciente melhore e estabilize o quadro clínico, ele é contra referenciado para a UBS ou ESF. O fluxo abaixo exemplifica isso.

Figura 1: Fluxograma do Programa Melhor em Casa



Fonte: Elaborado pela autora, 2018

Quanto aos fluxos, Tabile et al. (2015) citam que o fluxograma revela o processo de trabalho da unidade, articula ações e possibilita a identificação dos "nós-críticos" do funcionamento da unidade, a fim de buscar soluções e melhores

abordagens. O fluxograma consiste em uma técnica de representação gráfica que se utiliza símbolos previamente convencionados, permitindo a descrição clara e precisa de determinado fluxo ou de um processo bem como, sua análise e redesenho. O “fluxograma analisador” se constitui num instrumento de análise que interroga os “para quê”, os “quê” e os “como” dos processos de trabalho, e ao mesmo tempo revela a maneira de governá-lo. Seus aspectos principais permeiam-se na busca de padronizar a representação dos métodos e os procedimentos administrativos, maior rapidez na descrição dos métodos administrativos.

Para Castro et al. (2018) no processo de organização de um SAD, inclui-se a identificação do fluxo da oferta dos serviços existentes na RAS, desde a solicitação de inclusão e a admissão do usuário mediante os critérios de elegibilidade, seguida do planejamento assistencial, possibilitado pela avaliação do grau de complexidade, definições sobre a modalidade, recursos e tecnologias de cuidado demandadas, incluindo periodicidade dos atendimentos no domicílio. Este processo gera necessidade de elaboração de orçamentos, planilhas de custos, definição de profissionais com formação adequada, prática do cuidado no domicílio e o acompanhamento do usuário desde a admissão até a alta, com exigência de registros formais, incluindo a utilização de Sistema de Informação.

O autor ressalta que a experiência de transição do cuidado ofertado em ambiente hospitalar para o ofertado na casa do paciente implica em emoções intensas, por vezes, negativas aos cuidadores, família e ao próprio usuário. Destaca-se, neste contexto, a possibilidade de surgimento da sobrecarga física e emocional do cuidador familiar. Com isso, o desenvolvimento e o fortalecimento de uma comunicação efetiva entre os envolvidos com o cuidado; a educação dos cuidadores e familiares, o suporte do serviço de AD nas necessidades de saúde dos usuários e a identificação de redes de apoio são estratégias fundamentais para minimizar o ônus desta transferência (CASTRO et al, 2018).

Como existem falhas nos processos de comunicação e de entendimento dos profissionais da rede de saúde do município quanto ao fluxograma do programa, já que a referência dos pacientes ao programa não tem sido realizada de forma correta, elaborou-se um amplo trabalho de divulgação dessas mudanças. Foram feitas visitas às UBS e ESFs do município, conversado com todas as equipes

dessas unidades, reuniões com representantes dos hospitais, o que gerou melhorias nesses processos, mas não solução completa dos problemas.

Com relação a esse aspecto, Emerich et al. (2016) trazem que a comunicação em saúde se articula em diversas vertentes, pautadas no entendimento de que o direito à comunicação é indissociável do direito à saúde, já que o primeiro potencializa a participação e autonomia dos sujeitos, confere visibilidade às necessidades e demandas de saúde e ao Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo (ou não) para a efetivação do segundo direito. Ela constrói e confere valor à realidade, pauta a agenda de discussão, faz parte das relações que o ser humano estabelece no espaço de sua existência, engloba saberes, práticas e processos, sendo um dos mais importantes instrumentos nos processos de trabalho.

Castro et al. (2018) relatam como estratégia para a resolução desse problema de comunicação a definição do ponto de localização do SAD na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e do fluxo ideal para usuários deste serviço na mesma. Enfatiza que em alguns municípios, a organização da equipe do programa Melhor em Casa está sediada dentro da Unidade de Pronto Atendimento, o que possibilita a articulação do SAD com este ponto da RAS, facilitando a tomada de decisões referentes ao cuidado junto ao usuário e contribuindo no processo de desinstitucionalização. Citam também, que a interlocução entre os profissionais que atuam na AD com os de outros pontos assistenciais da RAS é fundamental para consolidação dos princípios doutrinários do SUS. A realização de reuniões entre equipes de outros serviços foi uma estratégia apontada para o estabelecimento do fluxo do usuário e melhora na interlocução com os demais pontos de atenção na RAS.

Para Pereira e Machado (2016) o fluxo de referência se caracteriza pelo encaminhamento das UBS/ESF para os níveis de maior grau de complexidade (média e alta). Já a contrarreferência se configura pelo retorno do usuário da média ou alta complexidade para a APS, nos casos que o paciente não necessite mais da média e alta complexidade e quando a continuidade do tratamento requer menos recursos tecnológicos e terapêuticos, como os disponíveis nas UBS/ESF.

A rede de saúde no município estudado utiliza um sistema de informatização que exporta os dados para o e-SUS¹, possibilitando comunicação entre os serviços. Porém, ainda existem registros manuais, pois esse sistema não fornece todos os dados necessários para o programa e para a rede. Frequentemente ocorrem falhas no armazenamento de dados. Um dos desafios é este, há dificuldade na relação com a empresa que fornece esse sistema.

Quanto à informatização, Moura (2018) discorre que a legislação atual determina que sejam implantados os sistemas de informação em saúde (SIS) em todos os municípios e também responsabiliza os entes municipais no planejamento, gestão, avaliação e controle dos serviços e ações de saúde. Como pontos positivos com os sistemas de informação os gestores e profissionais de saúde efetuam o planejamento para a tomada de decisões relacionadas ao planejamento e execução dos serviços de saúde, e também o acompanhamento e auditoria das diversas ações realizadas.

Moura (2018), ressalta que o sistema também é capaz de gerar dados precisos e confiáveis que orientem ações resolutivas voltadas às necessidades locais, assim como, a comunicação entre as equipes de saúde na rede. No entanto, com a falta de sistemas próprios capazes de realizar a transposição dos dados para o sistema vigente é necessária a realização do cadastro da população, configurando retrabalho das equipes.

Esse mesmo autor traz que tecnologia mais recente, sem os cuidados necessários, deixa de cumprir as necessidades das equipes de saúde ocasionando a lentidão no processo de trabalho até a adaptação dos profissionais e alteração dos processos, além de que, os sistemas on-line parecem com problemas como acesso limitado a internet e com a falta de computadores nas unidades de saúde e treinamentos superficiais a respeito desses sistemas.

¹ e-SUS: Sistema de Informação em Saúde que contribui com a integração entre os diversos pontos da rede de atenção e permite interoperabilidade entre os diferentes sistemas. Ele visa desenvolver, reestruturar e garantir a integração desses sistemas, de modo a permitir um registro da situação de saúde individualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde (Data SuS, acessado em outubro de 2018)

5.2 Vivências de enfermagem no SAD

A autora do estudo iniciou sua jornada no SAD em novembro de 2013, sendo a única técnica de enfermagem (36 horas semanais) do programa naquele momento, juntamente com duas enfermeiras (36 horas semanais), uma médica (4 horas semanais), uma assistente social (4 horas semanais) e uma nutricionista (8 horas semanais). Inicialmente com pouca experiência com visitas domiciliares, houve um grande aprendizado a respeito da abordagem do paciente em família no domicílio de forma a conquistar a confiança dos mesmos e os procedimentos realizados no domicílio.

Um dos desafios foi a realização de VDs, sua operacionalização e o conhecimento dos casos acompanhados pelo SAD em pouco tempo, isso porque a enfermeira, que realizava as VDs, se ausentou para férias. Nesse momento os quadros dos pacientes não tinham complexidade elevada, mas a demanda era grande (cerca de 140 pacientes).

Silva et al, (2014), discorre que o espaço domiciliar possibilita a reflexão das relações entre trabalhadores de saúde, usuários e famílias, numa condição mais horizontalizada. É fundamental que o cuidador ou usuário sejam corresponsáveis pelo cuidado. A família assume uma responsabilização associada com os cuidados. O foco de cuidado da equipe passa ser o paciente, sua família e cuidadores no processo decisório das ações a serem desenvolvidas no domicílio. Dessa forma, essa relação é permeada de conflitos em especial no que se refere ao compartilhamento de responsabilidades com os profissionais de enfermagem.

Esses autores trazem que no acompanhamento domiciliar dos casos são vivenciadas situações de tensão em que os profissionais de enfermagem cobram do paciente e da família a execução do plano de cuidados. Há, de modo geral, uma tendência a transferir responsabilidade na execução de técnicas e procedimentos para os cuidadores e as famílias, com a permanência das decisões centradas na equipe. Em especial, os trabalhadores de enfermagem se veem nesse dilema: mediar o compartilhamento com a transferência de ações que, no ambiente hospitalar, estaria sob sua responsabilidade. Faz-se necessário a combinação da clínica com a abordagem familiar e social (SILVA et al. 2014).

Ribeiro e Abreu (2017) citam que a enfermagem é a classe profissional que realiza o maior número de procedimentos e que mais despende tempo dentro da atenção domiciliar, inserindo-se nesse cenário de cuidado com diferentes graus de participação e possibilidades de atuação, que englobam: consultas primárias e subsequentes; cuidado com curativos, ostomias, sondas, cateteres e drenos; administração e orientação sobre medicamentos prescritos; entre outros.

O cenário domiciliar atravessa diferentes variáveis as quais o ambiente sociocultural; a condição econômica; as intersubjetividades presentes nas relações da família; o significado da doença no meio familiar, etc. Nesse contexto, diferentemente de outras instituições de saúde, até o conhecimento técnico-científico é interrogado o que explicita a demanda para os profissionais que atuam no domicílio de um amplo leque de saberes, incluindo os do campo das ciências sociais, da cultura e da ética. Discute-se a importância dos conhecimentos de ciências sociais que complementam e orientam os cuidados no cotidiano da prática de enfermagem, na atenção primária de saúde e na visita domiciliar, podendo ser estendidas a outras modalidades de cuidados no domicílio (SILVA et al, 2014).

Para a autora foi desafiante o contato por telefone, uma vez que muitos pacientes e cuidadores utilizam este meio para esclarecimento de dúvidas, pedido de materiais, receitas e situações de urgência. O que demandou um conhecimento bastante aprofundado do quadro clínico do paciente. Contudo é um bom meio para manter o acompanhamento do paciente, uma vez que a equipe não consegue se fazer presente em certas situações.

Uma das estratégias de cuidados que o SAD utiliza é o tele monitoramento, que por meio do contato telefônico permite fornecer informações para os usuários e familiares inseridos em diferentes modalidades de atenção domiciliar quando demandam orientações pontuais quanto ao manuseio de medicamentos, sondas, cateteres ou curativos e em situações de agudização, substituindo a procura dos pronto-atendimentos pelo contato telefônico (SILVA et al, 2014).

Outro desafio foi a pequena carga horária dedicada ao programa por parte do profissional médico, assistente social e nutricionista, o que demandou uma triagem mais qualificada por parte da enfermagem, uma vez que a agenda de visitas era responsabilidade da mesma. Havia ainda a demanda administrativa do serviço,

como renovação de receitas médicas, suplementos alimentares e dietas, pedidos de exames, encaminhamentos e outros que são de competência desses profissionais.

Silva et al, (2014) trazem que o enfermeiro assume, além da prestação direta do cuidado, a organização do processo de trabalho da equipe de enfermagem e treinamento do cuidador domiciliar, a função como referência na elaboração e gestão do projeto terapêutico dos usuários, responsabilizando-se por mobilizar outros profissionais para a assistência. Ele é apresentado como figura central no processo de produção do cuidado na atenção domiciliar, seja pela intermediação que faz com os demais profissionais, seja pelo vínculo que constrói com a família e os usuários. É importante destacar esse protagonismo para os enfermeiros nos diferentes SAD, ocupando o lugar de gestor do plano de cuidados, em especial na logística dos serviços e na mobilização de outros profissionais envolvidos no cuidado, bem como na provisão dos recursos necessários para o cuidado. Assim, a gerência do cuidado e da assistência torna-se uma habilidade fundamental que deve ser desenvolvida pelo enfermeiro na atenção domiciliar.

Em relação à triagem, quando bem elaborada organiza a atenção, permitindo a priorização do atendimento, de acordo com a gravidade do risco ou quadro apresentado, para então sistematizar o atendimento para que seja mais ágil, seguro e humanizado (OLIVEIRA et al, 2017). No SAD o primeiro atendimento é realizado pelo enfermeiro e equipe de enfermagem com o intuito principal de avaliar o atendimento aos critérios de inclusão para ações de atenção domiciliar e o estado do perfil clínico-funcional do paciente. Dessa maneira, a demanda de cuidado do paciente é aplicada pelo enfermeiro (RIBEIRO e ABREU, 2017).

Um ponto positivo dessa vivência sempre foi a receptividade dos pacientes e cuidadores no domicílio, eles são muito gratos e valorizam a visita dos profissionais, seguindo as condutas e orientações prestadas. Entretanto, em alguns casos encontrou-se resistência aos cuidados estabelecidos pela profissional, o que exigia criatividade e paciência.

Oliveira (2017) aponta que há uma grande satisfação dos pacientes e cuidadores no cuidado domiciliar, assim como também, para os profissionais que atendem. Mostram-se satisfeitos e consideram o trabalho significativo e gratificante. Apesar dos pontos positivos quanto ao cuidado domiciliar, há pacientes que relatam

uma situação de dependência e impotência após o adoecimento, tais como a imposição de limitações por meio de mudanças nos hábitos rotineiros, o fato de não poder sair de casa os faz assistir mais televisão, ler mais, têm a preocupação com os gastos. Em contrapartida, passam a pensar em formas alternativas de conseguirem dinheiro, pensam mais na doença fazendo com que ocorram mudanças positivas, como o cuidar mais da saúde, proporcionar oportunidade de crescimento pessoal e ressignificação das relações com a família. Com isso, demonstram satisfação e felicidade com o atendimento por meio de gestos de carinho, atenção, sorrisos, recepção cordial e alegre no espaço domiciliar.

O autor relata que ocorre também, uma relação afetiva com os profissionais que atuam no domicílio, desenvolvendo confiança e familiaridade, chegando a identificá-los como membros da família, pois o contato é intenso, rotineiro e vivenciado na rotina dos lares dos pacientes, o que provoca mudanças nas vidas, amenizando as mudanças provocadas pela doença (OLIVEIRA, 2017).

Como muitos pacientes do programa apresentam lesões de pele, a autora necessitou aprofundar-se nas questões de curativos, aprimorou os seus conhecimentos a este respeito, adquirindo conhecimento sobre coberturas utilizadas, tipos de feridas e melhor conduta para o seu tratamento.

As feridas crônicas, em especial as úlceras por pressão, passaram a representar uma problemática frequentemente encontrada. A incidência e a prevalência de lesões vêm crescendo em decorrência da mudança do perfil da população brasileira, com o aumento da longevidade, acompanhado de hábitos de vida inadequados, que geram altos índices de doenças crônicas, como diabetes mellitus, doenças vasculares, dentre outras, que se tornou um desafio enfrentado por toda a equipe multiprofissional de saúde, principalmente para os SADs na prática diária de Enfermagem. A equipe passou a desenvolver uma grande responsabilidade no tratamento e prevenção de lesões. Coube ao Enfermeiro avaliar a lesão e prescrever o tratamento mais adequado, além de orientar e supervisionar a equipe de enfermagem na execução do curativo. O que requereu conhecimento específico, habilidades e abordagem holística, busca de novos conhecimentos para fundamentar essa prática (ROCHA et al. 2014).

Quando o município aderiu a nova portaria, em 2015, ocorreu uma reformulação da equipe, aumentou o número de recursos humanos e sua carga horária. A equipe passou a contar com quatro técnicos de enfermagem, o que se tornou um desafio, pois exigiu aperfeiçoamento das equipes de enfermagem e multiprofissional. O fato de trabalhar em equipe multiprofissional fez expandir os horizontes da autora, pois possibilitou a ela o conhecimento acerca de outras áreas e das experiências e conhecimentos de outros profissionais.

Souza et al. (2016) trazem que o trabalho em equipe na saúde consiste num modo de organização das práticas para abordagem ampliada das necessidades de saúde, na perspectiva da integralidade preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e requer mudanças dos modelos de atenção. Alcançar o trabalho em equipe tornando-o profissional e colaborativo é considerado fundamental para qualidade da atenção à saúde, segurança e satisfação de pacientes e profissionais tendo como dimensões e características importantes: a interação, comunicação, articulação das ações, respeito mútuo, confiança, reconhecimento de papéis e de profissionais, colaboração, objetivos comuns, atenção centrada no paciente. O trabalho de equipe tem como principais desafios: o desentendimento sobre a prioridade de cuidado do paciente, a chegada de novos profissionais na equipe, ausência de confiança e reconhecimento do trabalho do outro; colaboração na assistência ao paciente.

A complexidade dos casos aumentou com a demanda de pacientes oncológicos e de cuidados paliativos. Isto exigiu um maior preparo nas questões de espiritualidade, medidas de conforto, compreensão da condição da terminalidade e morte, fazendo-se necessária a empatia e respeito às decisões.

Sousa e Alves (2015) trazem que a enfermagem paliativa se caracteriza como o cuidado para pessoas em suas semanas ou meses finais de vida, com o objetivo de evitar e aliviar o sofrimento provendo a melhor qualidade de vida. Trata-se de uma área da enfermagem que lida com o cuidado de pacientes que enfrentam doenças que ameaçam a vida em diferentes cenários de assistência como o ambulatorial, domiciliar e hospitalar. Na atenção domiciliar, os cuidados paliativos configuram um cenário desafiador diante da demanda estimada da população que virá a necessitar desse tipo de assistência.

No mundo todo, estima-se que a cada ano 20 milhões de pessoas necessitem de cuidados paliativos no fim da vida, sendo a maioria adulta com mais de 60 anos, (69%), somados a 6% de crianças. O suporte domiciliar em cuidados paliativos apresenta-se como possibilidade de morte em domicílio, em ambiente conhecido onde é possível que o paciente mantenha suas atividades laborais, seus hábitos e hobbies de forma autônoma; onde os familiares possam cuidar de seus entes queridos e que, de certa forma, colaborarem na prevenção do luto patológico o que representa a possibilidade da redução de internações hospitalares longas e de alto custo, muitas vezes permeadas por tratamentos desnecessários ou futilidade terapêutica (SOUSA E ALVES, 2015).

Para Andrade et al. (2017) a interação interpessoal se destaca no cuidado paliativo domiciliar, contexto em que este profissional despende esforço contínuo para o preparo da família em relação à evolução do paciente e às responsabilidades, facilitando o cuidado e oferecendo suporte emocional, em especial na relação com os cuidadores, ele age como um facilitador, incentivando que expressem suas preocupações e experiências no cuidado ao paciente e buscando, ainda, o conforto físico, emocional e mental de pacientes e cuidadores. Outrossim, na relação interpessoal, apresenta-se aberto ao outro e é considerado capaz de cuidar com amor, compaixão e confiança, assim como um “conselheiro”, por ouvir e acolher famílias em relação a preocupações e medos.

Quanto a questão de paciente oncológicos, Atty e Tomazelli (2018) trazem dados que em 2011, cerca de 29 milhões de pessoas no mundo morreram precisando de cuidados paliativos; destas, 38,5% morreram de doenças cardiovasculares; 34% de câncer. A OMS estima que apenas 14% das pessoas que precisem de cuidados paliativos os recebam e que, pelo menos 80% dos pacientes com câncer terminal necessitem de cuidados paliativos sendo eles especialmente importantes nas localidades em que grande proporção de pacientes é diagnosticada com câncer em estádios avançados e com pouca chance de cura.

Em relação a morte, Sousa e Alves (2015) relatam que a atenção domiciliar compõe um braço necessário para a abordagem dos cuidados paliativos na atenção básica, de forma a permitir o acesso a uma assistência integral ao ser humano que faz a experiência de sua última etapa da vida. Um processo natural que não deve

ser retardado ou acelerado, mas vivido com a melhor qualidade de vida possível até o momento de sua chegada. Para os profissionais de saúde as brincadeiras, demonstrações de afetividade e encontros sociais regularmente planejados são uma forma de apoio mútuo na equipe, assim como a espiritualidade e o convívio familiar são utilizados como recursos no enfrentamento individual das situações de morte e o morrer.

O cuidar do idoso em situação final de vida requer dos profissionais de saúde a superação dos desafios pessoais para o acolhimento honesto com comunicação aberta, disponibilidade e manutenção do vínculo conquistado. O processo de cuidar ocorre por meio da identificação da problemática da situação, planejamento, manejo de estratégias e avaliação da trajetória de cuidado, uma vez que ele favorece a sobrecarga, privação e maior responsabilização decorrentes, muitas vezes, de situações de falta de apoio social. Nesse sentido se ressalta ao enfermeiro e aos demais profissionais de saúde, o despreparo da família do paciente para a nova prática, o cenário domiciliar, o convívio com pacientes de câncer em fase avançada, a conspiração do silêncio e as emoções advindas do compartilhar o sofrimento dos pacientes e dos seus familiares ao lidar com a morte são desafios a serem superados. Referem concretizar ações de interdisciplinaridade por meio de reuniões de equipe, na busca por um consenso sobre os cuidados ao paciente e à família (SOUSA e ALVES, 2015).

A respeito da espiritualidade para Evangelista et al. (2016) a dimensão espiritual tem sido reconhecida como um importante recurso interno, que ajuda os indivíduos a enfrentarem as adversidades, os eventos traumatizantes e estressantes, particularmente relacionados ao processo de saúde-doença, como no caso de pacientes fora das possibilidades de cura. Desse modo, os princípios espirituais podem ser aplicados aos pacientes que se encontram em cuidados paliativos no decorrer de todas as fases e contextos, independente da cultura, tradição religiosa e referência espiritual.

A autora, assim como a equipe, deparou-se com desafios, tais como, a falta de comunicação na rede, o esclarecimento de quais casos seriam acompanhados pelo SAD, a falta de recursos (medicações, instrumentais, equipamentos, curativos) para a realização do atendimento; o esclarecimento do fluxo; a alta de pacientes

(sendo eles contra referenciados para a Atenção Básica – ESF/UBS), o que perdura até os dias atuais.

Como estratégias para a solução desses desafios, foram realizadas reuniões de equipe sendo elaborado um material que mostra o perfil do paciente a ser encaminhado para o serviço, o seu fluxo e a forma de referenciar. A equipe também realizou visitas nas unidades de saúde do município com o intuito de esclarecer à rede sobre seu funcionamento.

Com relação aos materiais, optou-se por estratégias de utilização tais como, o gerenciamento do seu uso, qual paciente terá prioridade para adquiri-lo, o fazer estoque. Além disso, como acontece o processo da aquisição de materiais no serviço público, por meio de pedido para posterior licitação ou compras emergenciais.

Para Savassi (2016) algumas dificuldades são apontadas na integração entre as equipes que praticam AD1 e as EMAD e EMAP, no que se refere aos fluxos de inclusão e exclusão nestes serviços, sendo este um exercício ainda incompleto da referência e contrarreferência. Ainda, que as EMAD assumam o cuidado domiciliar de pacientes em AD2 e AD3. A responsabilidade pela coordenação e longitudinalidade do cuidado continua sendo das equipes de APS pois, esses pacientes não deixam de estar sob o encargo de suas respectivas equipes em seu território. Em relação a equipe a reunião é o maior motivador para a realização de visitas, sendo o momento no qual, ela é capaz de discutir os casos que devem ser priorizados, bem como qual seria o profissional mais adequado para o atendimento.

Hilzendeger et al. (2014) trazem que para os pacientes serem inseridos no Serviço de Atendimento Domiciliar - SAD (EMAD/EMAP), os serviços de atenção básica, hospitalares e de urgência/emergência possuem um triplo desafio para indicarem tais pacientes ao serviço. O primeiro desafio é o entendimento de que alguns pacientes podem ser cuidados com qualidade e resolutividade no domicílio. O segundo desafio é conhecer os critérios que devem ser observados para a integração do paciente ao cuidado da atenção domiciliar (AD). Por fim, o terceiro se trata de um conhecimento sobre a definição da modalidade de AD na qual o paciente deve ser inserido. A atenção domiciliar se caracteriza como uma “porta de saída” qualificada para os serviços de urgência/emergência, sendo fundamental um

constante diálogo dos hospitais e outros estabelecimentos com as Equipes de Atenção Domiciliar.

Lago et al. (2016) descrevem que dentre as principais dificuldades relatadas pelos enfermeiros para desenvolver a assistência domiciliar, destacam-se: a falta de materiais, o difícil acesso às moradias dos usuários, a equipe incompleta e a violência regional. À falta de materiais se enquadram: vestimentas adequadas para os profissionais, materiais para a realização de curativos (gaze, soro fisiológico, ataduras), dentre outros. Essas situações podem dificultar o adequado atendimento à população como um todo e, em especial, a demandante da assistência domiciliar.

Para Reichert et al. (2017), o enfermeiro assume papel de destaque na gestão de materiais assistenciais pois coordena a assistência de enfermagem determinando o material necessário para sua execução e, desta forma, está diretamente envolvido na tomada de decisão sobre esses recursos. O enfermeiro racionaliza os recursos materiais disponíveis pois avalia as necessidades dos pacientes e equipe de enfermagem visando a segurança e qualidade do cuidado.

Esse período de vivências possibilitou para a autora muitos aprendizados, em especial, a aproximação com o trabalho da enfermeira; a construção do conhecimento em relação a abordagem familiar; o trabalho em equipe; a postura de uma boa coordenação e gestão do SAD; o raciocínio clínico, o olhar o indivíduo de forma holística; o aprimoramento de técnicas aplicadas na enfermagem; a persistência e empatia em relação ao próximo; entre outros.

Aprendizados estes que possibilitaram um grande aprimoramento e qualificação do atendimento prestado, proporcionando um relacionamento da teoria com a prática de forma, a motivar-se, a ser uma grande profissional na enfermagem, com um olhar mais amplo e qualificado, tendo sempre como objetivo proporcionar um atendimento de excelência para o paciente.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho da autora buscou demonstrar a importância do SAD, uma vez que devido a cronificação das doenças e a mudança do perfil epidemiológico torna-se cada vez mais necessário encontrar formas alternativas para atender essa população. A atenção domiciliar vem a ser uma dessas opções pois realiza um atendimento mais humanizado, centrado na pessoa e otimiza o uso de leitos hospitalares.

O SAD trouxe uma grande contribuição para a população do município de Santa Cruz do Sul pois passou a atender pessoas carentes que estão em situação de vulnerabilidade, com patologias crônicas e dificuldade de locomoção. Isto reduziu a procura desses pacientes aos hospitais e serviços de urgência. Além do mais para esses pacientes, trouxe mais autonomia, conforto, dignidade, redução de gastos, entre outros. Importante lembrar que ele proporcionou um estreitamento da relação do profissional com o usuário.

Durante a elaboração do trabalho a autora pode fazer um comparativo através de outros estudos, da realidade desse SAD, com a realidade de outros e ver os atos tomados para sanar as dificuldades encontradas. Ações essas que podem ser sugeridas no município como estratégias de comunicação na rede com estreitamento das relações entre os profissionais dos hospitais e APS. Esclarecer o perfil do paciente que deve ser integrado ao serviço; onde ele está localizado na rede possibilitando um aprimoramento e qualificação do atendimento prestado.

O Enfermeiro na atenção domiciliar atua como gestor do programa e em várias vertentes tais como, o cuidado com o usuário, o gerenciamento de materiais, recursos e insumos, a coordenação da equipe por desenvolver melhor as competências fundamentais para a gestão. Vale lembrar que dentro do domicílio o enfermeiro exerce um papel fundamental para a recuperação, reabilitação e tratamento do paciente, sem esquecer-se do conforto prestado para os que estão em cuidados paliativos. Desenvolve uma escuta qualificada, com um olhar amplo e empático o conhecimento do processo saúde-doença intermediando o contato com os demais membros da equipe.

Há muitos pontos positivos nessa experiência como, a boa receptividade dos usuários que se demonstram gratos e felizes pelo atendimento recebido; a boa evolução dos casos acompanhados, a não hospitalização, a superação das dificuldades do trabalho em equipe, ampliação do olhar, o conhecimento adquirido e a possibilidade de relacionar a teoria com a prática. Tudo isto trouxe valiosos benefícios e imenso aprendizado para o futuro exercício da profissão na Enfermagem.

Ressalta-se que o estudo proporcionou o autoconhecimento pessoal, profissional da autora e do programa, apontando os desafios que são muitos, tais como, a comunicação inadequada na rede, os processos de trabalho, a referência e contrarreferência, os sistemas de informatização, a resistência de usuários as informações prestadas pela equipe (em certas situações), o que exigiu criatividade, paciência, conhecimento e um olhar amplo e holístico da autora e equipe.

7. REFERÊNCIAS

ANDRADE Angélica Mônica; SILVA Kênia Lara; SEIXAS Clarissa Terenzi; BRAGA Patrícia Pinto. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. Rev. Bras. Enferm. 2017; 70(1): 199-208. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0210.pdf>

ATTY, Adriana Tavares de Moraes; TOMAZELLI, Jeane Glauca. Cuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil. Saúde debate vol.42 no.116 Rio de Janeiro jan./mar. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100225&lng=pt&tlng=pt

BRAGA, Patrícia Pinto; SENA, Roseni Rosângela de; SEIXAS, Clarissa Terenzi; CASTRO, Edna Aparecida Barbosa de Castro; ANDRADE, Angélica Mônica; SILVA, Yara Cardoso. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 21(3):903-912, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012, v 1.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar / Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7677/9788533422049_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Manual Instrutivo do Melhor em Casa; Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. V 2.

BRASIL. PORTARIA Nº 963, de 27 de Maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html

BRASIL. PORTARIA Nº 825, de 25 de Abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/portaria825-1.pdf>

BRASIL. PORTARIA Nº 2.436, de 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

CAMACHO, Thalita Sá de Araujo. Gestão: um desafio para o enfermeiro. XI Congresso nacional de excelência em gestão. Agosto de 2015

CASTANHEIRA, Carlos Henrique Campos; PIMENTA, Adriano Marçal; LANA, Francisco Carlos Félix; MALTA, Deborah Carvalho. Utilização de serviços públicos e privados de saúde pela população de Belo Horizonte. REV BRAS EPIDEMIOL SUPPL PeNSE 2014; 256-266

CASTRO, Edna Aparecida Barbosa de; LEONE, Denise Rocha Raimundo; SANTOS, Camila Medeiros dos; NETA, Francisca das Chagas Cunha Gonçalves; GONÇALVES, Jurema Ribeiro Luiz; SILVA, Divanice Contimf Kênia Lara. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. Rev Gaúcha Enferm. 2018;39:e2016-0002 1 disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-01-e2016-0002.pdf>

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/projetos/50-e-sus> Acessado em 17 de novembro de 2018.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poprs.def>. Acessado em: Setembro de 2018.

EMERICH, Tatiana Breder; CAVACA, Aline Guio; GENTILI, Victor Gentilli; EMMERICH, Aduino Emmerich. Necessidades de saúde e direito à comunicação em tempos de midiatização. RECIIS – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde. 2016 out.-dez.; 10(4) | [\[www.reciis.icict.fiocruz.br\]](http://www.reciis.icict.fiocruz.br) e-ISSN 1981-6278

EVANGELISTA, Carla Braz; LOPES, Maria Emília Limeira; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; ABRÃO, Fátima Maria da Silva; BATISTA, Patrícia Serpa de Souza; OLIVEIRA, Regina Célia de. Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: Um estudo com enfermeiros. *Esc Anna Nery* 2016;20(1):176-182. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0176.pdf>

HILZENDEGER, Ana Lucia; ZANCHIN, Raquel; RICK, Elisete Rossato; FELTRIN, José Otávio; SORATTO, Maria Tereza. A atuação da equipe multiprofissional do serviço de atendimento domiciliar (SAD)1. *RIES*, ISSN 2238-832X, Caçador, v.3, n.2, p. 79-94, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/224-1691-1-PB.pdf>

LAGO, Juliana Souza; TEBALDI, Joelma Batista; D'ALENCAR, Raimunda Silva. Dificuldades do enfermeiro na assistência domiciliar à pessoa idosa. *Memorialidades*, n. 25, jan./jun. e n. 26, jul./dez. 2016, p. 11-30 Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/1415-5340-1-PB.pdf>

MELLO, Amanda de Lemos; BACKES, Dirce Stein; BEM, Luiza Watanabe Dal. Protagonismo do enfermeiro em serviços de assistência domiciliar – Home Care. *Enferm. Foco* 2016; 7 (1): 66-70

MOURA, Rafael. Aspectos negativos e positivos da implantação de sistemas de informação em saúde. Universidade Federal de Santa Maria. Cachoeira do Sul, RS, 2018, 19 pgs.

MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL. Lei Municipal nº4978 de 22 de novembro de 2006. Autoriza o Poder Executivo a firmar convênio com a Associação Pró-ensino em Santa Cruz do Sul – Hospital Santa Cruz, para a implementação do Programa “Saúde em sua Casa”

OLIVEIRA, João Lucas Campos de; GATTI, Ana Paula; BARRETO, Mayckel da Silva; JUNIOR, José Aparecido Bellucci; GÓES, Herbert Leopoldo de Freitas; MATSUDA, Laura Misue. Acolhimento com classificação de risco: percepções de usuários de uma unidade de pronto atendimento. *Texto Contexto Enferm*, 2017; 26(1):e0960014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-0960014.pdf

OLIVEIRA, Elisa Garcia de. A experiência de pacientes de um serviço de Atenção Domiciliar. PUC. Campinas SP, 2015. 213 p. Disponível em: <http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/bitstream/tede/998/2/ANDR%C3%89IA%20ELISA%20GARCIA%20DE%20OLIVEIRA.pdf>

OLSCHOWSKY, Agnes; WETZEL, Christine; SCHNEIDER, Jacó Fernando; PINHO, Leandro Barbosa de; CAMATTA, Marcio Wagner. Avaliação das parcerias intersetoriais em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. Revista Texto Contexto Enfermagem 2014. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/104947>

PÁDUA, Elisabete Matallo Marchesini de. Metodologia da Pesquisa: Abordagem Teórico Prática. 17 ed. Campinas: Papyrus, 2012. 127 p.

PEREIRA, Juarez de Souza e MACHADO, William César Alves. Referência e contrarreferência entre os 1033 serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 26 [3]: 1033-1051, 2016

PMSCS. Desenvolvido pela Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul, atualizado em 2017. Apresenta informações gerais sobre o município. Disponível em: <<http://www.santacruz.rs.gov.br/municipio/santa-cruz-hoje>> Acessado em: 15 de maio de 2018.

PMSCS. Desenvolvida pela Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul. Guia dos serviços de saúde de Santa Cruz do Sul. Elaborado em Março de 2016. Disponível em: <http://www.santacruz.rs.gov.br/download2017/saude/Guia%20dos%20Servi%C3%A7os%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20Santa%20Cruz%20do%20Sul.pdf>

REICHERT, Magaly Cecília Franchini; LOZOVOI, Thaís Gomes; D'INNOCENZO Maria. O desperdício de materiais assistenciais percebido por graduandos de enfermagem. Rev. Eletr. Enf. 2017 Disponível em: <file:///D:/Aline%20K/Enfermagem/TCC%202/42243-205907-1-PB.pdf>

RIBEIRO, Denis Fernandes da Silva; ABREU, Germana Périssé de. Atribuições do enfermeiro em um programa de atenção domiciliar do sistema único de saúde. Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul, v. 15, n. 52, p. 55-60, abr./jun., 2017

ROCHA, Aline Cristina Araújo Alcântara; CARNEIRO, Fabiane Aparecida de Sales; SOUZA, Márcia Scaff de. Tratamento domiciliar de feridas crônicas: relato de experiência da extensão na prática do cuidar. Rev. Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina; n° 2. Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT (Cáceres). 2014 ago.-dez. (p. 20-30). Disponível em: file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/354-1084-1-PB.pdf

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. e. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-12. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1259](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1259)

SILVA, Cintia Aparecida Costa e. A visita domiciliar na promoção a saúde da família dos moradores da zona rural. Universidade Federal de Minas Gerais. Lagoa Santa, MG, 2014, 33 pgs.

SOUSA, Janaina Meirelles; ALVES, Elioenai Dornelles. Cuidados paliativos de enfermagem na atenção domiciliar. Rev enferm UFPE on line., Recife, 9(2):669-76, fev., 2015. Disponível em: file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/10386-21185-1-PB.pdf

SOUZA, Geisa Colebrusco de; PEDUZZI, Marina; SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva e CARVALHO, Brígida Gimenez. Trabalho em equipe de enfermagem: circunscrito à profissão ou colaboração interprofissional?. Rev Esc Enferm USP . 2016;50(4):642-649. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/pt_0080-6234-reeusp-50-04-0642.pdf

TABILE, Patrícia Micheli; BERNHARD, Thais Wilke; DIHEL, Dayane; MÜLLER, Elaine e KOEPP, Janine. A importância do fluxograma para o trabalho da saúde da família na visão do projeto pet-saúde. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Vol.06, N°. 01, Ano 2015 p.680-90

8. ANEXOS

ANEXO C**Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro****PORTARIA Nº 963, DE 27 DE MAIO DE 2013**

Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o disposto no art. 198 da Constituição Federal, que estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece os princípios e diretrizes do SUS, de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;

Considerando o art. 15, inciso IV, da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que institui o Estatuto do Idoso;

Considerando a Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no SUS;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 29 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990;

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto;

Considerando a Portaria nº 699/GM/MS, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;

Considerando a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 11, de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar;

Considerando a Portaria nº 672/SAS/MS, de 18 de outubro de 2011;

Considerando a Humanização como Política transversal na Rede de Atenção à Saúde do SUS, expressa no documento: "HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS", de 2008;

Considerando a atenção domiciliar como incorporação tecnológica de caráter substitutivo ou complementar à intervenção hospitalar de baixa e média complexidade, aos cuidados iniciados nos Serviços de Atenção à Urgência e Emergência, e complementar à Atenção Básica; e

Considerando a necessidade de reformulação da Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, resolve:

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Fica redefinida a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Para efeitos desta Portaria, considera-se:

I - Atenção Domiciliar: nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde;

II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); e

III - Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

Art. 3º A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

Art. 4º A Atenção Domiciliar é um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e será estruturada de forma articulada e integrada aos outros componentes e à Rede de Atenção à Saúde, a partir dos Planos de Ação, conforme estabelecido na [Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011](#).

Art. 5º A Atenção Domiciliar seguirá as seguintes diretrizes:

I - ser estruturada na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial;

II - estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde e com serviços de retaguarda;

III - ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência;

IV - estar inserida nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência;

V - adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e

VI - estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Seção I

Do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

Art. 6º São requisitos para que os Municípios tenham SAD:

I - apresentar, isoladamente ou por meio de agrupamento de Municípios, conforme pactuação prévia na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, se houver, na Comissão Intergestores Regional (CIR), população igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, com base na população estimada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

II - estar coberto por Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); e

III - possuir hospital de referência no Município ou região a qual integra.

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

Art. 7º As equipes de atenção domiciliar que compõem o SAD são:

I - EMAD, que pode ser constituída como:

a) EMAD Tipo 1; e

b) EMAD Tipo 2; e

II - EMAP.

§ 1º As EMAD e EMAP devem ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme regras operacionais de cadastramento previstas em ato específico do Ministro de Estado da Saúde.

§ 2º Parágrafo único. A EMAD é pré-requisito para constituição de um SAD, não sendo possível a implantação de uma EMAP sem a existência prévia de uma EMAD.

Art. 8º A EMAD terá a seguinte composição mínima:

I - EMAD Tipo 1:

a) profissionais médicos, com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho;

b) profissionais enfermeiros, com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho;

c) profissional fisioterapeuta e/ou assistente social, com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; e

d) - auxiliares/técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho; e

II - EMAD Tipo 2:

a) profissional médico, com CHS de, no mínimo, 20 (vinte) horas de trabalho;

b) profissional enfermeiro, com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho;

c) 1 (um) fisioterapeuta com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho ou 1 (um) assistente social com CHS de, no mínimo, 30 horas de trabalho; e

d) auxiliares/técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho.

Parágrafo único. Nenhum profissional componente de qualquer EMAD poderá ter CHS inferior a 20 (vinte) horas de trabalho.

Art. 9º A EMAP terá composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos dentre as ocupações listadas abaixo, cuja soma das CHS dos seus componentes acumularão, no mínimo, 90 (noventa) horas de trabalho:

I - assistente social;

II - fisioterapeuta;

III - fonoaudiólogo;

IV - nutricionista;

V - odontólogo;

VI - psicólogo;

VII - farmacêutico; e

VIII - terapeuta ocupacional.

Parágrafo único. Nenhum profissional componente da EMAP poderá ter CHS inferior a 20 (vinte) horas de trabalho.

Art. 10. Para composição de um SAD:

I - em Municípios com população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes, o SAD será composto por EMAD Tipo 1 e poderá, ainda, contar com EMAP; e

II - para Municípios com população inferior a 40.000 (quarenta mil) habitantes:

a) em Municípios com população entre 20.000 (vinte mil) e 40.000 (quarenta mil) habitantes, o SAD será composto por EMAD Tipo 2 e poderá contar com EMAP; e

b) em Municípios que, agrupados, somem população igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, o SAD será composto por EMAD Tipo 2 e poderá contar com EMAP e/ou apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Art. 11. As EMAD serão organizadas a partir de uma base territorial, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida, e se relacionarão com os demais serviços de saúde que compõem a rede de atenção à saúde, em especial com a atenção básica.

Parágrafo único. Considera-se quantidade de usuários de referência para o funcionamento da EMAD o cuidado, concomitante, em média, de 60 (sessenta) usuários para EMAD Tipo 1 e 30 (trinta) usuários para EMAD Tipo 2.

Art. 12. Cada EMAD atenderá uma população adstrita de 100.000 (cem mil) habitantes.

Parágrafo único. Em Municípios com população menor que 100.000 (cem mil) habitantes, a EMAD atenderá população adstrita igual à população do Município.

Art. 13. Quando clinicamente indicado, será designada EMAP para dar suporte e complementar as ações de saúde da atenção domiciliar.

Art. 14. Todos os Municípios com 1 (uma) EMAD implantada poderão implantar 1 (uma) EMAP, sendo possível a implantação de mais 1 (uma) EMAP a cada 3 (três) EMAD a mais implantadas.

§ 1º Ao atingir a população de 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes, o Município poderá implantar 1 (uma) segunda EMAD.

§ 2º Após atingir a população de 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes, o Município poderá constituir, sucessivamente, 1 (uma) nova EMAD a cada 100.000 (cem mil) novos habitantes.

Art. 15. Em Municípios com porte populacional que permita a implantação de mais de 1 (uma) EMAD, fica facultada a organização do SAD a partir de arranjos diferenciados compostos por EMAD responsáveis pelo cuidado de pacientes com características específicas, podendo-se, nesses casos, adscrever usuários de uma base territorial mais ampla que a sugerida nos termos do art. 14.

Art. 16. A admissão do usuário ao SAD exigirá a sua prévia concordância e de seu familiar ou, na inexistência de familiar, de seu cuidador, com assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

Art. 17. O SAD organizará o trabalho da EMAD no formato de cuidado horizontal (diarista) de segunda a sexta-feira, com jornada de 12 (doze) horas/dia de funcionamento, e garantirá o cuidado à saúde nos finais de semana e feriados, podendo utilizar nesses casos o regime de plantão, de forma a assegurar a continuidade da atenção em saúde.

Seção II

Das Modalidades de Atenção Domiciliar

Art. 18. A Atenção Domiciliar será organizada em três modalidades:

I - Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1);

II - Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2); e

III - Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3).

Parágrafo único. As modalidades previstas no "caput" observarão a complexidade e as características do quadro de saúde do usuário, bem como a frequência de atendimento necessário.

Art. 19. Nas três modalidades de Atenção Domiciliar, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição:

I - trabalhar em equipe multiprofissional e integrada à rede de atenção à saúde;

II - identificar e treinar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando os seus limites e potencialidades;

III - abordar o cuidador como sujeito do processo e executor das ações;

IV - acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de Atenção Domiciliar;

V - elaborar reuniões para cuidadores e familiares;

VI - utilizar linguagem acessível a cada instância de relacionamento;

VII - promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares e/ou cuidador dos usuários;

VIII - participar da educação permanente promovida pelos gestores;

IX - assegurar, em caso de óbito, que o médico da EMAD, nas modalidades AD2 e AD3, ou o médico da Equipe de Atenção Básica, na modalidade AD1, emita o atestado de óbito; e

X - apoiar na alta programada de usuários internados em hospitais inseridos no Município no qual atuam, através do estabelecimento de fluxos e protocolos com estes estabelecimentos de saúde.

Art. 20. A modalidade AD1 destina-se aos usuários que:

I - possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde;

II - necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); e

III - não se enquadrem nos critérios previstos para as modalidades AD2 e AD3 descritos nesta Portaria.

Art. 21. A prestação da assistência à saúde na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, 1 (uma) vez por mês.

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

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

Art. 22. A modalidade AD2 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de

maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção.

Art. 23. A inclusão para cuidados na modalidade AD2 será baseada na análise da necessidade de saúde do usuário, tomando-se como base as situações abaixo listadas:

I - demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros;

II - dependência de monitoramento frequente de sinais vitais;

III - necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade;

IV - adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia;

V - adaptação do usuário ao uso de órteses/próteses;

VI - adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias;

VII - acompanhamento domiciliar em pós-operatório;

VIII - reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem outros serviços de reabilitação;

IX - uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica;

X - acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso;

XI - necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória;

XII - necessidade de cuidados paliativos; e

XIII - necessidade de medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo pré-estabelecido.

Parágrafo único. Na modalidade AD2 será garantido, se necessário, transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 (vinte e quatro) horas/dia, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências.

Art. 24. A modalidade AD3 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde.

Art. 25. Para que o usuário seja incluído para cuidados na modalidade AD3, é necessário que se verifique:

I - existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para cuidados na modalidade AD2; e

II - necessidade do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos/procedimentos:

a) Suporte Ventilatório não invasivo:

i. Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP);

ii. Pressão Aérea Positiva por dois Níveis (BIPAP);

b) diálise peritoneal; ou

c) paracentese.

Parágrafo único. Na modalidade AD3 será garantido transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 (vinte e quatro) horas/dia, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências.

Art. 26. O usuário não será incluído no SAD, em qualquer das três modalidades, na presença de pelo menos uma das seguintes situações:

I - necessidade de monitorização contínua;

II - necessidade de assistência contínua de enfermagem;

III - necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência;

IV - necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou

V - necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva contínua.

Art. 27. O descumprimento dos acordos assistenciais entre a equipe multiprofissional avaliadora e o usuário e familiares ou cuidadores poderá acarretar na exclusão do usuário do SAD, com garantia de continuidade do atendimento ao usuário em outro serviço adequado ao seu caso.

Art. 28. Nas modalidades AD2 e AD3 a admissão de usuários dependentes funcionalmente, assim considerados nos termos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), aprovada pela 54ª Assembleia Mundial da Organização Mundial da Saúde em maio de 2001, por meio da Resolução WHA 54.21, será condicionada à presença de um cuidador identificado.

Art. 29. As modalidades AD2 e AD3 contarão, no estabelecimento de saúde ao qual estão vinculados, com infraestrutura especificamente destinada para o seu funcionamento que contemple:

I - equipamentos;

II - material permanente e de consumo;

III - aparelho telefônico; e

IV - veículo(s) para garantia da locomoção das equipes.

§ 1º Os equipamentos e os materiais citados no "caput", bem como os prontuários dos usuários atendidos nas modalidades AD2 e AD3, serão instalados na estrutura física de uma unidade de saúde municipal, estadual ou do Distrito Federal, a critério do gestor de saúde.

§ 2º Não é obrigatório que o SAD possua sede própria, podendo estar vinculado a um estabelecimento de saúde.

Art. 30. A prestação de assistência à saúde nas modalidades AD2 e AD3 é de responsabilidade da EMAD e da EMAP, ambas designadas para esta finalidade.

§ 1º A EMAD realizará visitas em domicílio regulares, no mínimo, 1 (uma) vez por semana.

§ 2º A EMAD realizará visitas em domicílio, por meio de critério clínico, quando solicitado pela EMAD.

§ 3º Nos casos em que o usuário esteja vinculado tanto a uma EMAD, nas modalidades AD2 e AD3, quanto a uma equipe de atenção básica, esta última apoiará e acompanhará seu cuidado.

§ 4º Cada EMAD e EMAP poderá prestar assistência, simultaneamente, a usuários inseridos nas modalidades de atenção domiciliar AD2 e AD3.

§ 5º Fica facultado à EMAD Tipo 2 prestar assistência na modalidade AD3 caso possua condições técnicas e operacionais para a sua execução, devendo descrevê-las no Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar e no Detalhamento do Componente Atenção Domiciliar do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências.

CAPÍTULO III

DA HABILITAÇÃO DO SAD

Art. 31. O gestor de saúde enviará ao Ministério da Saúde, por meio de Ofício ou, caso existente, por meio de sistema de informação específico disponibilizado para este fim pelo Ministério da Saúde, o Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar e o Detalhamento do Componente Atenção Domiciliar do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências para:

I - criação e/ou ampliação de serviços e equipes; e

II - habilitação dos estabelecimentos de saúde que alocarão os SAD.

§ 1º O Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar e o Detalhamento do Componente Atenção Domiciliar do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências de que trata o "caput" observarão os seguintes requisitos:

I - especificação do número de estabelecimentos e respectivas EMAD e EMAP que estão sendo criadas ou ampliadas, com o respectivo impacto financeiro, observados os critérios descritos nesta Portaria;

II - descrição da inserção do SAD na Rede de Atenção à Saúde, incluindo a sua grade de referência, de forma a assegurar:

a) retaguarda de especialidades;

b) métodos complementares de diagnóstico;

c) internação hospitalar; e

d) remoção do usuário dentro das especificidades locais (transporte sanitário, SAMU 192, serviço de atenção móvel às urgências local);

III - apresentação da proposta de infraestrutura para o SAD, incluindo-se área física, mobiliário, equipamentos e veículos para locomoção das EMAD e EMAP;

IV - informação do estabelecimento de saúde inscrito no SCNES em que cada EMAD e EMAP estará alocada;

V - descrever o funcionamento do SAD, com garantia de cobertura de 12 (doze) horas diárias, inclusive nos finais de semana e feriados;

VI - informar o programa de qualificação do cuidador;

VII - informar o programa de educação permanente para as equipes de EMAD e EMAP; e

VIII - descrever as estratégias de monitoramento e avaliação dos indicadores do serviço, tomando como referência indicadores da literatura nacional e internacional.

§ 2º Caso o proponente seja a Secretaria Estadual de Saúde, o Projeto de implantação da Atenção Domiciliar e o Detalhamento do Componente Atenção Domiciliar do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências serão pactuados com o gestor municipal de saúde do Município que abriga o SAD e na CIR e na CIB.

§ 3º Além de observar o disposto nos §§ 1º e 2º, os Municípios que se agruparem para atingir população de, pelo menos, 20.000 (vinte mil) habitantes para o cumprimento do requisito de ter um SAD, nos termos inciso I do art. 6º, deverão celebrar convênio, definir no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP) ou ainda estabelecer outro formato jurídico interfederativo responsável por desempenhar as ações entre os mesmos, aprová-lo na CIR e CIB e enviá-lo ao Ministério da Saúde.

Art. 32. Compete ao Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) fazer a análise técnica do Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar, considerando-se o Detalhamento do Componente Atenção Domiciliar do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências, segundo diretrizes e critérios de adequação e disponibilidade financeira.

Art. 33. A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), de acordo com as diretrizes estabelecidas nesta Portaria, publicará portarias específicas de habilitação dos entes federativos beneficiários e respectivos estabelecimentos de saúde contemplados.

Art. 34. O Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) publicará Manual Instrutivo da Atenção Domiciliar, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar da data de publicação desta Portaria, com objetivo de orientar a elaboração do Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar pelos entes federativos interessados e publicizará diretrizes e critérios utilizados para a análise técnica.

Art. 35. Os SAD serão cadastrados em unidades cujas mantenedoras, sejam as Secretarias de Saúde estaduais, distrital ou municipais ou, ainda, unidades que façam parte da rede conveniada ao SUS.

Art. 36. Os estabelecimentos de saúde credenciados no código 13.01- Internação Domiciliar até a data de publicação desta Portaria permanecerão habilitados e continuarão recebendo os recursos financeiros devidos por meio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Parágrafo único. Após a data de publicação desta Portaria, não poderão ser habilitados novos estabelecimentos de saúde no código 13.01- Internação Domiciliar.

Art. 37. Somente os estabelecimentos públicos atualmente habilitados no código 13.01- Internação Domiciliar poderão optar pela adequação aos critérios previstos nesta Portaria, tornando-se um serviço de atenção domiciliar habilitado pelo código 13.02 - Serviço de Atenção Domiciliar da Tabela de Habilitação do SCNES.

§ 1º Após análise e aprovação do projeto apresentado pelo estabelecimento de que trata o "caput", a SAS/MS providenciará a publicação da portaria específica de habilitação.

§ 2º A adequação dos serviços de internação domiciliar para serviços de atenção domiciliar, de acordo com o disposto no "caput", seguirá o trâmite e os requisitos dispostos neste Capítulo.

DO FINANCIAMENTO

Art. 38. Fica instituído incentivo financeiro de custeio mensal para manutenção do SAD.

Parágrafo único. Ato do Ministro de Estado da Saúde definirá o valor devido para o custeio mensal do SAD.

Art. 39. O incentivo financeiro previsto neste Capítulo será repassado mensalmente do Fundo Nacional de Saúde para o fundo de saúde do ente federativo beneficiário, respeitando-se o disposto nos arts. 14 e 15, não sendo admitida sobreposição de EMAD.

Art. 40. O repasse do incentivo financeiro previsto neste Capítulo será condicionado ao cumprimento dos requisitos constantes desta Portaria, especialmente:

I - recebimento, análise técnica e aprovação, pelo Ministério da Saúde, do Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar e do Detalhamento do Componente de Atenção Domiciliar do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências;

II - habilitação dos estabelecimentos no código 13.02 - Serviço de Atenção Domiciliar; e

III - inclusão pelo gestor local de saúde das EMAD e, se houver, das EMAP no SCNES.

Parágrafo único. O ato de que trata o parágrafo único do art. 38 poderá estabelecer outros requisitos para recebimento do incentivo financeiro previsto neste Capítulo.

Art. 41. O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos financeiros definidos nesta Portaria nas seguintes situações:

I - inexistência de estabelecimentos de saúde cadastrados para o trabalho das EMAD e EMAP;

II - ausência, por um período superior a 60 (sessenta) dias, de qualquer um dos profissionais que compõem as EMAD e EMAP, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica;

III - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das EMAD e EMAP; ou

IV - falha na alimentação do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), por meio do Sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), ou outro que o substitua, por período superior a 60 (sessenta) dias.

Parágrafo único. As situações descritas neste artigo serão constatadas por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde do Estado ou do Distrito Federal ou por auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/SGEP/MS).

Art. 42. Além do disposto no art. 41, o ente federativo beneficiário estará sujeito:

I - à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, mas apenas em relação aos recursos que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e não executados no âmbito do Programa; e

II - ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, em relação aos recursos financeiros que foram repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para o respectivo fundo de saúde e executados parcial ou totalmente em objeto diverso ao originalmente pactuado.

Art. 43. O monitoramento de que trata esta Portaria não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação da aplicação dos recursos financeiros percebidos por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG).

Art. 44. Eventual complementação dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio das ações do SAD é de responsabilidade conjunta dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida na respectiva CIB e, se houver, CIR.

Art. 45. Os recursos financeiros para o custeio das atividades previstas nesta Portaria são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.2015.20AD.0003 - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família - Melhor em Casa.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 46. As definições dessa Portaria não alteram as normas vigentes relativas às obrigações dos serviços especializados e/ou centros de referência de atendimento ao usuário do SUS, previstas em portarias específicas, tais como atenção a usuários oncológicos e de Terapia Renal Substitutiva (Nefrologia - TRS).

Art. 47. Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

Art. 48. Ficam revogadas:

I - a Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, do dia seguinte, p. 44; e

II - a Portaria nº 1.533/GM/MS, de 16 de julho de 2012, publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, do dia seguinte, p. 41.