

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Melhor em Casa

MANUAL DE
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
Programa Melhor em Casa

1ª Edição Revisada



Brasília - DF
2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**MANUAL DE
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**
Programa Melhor em Casa

1ª Edição revisada

Brasília - DF
2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Departamento de Atenção
Hospitalar e de Urgência

MANUAL DE
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
Programa Melhor em Casa

1ª Edição revisada



Brasília - DF
2016

2016 Ministério da Saúde.



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

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

Tiragem: 1ª edição revisada - 2016 - versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência

Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar

SAF Sul, Qd 2, Ed. Premium, Torre II, sala 204

CEP: 70070-600 - Brasília/DF

Site: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>

E-mail: atencaodomiciliar@saude.gov.br

Guilherme Muller

Kátia Motta Galvão

Luciana Guimarães Nunes de Paula

Mariana Borges Dias

Olivia Albuquerque Ugarte

Diagramação

Roosevelt Ribeiro Teixeira

Projeto Gráfico

Roosevelt Ribeiro Teixeira

Sávio Marques

Supervisão geral:

Anne Elizabeth Berenguer Antunes

Coordenação Técnica Geral:

Mariana Borges Dias

Revisão Técnica:

Débora Spalding Verdi

Távila Aparecida de Assis Guimarães

Revisão:

Laeticia Jensen Eble

Normalização:

Daniela Ferreira Barros da Silva - Editora MS/CGDI

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Elaboração:

Alyne Araújo de Melo

Aristides Vitorino de Oliveira Neto

Débora Spalding Verdi

Diego Ferreira Lima Silva

Ficha Catalográfica

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

Manual de monitoramento e avaliação : Programa Melhor em Casa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência - Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

48 p. : il.

Modo de Acesso: World Wide Web: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_monitoramento_avaliacao2014AD.pdf>.

ISBN 978-85-334-2200-1

1. Atenção Domiciliar. 2. Programa Melhor em Casa. 3. Assistência Domiciliar. I. Título.

CDU 616-082.8

Catálogo na fonte - Coordenação-Geral de Documentação e Informação - Editora MS - OS 2014/0575

Títulos para indexação:

Em inglês: Manual for monitoring and evaluation: Better at Home Program

Em espanhol: Manual de monitoramento y evaluación: Programa Mejor en Casa

LISTA DE SIGLAS

AD - Atenção Domiciliar

CACON - Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

CDS - Coleta de Dados Simplificada

CGAD - Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar

DAB - Departamento de Atenção Básica

EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar

EMAP - Equipe Multiprofissional de Apoio

e-SUS AB - e-SUS Atenção Básica

e-SUS AD - e-SUS Atenção Domiciliar

MS - Ministério da Saúde

PEC - Prontuário Eletrônico do Cidadão

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RAAS - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde

RAAS-AD - Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde da Atenção Domiciliar

SAD - Serviço de Atenção Domiciliar

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UNACON - Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| CARTA DE APRESENTAÇÃO..... | 9 |
| 1 INTRODUÇÃO..... | 11 |
| 2 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO E OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR..... | 13 |
| 2.1 Informações e Gestão do Processo de Trabalho..... | 15 |
| 3 INSTRUMENTOS E FERRAMENTAS..... | 17 |
| 3.1 Sistemas de Informação..... | 17 |
| 3.2 O módulo e-SUS Atenção Domiciliar..... | 18 |
| 3.2.1 Coleta de Dados Simplificada..... | 20 |
| 3.2.2 Prontuário Eletrônico do Cidadão..... | 21 |
| 4 INDICADORES X PROGRAMA MELHOR EM CASA..... | 23 |
| REFERÊNCIAS..... | 26 |
| APÊNDICE..... | 27 |
| Apêndice A - Ficha de Qualificação dos Indicadores..... | 27 |

melhor em Casa

Melhor



Melhor em Casa



Melhor



CARTA DE APRESENTAÇÃO

Com o lançamento do Programa Melhor em Casa, em 2011, a qualificação e ampliação da Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS) foram colocadas como agenda prioritária do governo federal.

São muitos os desafios que se colocam durante a institucionalização de processos de avaliação no contexto da Atenção Domiciliar, caracterizado, hoje, pela escassez e baixa qualidade de informações (indicadores, parâmetros e instrumentos não padronizados) disponíveis.

Entre as ações necessárias para dar conta desses desafios, destacam-se o esforço de padronizar as informações e os indicadores centrais para essa modalidade de serviço em saúde e de organizar o processo de trabalho para o registro e a análise das informações, além da adequação dos sistemas de informação para a Atenção Domiciliar.

Dessa forma, a elaboração deste manual marca um momento importante para a estruturação da Atenção Domiciliar enquanto modalidade de atenção estratégica na organização e/ou consolidação das redes de atenção à saúde (RAS).

Por fim, o objetivo deste manual é apoiar gestores e equipes no que diz respeito à institucionalização do monitoramento e da avaliação da Atenção Domiciliar.

O sucesso dessa agenda depende do esforço de todos que fazem a Atenção Domiciliar no país.

Contem com o apoio da Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar (CGAD) do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência (DAHU/SAS/MS) nessa nova fase da Atenção Domiciliar no Brasil.

Bom trabalho!

melhor em Casa

Melhor



Melhor em Casa

Melhor



1 INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar é uma modalidade de atenção que vem sendo experimentada no Brasil, com diversos arranjos, desde a década de 1960. Destacam-se, no entanto, as experiências municipais iniciadas nas décadas de 1990 e 2000, que avançaram na concepção da Atenção Domiciliar como uma modalidade que deve estar articulada em rede, organizada através de serviços de Atenção Domiciliar (SADs) compostos por equipes multiprofissionais de referência para quantitativo populacional definido e cujo público-alvo não se restringe àquele oriundo de internação hospitalar.

Apesar disso, e do conseqüente avanço da Atenção Domiciliar nas esferas legal e normativa, ainda era frágil ou inexistente a estruturação de aspectos fundamentais para sua organização, como a construção/pactuação de indicadores para monitoramento e a adequação dos sistemas de informação existentes às especificidades da Atenção Domiciliar.

Em resposta a isso, desde 2011, uma agenda central para a estruturação da Atenção Domiciliar refere-se ao tema do monitoramento e da avaliação, que inclui: *i)* a definição dos aspectos que serão avaliados; *ii)* os indicadores que os expressam; *iii)* a adequação do sistema de informação para permitir o acompanhamento em nível local e nacional; e *iv)* como esse processo se insere no cotidiano das equipes e gestores dos SADs.

melhor em Casa

Melhor



Melhor em Casa

Melhor



2

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO E OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

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

Institucionalizar a prática de monitoramento e avaliação tem sido um dos grandes desafios para as equipes de saúde (gestão e atenção) ao longo dos anos, visando adotar essas práticas “como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão, como instrumento de suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos” (FELISBERTO, 2004, p. 317).

Analisando a Atenção Domiciliar como modalidade de cuidado no SUS, percebe-se que, inicialmente, esta se caracterizava por possuir um conjunto de serviços que não utilizavam indicadores e parâmetros comuns e pactuados nacionalmente, além disso, não contava com um sistema de informações adequado às suas especificidades. Desse modo, o volume e a qualidade das ações realizadas não eram visibilizados e reconhecidos. O desperdício de informações importantes impossibilitava a caracterização e o acompanhamento da Atenção Domiciliar e não favorecia o seu fortalecimento no país.

Atualmente, pode-se afirmar que a Atenção Domiciliar no SUS encontra-se em pleno processo de expansão, qualificação e consolidação. Para tanto, foi necessário o enfrentamento de algumas das questões mencionadas, tornando-se central a criação de um sistema de informações mais adequado às especificidades e ao processo de trabalho da Atenção Domiciliar.

Nesse sentido, em 2012, foi criado o sistema de Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde da Atenção Domiciliar (RAAS-AD) com o objetivo de registrar de forma mais adequada os atendimentos e as ações da Atenção Domiciliar. A criação do sistema representou um avanço, pois permitiu o registro de informações inéditas de caráter individualizado – como dados de origem/destino do usuário e tempo de permanência –, otimizando o atendimento.

No entanto, partindo do pressuposto de que os sistemas de informações devem ser progressivamente qualificados e considerando o desenvolvimento do e-SUS Atenção Básica, o Programa Melhor em Casa terá como novo sistema de informação módulo e-SUS AD vinculado ao e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). Mais especificamente, com a criação do módulo e-SUS AD, busca-se qualificar o registro de informações, possibilitando sua realização de forma mais ágil e com menor perda de dados, bem como auxiliar a gestão e regulação do cuidado e a integração com outros serviços da rede de atenção à saúde.

Para além da adequação dos sistemas de informação, da definição das informações a serem priorizadas e dos indicadores a serem utilizados, é importante ressaltar o modo como as informações são produzidas e analisadas no cotidiano dos serviços de Atenção Domiciliar (SADs). Destaque-se o potencial que a informação (sua produção e análise) tem de propiciar a reflexão das equipes de Atenção Domiciliar sobre seu processo de trabalho (SANTOS-FILHO, 2006).

A partir do desenvolvimento e/ou da utilização de sistemas de informação mais adequados ao contexto da Atenção Domiciliar, torna-se possível também uma qualificação do monitoramento e da avaliação no âmbito federal tanto na ampliação da oferta quanto de sua qualificação. Nesse sentido, definiram-se duas dimensões de avaliação: implantação do Programa Melhor em Casa e relação do Programa Melhor em Casa com a rede de atenção à saúde. Com essas dimensões, busca-se analisar de que forma o programa está se expandindo, com possibilidade de análise sobre os elementos que propiciam a implantação do programa e sobre os que dificultam. Busca-se, ainda, caracterizar como tem sido a inserção do SAD na rede, tanto no sentido dos encaminhamentos que recebe, quanto de encaminhamentos que realiza.

Já no âmbito de gestão local, a dimensão principal para a análise de informações é a produção das equipes. A seguir, serão apresentados alguns aspectos relacionados à gestão do SAD e ao processo de trabalho das equipes no que se refere ao monitoramento e à avaliação.

2.1 Informações e Gestão do Processo de Trabalho

Registro, sistematização e análise das informações produzidas são processos centrais para a gestão do processo de trabalho do SAD, na medida em que possibilitam a apropriação e discussão coletiva de aspectos que refletem diretamente na prática das equipes, apontam fragilidades e potencialidades da rede de cuidado em AD e revelam questões indispensáveis para o planejamento de ações à luz das necessidades do usuário.

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

No caso das equipes e gestores dos SADs, a produção, a sistematização e a análise das informações são procedimentos fundamentais para avaliar o próprio processo de trabalho em aspectos como: resolutividade; abrangência; integração e processos de trabalho em equipe; integração com a rede de atenção à saúde; perfil epidemiológico, demográfico e social dos usuários; entre outros. Há ainda a possibilidade de identificar necessidades de mudanças e de formação que poderão ser objeto de capacitações e/ou provocar ações de educação permanente.

Nesse sentido, o SAD - e a coordenação do serviço possui papel fundamental neste processo - deve contar com espaços coletivos para discussão das informações produzidas. Dessa forma, podem ser realizadas reuniões com uma equipe, entre equipes (por exemplo: equipe multiprofissional de atenção domiciliar - EMAD e equipe multiprofissional de apoio - EMAP; ou do SAD como um todo; ou do SAD com equipes da Atenção Básica) ou entre o conjunto dos serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde (como o Fórum de Atenção Domiciliar). Esses espaços são úteis no planejamento e na organização da Atenção Domiciliar no território, facilitando: a articulação das equipes com os demais serviços da rede de atenção à saúde; a construção de contratos e pactuações; a produção do cuidado compartilhado; e a elaboração e gestão dos protocolos.

melhor em Casa

Melhor



Melhor em Casa

Melhor



3

INSTRUMENTOS E FERRAMENTAS

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

A seguir, apresentam-se os instrumentos para compor o rol de ferramentas que possibilitam o monitoramento e a avaliação das ações produzidas pelas equipes de Atenção Domiciliar. Entretanto, vale ressaltar que esse processo pode ser feito com diversas metodologias e instrumentais, inclusive com registros manuais de dados relevantes.

3.1 Sistemas de Informação

Os dados de produção gerados pela utilização do módulo e-SUS AD servirão como base para monitoramento e avaliação do Programa Melhor em Casa e poderão ser acessados no âmbito da gestão municipal, estadual e federal.

Quadro 1 – Características do módulo e-SUS AD

| | |
|----------------------------------|---|
| Banco de dados | Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) |
| Tipo de registro | Individualizados, a partir do CNS do cidadão atendido. |
| Atividades coletivas e reuniões | Registro por tipo de atividade, tema para reunião, público-alvo e tipos de práticas/temas para saúde. |
| Indicadores | Fornecidos a partir da situação de saúde do território, atendimentos e acompanhamento dos indivíduos do território. |
| Tecnologia de informação | Permite a interoperabilidade com outros sistemas de saúde em uso no município. |
| Sistema de coleta | Por meio de fichas com registro individualizado ou do prontuário eletrônico. |
| Tipos de relatórios ¹ | Operacionais: contêm dados referentes a cada cidadão, para que a equipe possa fazer o acompanhamento de sua situação de saúde. Gerenciais: contêm dados agregados por indivíduo, equipe, regiões de saúde, município, estado e nacional, para uso na gestão dos serviços |

Fonte: DAHU/SAS/MS.

3.2 O módulo e-SUS Atenção Domiciliar

Diante das novas diretrizes apontadas pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), o Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) elaborou a estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), por meio da qual propõe a reestruturação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), por entender serem fundamentais, para o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho. A estratégia e-SUS faz parte do processo de

¹Previsão de lançamento na versão 3.0 do e-SUS AB.

informatização qualificada do Sistema Único de Saúde (SUS) em busca de um SUS eletrônico que consiga refletir o cotidiano do SUS real.

O Programa Melhor em Casa foi integrado ao e-SUS AB com o intuito de qualificar o registro e a gestão das informações e por ser fundamental à articulação com as equipes da Atenção Básica. Assim, o escopo da Atenção Domiciliar no e-SUS AB é denominado módulo e-SUS Atenção Domiciliar (e-SUS AD), que substituirá o RAAS-AD.

Com o novo sistema, há individualização dos dados (permitindo o acompanhamento de cada usuário atendido, assim como a documentação das ações desenvolvidas por cada profissional da equipe), o que qualifica a avaliação e o acompanhamento do trabalho das equipes e fortalece a Atenção Básica como coordenadora do cuidado no território. Além disso, no caso de uso do Prontuário Eletrônico, propõe mais agilidade do atendimento, eliminando o retrabalho no registro dos dados e automatizando os processos de trabalho.

O gestor local poderá definir qual sistema será implantado: o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou a Coleta de Dados Simplificada (CDS). Para mais informações de como implantar o e-SUS AD e as características de cada sistema, deve-se consultar os manuais de implantação e utilização disponíveis para download nas páginas do e-SUS AB² e do Melhor em Casa,³ no portal do DAB: <<http://dab.saude.gov.br>>.

Figura 1 – Visão ampliada da estratégia e-SUS AB



Fonte: DAB/SAS/MS.

² Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>.

³ Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_melhor_em_casa.php>.

3.2.1 Coleta de Dados Simplificada

A Coleta de Dados Simplificada (CDS) é o componente desenvolvido para os cenários de implantação que não possuem infraestrutura para informatização para o uso do PEC, bem como para os municípios que optarem por não utilizar o prontuário eletrônico. As equipes poderão no futuro migrar para a utilização do sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), quando a gestão municipal optar pelo sistema e/ou quando houver viabilidade de condições de infraestrutura tecnológica de informática.

A estratégia busca avançar em relação aos formulários de coleta de dados usados anteriormente ao permitir a entrada dos dados orientada pelo curso natural do atendimento e não focada na situação ou no problema de saúde. A entrada de dados individualizados por cidadão abre caminho para uma gestão do cuidado, trazendo as informações mais para perto do processo de planejamento da equipe.

As fichas do CDS são digitadas e enviadas do computador pelo PEC, portanto, é necessário realizar a instalação do PEC para agregação e envio dos dados de produção, mesmo em caso de utilização apenas das fichas.

No caso de opção por utilização do CDS, as equipes deverão seguir o registro em prontuário próprio, seja em meio físico, seja eletrônico.

De acordo com Massad, Marin e Azevedo Neto (2003), as principais vantagens do prontuário em papel e baseado em registro eletrônico são as relacionadas a seguir.

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

O CDS, no âmbito do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), é composto pelas seguintes fichas de registro:

- **Ficha de avaliação de elegibilidade e admissão:** é um instrumento de coleta de dados das ações de avaliação e admissão realizadas pelas equipes. Conta também com campos de identificação para o cadastro

do cidadão, caso ele seja admitido no serviço. A ficha de avaliação é para uso individual, ou seja, é utilizada para registro de apenas um cidadão e deve ser preenchida com dados de um profissional de nível superior, ainda que outros profissionais, inclusive de nível médio, façam parte da avaliação. Será utilizada pela EMAD, uma vez que esta é a equipe responsável pela admissão dos cidadãos.

- **Ficha de atendimento domiciliar:** é o instrumento para coleta de dados dos atendimentos realizados por determinado profissional, em cada dia. Em cada ficha de atendimento, há possibilidade de registro de informações de treze atendimentos. Caso o número de atendimentos em um dia exceda esse número, o profissional deverá utilizar outra ficha de atendimento. A ficha de atendimento será utilizada pelos profissionais de níveis médio e superior da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).
- **Ficha de atividade coletiva:** instrumento para registro de reuniões de equipe, espaços de educação permanente e grupos com usuários, cuidadores e familiares.

3.2.2 Prontuário Eletrônico do Cidadão

O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) é um registro de saúde fundamental, pois traz informações valiosas sobre o usuário, a família, a comunidade, o histórico e a evolução a partir das informações coletadas pelos profissionais de saúde, sendo instrumento indispensável para a organização, o planejamento e a avaliação cotidiana das equipes de saúde.

Um sistema com Prontuário Eletrônico melhora o cuidado oferecido à população, amplia a capacidade clínica dos profissionais e tem outras vantagens, tais como: otimização dos gastos com gestão da informação; compartilhamento entre os profissionais de saúde das informações sobre os usuários que utilizam o serviço de saúde e seu território; sistematização das informações em saúde dos usuários de cada episódio de cuidado ao longo do tempo; integração das ferramentas de apoio a decisões na prestação dos serviços de saúde; e criação de uma plataforma de informações da qual é possível extrair resultados das equipes a um custo mais baixo do que em planilhas em papel, e em tempo mais adequado.

O sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) para a Atenção Domiciliar foi desenvolvido para o registro de dados de prontuário,

bem como para apoio na gestão do cuidado, através de ferramentas de avaliação de risco e situações de saúde, além de produção de relatórios para monitoramento e avaliação das ações de saúde. Formulado para atender às equipes de AD parcialmente ou totalmente informatizadas, a utilização será feita via *tablet* pelas equipes no domicílio, a fim de facilitar o preenchimento das informações. O município deve dispor também de computadores para que as informações sejam descarregadas (sincronizadas) e enviadas ao banco de dados.

Diante do exposto, a Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar tem a intenção de propor junto aos gestores e equipes de SAD indicadores capazes de caracterizar o Programa Melhor em Casa, sendo estes indicadores ferramentas a serem usadas para análise, planejamento e qualificação da Atenção Domiciliar em nível federal, estadual e municipal.

4 INDICADORES X PROGRAMA MELHOR EM CASA

Em face da grande diversidade presente nos territórios e nas configurações dos SADs, a CGAD dividiu um grupo de indicadores que identifica como viáveis, independentemente do seu método de registro, em principais (Quadro 2) e secundários (Quadro 3). Vale destacar que, entre os principais, encontram-se indicadores que contemplam aqueles definidos pela Resolução de Diretoria Colegiada da Anvisa nº 11, de 2006 (RDC 11/2006).

Os indicadores apresentados são propostas da Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar do DAHU/SAS/MS para uso dos SADs. Dessa forma, entende-se que cada localidade possui especificidades e deve propor outros indicadores. A descrição mais detalhada de cada indicador encontra-se no Apêndice A deste manual.

Quadro 2 – Indicadores principais sugeridos para as equipes do Melhor em Casa

| Indicador | Periodicidade | Descrição | Método de cálculo | Fonte |
|---|---------------|---|---|------------------------------|
| 1.1 – Média de permanência geral | Semestral | Tempo médio de permanência dos usuários no SAD. | Total de dias de permanência dos usuários que tiveram alta do SAD no período/ Total de usuários que tiveram alta do SAD no mesmo período. | RAAS, e-SUS e registro local |
| 1.2 – Média de permanência por agravo | Semestral | Tempo médio de permanência dos usuários no SAD por agravo específico. | Total de dias de permanência dos usuários por agravo que tiveram alta do SAD no período/ Total de usuários com o mesmo agravo que tiveram alta do SAD no mesmo período. | e-SUS e registro local |
| 2 – Percentual dos usuários classificados como AD1, AD2 e AD3 na admissão | Trimestral | Percentual de usuários admitidos classificados em cada modalidade (AD1, AD2 e AD3) em relação ao total de usuários admitidos no SAD. | Total de usuários classificados em cada modalidade no momento da admissão no período/Total de usuários admitidos em AD no mesmo período (x 100) | e-SUS e registro local |
| 3 – Percentual de usuários por serviço de origem (procedência) | Trimestral | Percentual de usuários oriundos de cada tipo de serviço (atenção básica, urgência e emergência, centro oncológico, entre outros) em relação ao total de usuários admitidos no SAD. | Total de usuários procedentes de cada serviço no período/ Total de usuários admitidos no mesmo período (x 100) | RAAS, e-SUS e registro local |
| 4 – Percentual de usuários por conduta/motivo de saída (desfecho) | Trimestral | Percentual de usuários por desfecho (alta administrativa da AD, alta clínica da AD, encaminhamento para AB, internação hospitalar, entre outros) em relação ao total de usuários que saíram do SAD. | Total de usuários que saíram do SAD por cada desfecho no período/ Total de usuários que saíram do SAD no mesmo período (x 100). | RAAS, e-SUS e registro local |
| 5 – Percentual de usuários em AD por agravo/condição avaliada | Trimestral | Percentual de usuários por agravo/condição avaliada, em determinado período. | Total de usuários por agravo ou condição avaliada no período/ Total de usuários no SAD no mesmo período (x 100). | e-SUS e registro local |
| 6 – Capacidade de atendimentos do SAD. | Mensal | Total de usuários em acompanhamento pelo SAD durante um mês. | Total de usuários que permaneceram desde o mês anterior + total de usuários admitidos no mês corrente. | RAAS, e-SUS e registro local |
| 7 – Percentual de alta do SAD | Mensal | Percentual de usuários que tiveram alta do SAD. | Total de usuários que tiveram alta do SAD no período/ Total de usuários do SAD no mesmo período (X100) | RAAS, e-SUS e registro local |

Fonte: DAHU/SAS/MS.

Quadro 3 – Indicadores secundários sugeridos para as equipes do Melhor em Casa

| Indicador | Periodicidade | Descrição | Método de cálculo | Fonte |
|--|---------------|--|---|------------------------------|
| 8 – Percentual de acompanhamento pós-óbito | Anual | Percentual de acompanhamento pós-óbito em relação ao total de óbitos ocorridos no domicílio. | Total de famílias ou cuidadores com acompanhamento pós-óbito no período/ Total de óbitos no mesmo período (x 100). | e-SUS e registro local |
| 9 – Percentual de usuários por sexo | Anual | Percentual de usuários por sexo. | Total de usuários por sexo/ Total de usuários no SAD (x 100). | RAAS, e-SUS e registro local |
| 10 – Percentual de encaminhamentos para internação hospitalar ou serviços de urgência por grupo de CID | Semestral | Percentual de usuários encaminhados para internação hospitalar ou serviços de urgência por grupo de CID. | Total de usuários encaminhados para internação hospitalar ou serviços de urgência por grupo de CID no período/ Total de usuários com o mesmo grupo de CID no mesmo período (x 100). | e-SUS e registro local |
| 11 – Proporção de atendimentos realizados por categoria profissional | Semestral | Proporção de atendimentos realizados por cada categoria profissional das equipes de EMAD e EMAP. | Total de atendimentos por CBO no período/ Total de atendimentos do SAD ou equipe no mesmo período. | e-SUS e registro local |
| 12 – Percentual de óbitos declarados no domicílio | Anual | Percentual de usuários do SAD que vieram a óbito no domicílio com declaração de óbito emitida pelo médico da EMAD. | Total de declarações de óbito emitidas pelo médico da EMAD no período/ Total de óbitos de usuários do SAD ocorridos no domicílio no mesmo período (x 100) | e-SUS e registro local |
| 13 – Percentual de usuários por faixa etária | Semestral | Percentual de usuários por faixa etária em relação ao total de usuários do SAD. | Total de usuários por faixa etária no período/ Total de usuários do SAD no mesmo período (x 100). | RAAS, e-SUS e registro local |
| 14 – Média de visitas por usuário | Mensal | Média de visitas recebidas por usuário do SAD. | Total de visitas realizadas pelo SAD no período/ Total de usuários do SAD no mesmo período. | RAAS, e-SUS e registro local |
| 15 – Média de visitas por equipe (no caso de SADs com mais de uma EMAD) | Mensal | Média de visitas realizadas por equipe em determinado período. | Total de visitas realizadas pelas equipes no período/ Total de equipes no mesmo período. | e-SUS e registro local |
| 16 – Percentual de usuários por grupo de CID identificado na admissão no SAD | Semestral | Percentual de usuários por grupo de CID motivador da admissão. | Total de usuários por grupo de CID no período/ Total de usuários no mesmo período (x 100). | RAAS, e-SUS e registro local |
| 17 – Percentual de admissão em AD no período | Mensal | Percentual de usuários em AD admitidos no período | Total de usuários admitidos no SAD no período/ Total de usuários do SAD no mesmo período (X 100). | RAAS, e-SUS e registro local |

Fonte: DAHU/SAS/MS.

REFERÊNCIAS

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na Atenção Básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, jul./set. 2004. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a12v04n3.pdf>. Acesso em: 22 set. 2014.

FRIAS, P. G.; FIGUEIRÓ, A. C.; NAVARRO, L. M. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO et al. (Org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 1-13.

MASSAD, E.; MARIN, H. F.; AZEVEDO NETO, R. S. (Ed.). **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo: H. de F. Marin, 2003.

SANTOS-FILHO, S. B. **Monitoramento e avaliação na Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde**: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Apêndice A – Ficha de Qualificação dos Indicadores

1 INDICADOR: MÉDIA DE PERMANÊNCIA

1.1 Indicador: média de permanência geral

Conceito: tempo médio de permanência dos usuários no SAD.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Total de dias de permanência dos usuários que tiveram alta do SAD no período}}{\text{Total de usuários que tiveram alta do SAD no mesmo período}}$$

Fonte: RAAS, e-SUS AD¹ ou registros locais.

Periodicidade: semestral.

Limitações:

- Não diferencia usuários com maior ou menor tempo de permanência se for feito somente o cálculo geral, sem diferenciação por modalidade ou complexidade dos usuários. Exemplo: caso a equipe tenha muitos casos de antibioticoterapia, possivelmente, a média de permanência será baixa e acabará não dando visibilidade aos casos de longa permanência, como os usuários com necessidade de ventilação mecânica. No entanto, como forma de qualificar o dado, é possível fazer a média de permanência considerando critérios como a modalidade ou algum outro critério de complexidade definido pela equipe .

¹Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br>>

Análises permitidas pelo indicador:

- Ainda que integrante da rede de cuidados e com grande proximidade das equipes de Atenção Básica, é desejável que as equipes de AD tenham significativa rotatividade nos usuários acompanhados. Considerando que parte da demanda será de usuários AD3, com tendência a maiores períodos de permanência, é provável que a rotatividade não esteja próxima de 100%; entretanto, se for muito baixa pode indicar que o SAD esteja funcionando como referência para o cuidado de AD1, substituindo, assim, o papel que deveria ser da AB.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- A facilitação da alta, que se dá: *i*) pela existência de uma rede estabelecida de AB que possibilite o adequado seguimento de cuidado aos usuários na Atenção Básica, de forma que o SAD possa garantir o encerramento dos casos em tempo oportuno; e *ii*) pela possibilidade de acionamento de outros equipamentos da rede de saúde e intersetorial quando necessário (apoio diagnóstico, serviços de reabilitação, internação hospitalar, Centro de Referência em Assistência Social etc.).
- A realização de avaliação de elegibilidade que aborde aspectos clínicos, psicossociais e de condições da Rede de Atenção à Saúde possibilita uma admissão mais condizente com a oferta de cuidado do SAD.
- O desenvolvimento de ações de educação permanente com equipe e capacitações em áreas específicas de demandas recorrentes possibilita qualificação do trabalho da equipe, promovendo maior resolutividade e qualidade do cuidado.

1.2 Indicador: média de permanência por agravo

Conceito: tempo médio de permanência dos usuários no SAD por agravo específico.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Total de dias de permanência dos usuários por agravo que tiveram alta do SAD no período}}{\text{Total de usuários com o mesmo agravo que tiveram alta do SAD no mesmo período}}$$

Fonte: e-SUS AD ou registros locais.

Periodicidade: semestral.

Análises permitidas pelo indicador:

- É prerrogativa do SAD atender à diversidade de situações que demandam Atenção Domiciliar e, portanto, não é desejável um resultado que signifique a abordagem quase que exclusiva a poucos agravos.
- Permitem avaliar as diferenças e semelhanças entre os SADs, ao lidar com determinado agravo. Médias extremas (tanto baixas quanto altas) de permanência para determinado agravo podem sugerir melhor ou pior articulação da rede na capacidade de absorver aquele indivíduo em outro ponto de atenção, ou sugerir dificuldade de compreensão do papel do SAD pelos próprios trabalhadores, e ainda, insuficiência técnica para lidar com tal agravo.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Aprimoramento das articulações, instrumentalização adequada da rede local e intensificação da educação permanente dos profissionais dos SADs e AB.

2 INDICADOR: PERCENTUAL DOS USUÁRIOS CLASSIFICADOS COMO AD1, AD2 E AD3 NA ADMISSÃO

Conceito: Percentual de usuários admitidos classificados em cada modalidade (AD1, AD2 e AD3) em relação ao total de usuários admitidos no SAD.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Total de usuários classificados na admissão em cada modalidade}}{\text{Total de usuários admitidos em AD no mesmo período}} \times 100$$

Fonte: e-SUS AD ou registros locais.

Periodicidade: trimestral.

Análises permitidas pelo indicador:

- Avaliar o grau de compreensão da proposta do Melhor em Casa e a real capacidade operacional da rede. De todos os indicadores propostos, é o que isoladamente melhor propicia a avaliação pelos serviços que encaminham e pelas equipes dos SADs, uma vez que está estabelecido na normativa vigente que o cuidado em AD1 é prerrogativa da AB, e AD2 e AD3 dos SADs.
- Inferir na capacidade de rotatividade do serviço e sua utilidade para aquela população, ou seja, sua possibilidade de assistir maior ou menor número de pessoas, uma vez que altas proporções de AD1 e AD3 sugerem baixa rotatividade – a equipe está ocupada com determinado grupo de pacientes, numa parcela reduzida e fixa da população.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Existência de rede estabelecida e qualificada de AB, promovendo o cuidado adequado de usuários na modalidade AD 1.
- Realização de avaliação de elegibilidade que aborde aspectos clínicos, psicossociais e de condições da Rede de Atenção à Saúde possibilita uma admissão mais condizente com a oferta de cuidado do SAD.

- Desenvolvimento de ações de educação permanente da equipe e capacitações em áreas específicas de demandas recorrentes, em especial, de situações mais complexas, propiciando maior segurança e resolutividade da equipe com esse tipo de situação.
- Existência de espaços de discussão, matriciamento e articulação de rede, para melhor entendimento dos outros serviços em relação à vocação principal do SAD, propiciando encaminhamentos mais adequados.

3 INDICADOR: PERCENTUAL DE USUÁRIOS POR SERVIÇO DE ORIGEM (PROCEDÊNCIA)

Conceito: Percentual de usuários admitidos no SAD por possíveis origens: Unidade Básica de Saúde (UBS); Hospital; Unidade de Pronto Atendimento; Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon); Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon); Serviços de urgência/emergência hospital SOS; Hospital SOS e demais setores.

Esse indicador avalia a proporção de acesso ao acompanhamento pelo SAD tendo como marcadores as diversas possibilidades de serviços demandantes. A informação sobre os serviços que demandam o SAD é essencial para a avaliação do perfil do SAD e de sua interação com as Redes de Atenção a Saúde, bem como para o diagnóstico e planejamento do território.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Total de usuários oriundos de cada serviço no período}}{\text{Total de usuários admitidos no mesmo período}} \times 100$$

Fonte: RAAS, e-SUS AD ou registros locais.

Periodicidade: trimestral

Limitações:

- A simples verificação da origem dos usuários do SAD, sem outros indicadores coadjuvantes, não permite avaliar a pertinência do encaminhamento ao SAD.

Análises permitidas pelo indicador:

- Avaliar os principais demandantes do SAD em um determinado território, permitindo inferir se está atuando como porta de saída efetiva para urgências e hospitais ou complementando as ações da AB.
- Nas grandes disparidades, quando um demandante predomina muito fortemente sobre os demais, permite inferir uma relação dificultada entre a rede ou, ainda, da pouca compreensão do papel do SAD para determinado ponto da rede que o subutiliza ou superutiliza.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Ações de educação permanente que visem à problematização dos resultados encontrados a partir da ótica do território.
- Caracterização do perfil epidemiológico do território.
- Caracterização da relação SAD x RAS.
- Monitoramento e planejamento dos SAD e suas equipes, a partir da constatação de sub ou superutilização do Melhor em Casa por determinado ponto da rede. Permite rever a capacidade e qualidade da comunicação com tal ponto para promover repactuação de critérios e fluxos.

4 INDICADOR: PERCENTUAL DE USUÁRIOS POR CONDUTA/MOTIVO DE SAÍDA (DESFECHO)

Conceito: Percentual de usuários de SAD por possíveis desfechos: alta administrativa da AD; alta clínica da AD; encaminhamento para Atenção Básica (AD1); urgência/emergência; internação hospitalar; e óbito.

Esse indicador avalia a proporção dos possíveis desfechos ou desligamentos dos pacientes dos SADs. A informação sobre os desfechos do SAD é essencial para avaliar sua interação com as redes de Atenção à Saúde, a qualidade na oferta, o diagnóstico e o planejamento do território.

Pode ser desmembrado para gerar os indicadores da RDC 11: taxa de internação, considerando-se o desfecho “internação hospitalar” e “taxa de mortalidade”, considerando-se o motivo de saída “óbito”. No caso da taxa de mortalidade, o denominador deve ser o total de usuários acompanhados pelo SAD.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Total de usuários que saíram do SAD por desfecho no período}}{\text{Total de usuários que saíram do SAD no mesmo período}} \times 100$$

Fonte: RAAS, e-SUS AD ou registros locais.

Periodicidade: trimestral.

Análises permitidas pelo indicador:

- Permite avaliar a boa inserção do SAD na rede e sua capacidade de trabalhar integrado aos demais pontos de atenção.
- Sugere o grau de complexidade dos pacientes e a tipologia do trabalho do SAD, ao evidenciar maior ou menor percentual de alta para a rede básica, urgências, hospitais ou óbito.
- De forma secundária, sugere a rotatividade dos pacientes no SAD e a capacidade de resposta da rede.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Ações de educação permanente que visem à problematização dos resultados encontrados a partir da ótica do território.
- Caracterização do perfil epidemiológico do território.
- Caracterização da relação entre SAD e RAS.
- Monitoramento e planejamento dos SADs e das equipes.

5 INDICADOR: PERCENTUAL DE USUÁRIOS EM AD POR AGRAVO/CONDIÇÃO AVALIADA

Conceito: detalha o perfil clínico e epidemiológico de pacientes em Atenção Domiciliar no SAD por agravo/condição avaliada, em determinado período.

Utilizando-se como agravo “infecções”, é possível calcular o indicador da RDC 11 “taxa de infecção para a modalidade de internação domiciliar”.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Total de usuários por agravo/condição avaliada no período}}{\text{Total de usuários do SAD no mesmo período}} \times 100$$

Fonte: e-SUS AD ou registros locais.

Periodicidade: trimestral

Análises permitidas pelo indicador:

- Neste indicador, sugere-se classificar os pacientes com os agravos ou situações que tenham indicado a necessidade de Atenção Domiciliar pelo SAD em vez de se utilizar o CID principal, que, muitas vezes não traduz o motivo pelo qual o usuário está em acompanhamento. Sugere-se a análise dos seguintes agravos e condições conforme estabelecido pelos critérios de elegibilidade das modalidades AD2 e AD3:
 - Ventilação mecânica domiciliar.
 - Infecções desenvolvidas no domicílio.
 - Paracentese de alívio.

- Medicação parenteral.
- Cuidados paliativos.
- Úlceras/feridas (grau III ou IV).
- Adaptação ao uso de traqueostomia.
- Necessidade de Acompanhamento nutricional.
- Uso de gastrostomia.
- Adaptação a ostomias (colostomia, cistostomia etc.).
- Acompanhamento de pré e pós-operatório.
- Oxigenoterapia domiciliar.
- Reabilitação domiciliar.
- Adaptação ao uso de órtese e prótese.
- Acompanhamento de ganho ponderal em recém-nascidos ou outras condições perinatais maternoinfantis.

Limitações:

- Este indicador só permite colocar um agravo isolado no numerador, não contemplando a possibilidade (muito frequente, por sinal) de várias situações concomitantes, que aumentaria ou reduziria o grau de complexidade de determinados pacientes. Por exemplo: acamado com sequelas de AVC, portador de gastrostomia e traqueostomia, com necessidade de curativos complexos e antibioticoterapia devido à infecção urinária recorrente.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

a partir desse diagnóstico, é possível realizar ações de qualificação do serviço de Atenção Domiciliar, entre as quais:

- Promover ações de educação permanente da equipe voltadas para situações prevalentes no perfil de usuários em acompanhamento, com objetivo de estabelecer protocolos internos de cuidado e seguimento terapêutico.
- Identificar situações ou agravos de elegibilidade para Atenção Domiciliar que não estão sendo atendidas pela equipe e que demandem ações de capacitação e educação permanente ou de articulação com a Rede de Atenção à Saúde para possibilitar o atendimento destas situações.

6 INDICADOR: CAPACIDADE DE ATENDIMENTO DO SAD.

Conceito: apresenta a capacidade de acompanhamento de usuários do SAD no período de um mês.

Método de cálculo: Total de usuários que permaneceram no SAD do mês anterior + total de usuários admitidos no mês corrente.

Fonte: RAAS, e-SUS AD ou registros locais.

Periodicidade: mensal.

Análises permitidas pelo indicador:

- A capacidade de acompanhamento de usuários da equipe está diretamente relacionada à estrutura do SAD (veículos, acesso a insumos e medicamentos), à relação qualificada do SAD com a Rede de Atenção à Saúde, à capacidade da Atenção Básica de assumir a Atenção Domiciliar de pacientes AD1 e ao tempo de permanência dos pacientes no SAD. Em relação a este último, observa-se que, quanto menor o tempo necessário de permanência do usuário em AD, com possibilidade de alta oportuna para a Atenção Básica quando indicado, maior a possibilidade de rotatividade dos usuários no SAD. Segundo a normativa vigente da Atenção Domiciliar (BRASIL, 2013), espera-se uma média de 60 pacientes por mês para cada EMAD tipo I e 30 pacientes por mês para cada EMAD tipo II.
- Ao final de um ano, sugere-se obter a média de usuários atendidos por mês, que pode ser calculada por equipe ou por SAD, no caso de municípios com várias equipes – o que permite estabelecer a capacidade média daquele serviço no atendimento da população.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Pactuar fluxos de encaminhamento e protocolos de elegibilidade da Atenção Domiciliar, conforme a classificação das modalidades AD2 e AD3, com os serviços demandantes da Rede de Atenção à Saúde do município e da região.
- Realizar busca ativa de pacientes nos serviços hospitalares e de urgência, buscando identificar usuários para desospitalização precoce e evitar internações hospitalares de baixa complexidade dos usuários nas urgências.

- Fortalecer a Atenção Domiciliar na Atenção Básica (AD1), de forma a garantir a alta oportuna de pacientes do SAD e o cuidado continuado e integral.
- Garantir que o SAD possua quantidade necessária de veículos disponíveis para locomoção exclusiva das equipes.
- Definir o fluxo de acesso a insumos, medicamentos e equipamentos necessários para Atenção Domiciliar de usuários do município, independentemente de o acompanhamento ser realizado pelo SAD ou pela Atenção Básica.
- Desenvolver ações de educação permanente da equipe e capacitações em áreas específicas de demandas recorrentes, possibilitando a qualificação do trabalho da equipe e promovendo maior resolutividade e qualidade do cuidado.

7 INDICADOR: PERCENTUAL DE ALTA DO SAD

Conceito: Percentual de usuários do SAD que tiveram alta em relação ao total de usuários em atendimento no SAD no mesmo período.

Este indicador pode ser utilizado para o cálculo dos indicadores da RDC 11 “Taxa de alta da modalidade assistência domiciliar” e “taxa de alta da modalidade de internação domiciliar”.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Total de usuários que tiveram alta do SAD no período}}{\text{Total de usuários do SAD no mesmo período}} \times 100$$

Fonte: RAAS, e-SUS AD ou registros locais.

Periodicidade: mensal.

Avaliações produzidas pelo indicador:

- Permite avaliar a capacidade resolutiva do serviço indicando a proporção de altas em relação ao total de usuários do SAD. Dessa

forma, é possível inferir também sobre a rotatividade dos usuários e a capacidade técnica das equipes.

- Inferir sobre a taxa de rotatividade do serviço, bem como sua capacidade de ser útil a mais pessoas, não se restringindo aos mesmos usuários de longa permanência.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Investir em educação permanente e estratégias que visem à ampliação da capacidade técnica das equipes.

8 INDICADOR: PERCENTUAL DE ACOMPANHAMENTO PÓS-ÓBITO

Conceito: Percentual de acompanhamento pós-óbito em relação ao total de óbitos ocorridos no domicílio. Pode ser calculado por EMAD ou no SAD.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Total de família/cuidador com acompanhamento pós-óbito no período}}{\text{Total de óbitos no mesmo período}} \times 100$$

Fonte: e-SUS AD ou registros locais.

Periodicidade: anual.

Análises permitidas pelo indicador:

- Refletir a capacidade de a equipe abordar o cuidado pós-óbito no domicílio de maneira integral e não restrita às condições clínicas do usuário acompanhado. Assim, é desejável que o acompanhamento pós-óbito seja realizado em todas as situações que a equipe identificar esta demanda.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Preparar a equipe para lidar com o óbito e especialmente com as condições psicossociais de familiares e/ou cuidadores para

possibilidade de terminalidade da vida no domicílio propicia maior segurança e estabilidade da equipe para acompanhamento não apenas da situação clínica do usuário, mas também dos demais envolvidos.

9 INDICADOR: PERCENTUAL DE USUÁRIOS POR SEXO

Conceito: percentual de usuários por sexo em relação ao total de usuários.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Total de usuários por sexo}}{\text{Total de usuários no SAD}} \times 100$$

Fonte: RAAS, e-SUS AD ou registros locais.

Periodicidade: anual.

Análises permitidas pelo indicador:

- Permite a caracterização demográfica de gênero da população atendida pelo SAD.

10 INDICADOR: PERCENTUAL DE ENCAMINHAMENTOS PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR OU SERVIÇOS DE URGÊNCIA POR GRUPO DE CID

Conceito: Corresponde ao percentual de usuários encaminhados para internação hospitalar ou serviços de urgências por grupo de CID.

$$\frac{\text{Total de usuários encaminhados para internação hospitalar ou serviços de urgência por grupo de CID no período}}{\text{Total de usuários com o mesmo grupo de CID no mesmo período}} \times 100$$

Fonte: E-SUS AD ou registros locais.

Periodicidade: semestral.

Análises permitidas pelo indicador:

- Permite caracterizar o perfil nosológico da população que as EMADs não estão conseguindo manter no domicílio até a melhora, necessitando encaminhamento para unidades de retaguarda.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Promover a educação permanente das equipes voltadas para essas condições patológicas detectadas.
- Melhorar a infraestrutura e as condições de acesso dos SADs a exames, medicamentos e demais necessidades detectadas nesse grupo populacional.

11 INDICADOR: PROPORÇÃO DE ATENDIMENTOS REALIZADOS POR CATEGORIA PROFISSIONAL

Conceito: Corresponde à proporção dos atendimentos realizados por determinada categoria profissional/Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) em relação ao total de atendimentos realizados pela equipe ou SAD em um determinado período.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Total de atendimentos por CBO no período}}{\text{Total de atendimentos do SAD ou equipe no mesmo período}} \times 100$$

Fonte: e-SUS AD ou instrumentos de registro locais.

Periodicidade: semestral.

Análises permitidas pelo indicador:

- Permite caracterizar a existência de trabalho em equipe.

- Permite caracterizar quais os profissionais têm sido mais demandados por aquele grupo de usuários.
- Permite avaliar a proporcionalidade da assistência entre profissionais diferentes para determinados grupos de usuários.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Promover espaços comuns de discussão e análise de trabalho transdisciplinar efetivo.
- Adequar a oferta dos profissionais mais necessários a determinado perfil populacional atendido pelo SAD.

12 INDICADOR: PERCENTUAL DE ÓBITOS DECLARADOS NO DOMICÍLIO

Conceito: Percentual de usuários do SAD que vieram a óbito no domicílio e que tiveram declaração de óbito (DO) emitida pelo médico da EMAD.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Total de DO emitidas pelo médico da EMAD no período}}{\text{Total de óbitos de usuários do SAD ocorridos no domicílio no mesmo período}} \times 100$$

Fonte: e-SUS AD ou registros locais.

Periodicidade: anual.

Análises permitidas pelo indicador:

- Permite avaliar a qualidade do serviço prestado e a capacidade de vínculo produzido com a família. Um alto percentual de declarações de óbito emitidas no domicílio evidencia alta qualidade técnica, capacidade de adesão do profissional médico ao trabalho, com grande capacidade de formação de vínculo de confiança e alto grau de humanização.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Gerenciar o processo de trabalho da equipe e rede de apoio de forma a viabilizar a declaração de óbito pelo médico da equipe.
- Organizar a gestão local para que a equipe tenha acesso à declaração de óbito de maneira regular.

13 INDICADOR: PERCENTUAL DE USUÁRIOS POR FAIXA ETÁRIA

Conceito: Percentual de usuários por determinada faixa etária em relação ao total de usuários do SAD

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Total de usuários por faixa etária no período}}{\text{Total de usuários do SAD no mesmo período}} \times 100$$

Fonte: RAAS, e-SUS AD ou registros locais

Periodicidade: semestral.

Análises permitidas pelo indicador:

- Permite caracterização demográfica etária da população atendida pelo SAD e, a partir dela, adequações do serviço se necessário, considerando dados epidemiológicos locais

Observação:

Faixas etárias sugeridas: até 11 anos; 12 – 29 anos; entre 30-59 anos; de 60-79 anos; mais de 80 anos.

14 INDICADOR: MÉDIA DE VISITAS POR USUÁRIO

Conceito: quantifica a média de visitas recebidas pelos usuários durante determinado período pela EMAD.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Total de visitas realizadas pelo SAD no período}}{\text{Total de usuários do SAD no mesmo período}}$$

Fonte: RAAS, e- SUS ou registros locais.

Periodicidade: mensal.

Limitações:

- Precisa ser acoplado ao tempo de permanência para análise fidedigna da pertinência de funcionamento da equipe, pois a normativa pede no mínimo uma visita semanal por usuário.

Análises permitidas pelo indicador:

- Indicar a capacidade operacional da equipe, remetendo ao questionamento da capacidade de mobilidade (por exemplo: falta de veículo; Longas distâncias a serem percorridas em municípios agrupados), de organização do processo de trabalho e da adequação à proposta do Melhor em Casa (mínimo uma visita semanal por usuário).
- Inferir o grau de complexidade dos pacientes assistidos (baixa taxa de visitas = baixo grau de complexidade) e a pertinência da utilização da EMAD em detrimento de outro ponto da rede – se há menos de uma visita por semana, possivelmente, este usuário poderia estar sob acompanhamento da AB.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Discutir permanentemente com a equipe e a rede as adequações possíveis no trabalho para cumprimento da meta mínima.

- Avaliar periodicamente este indicador juntamente com os demais para noção mais real do perfil de trabalho da equipe, suas carências e ajustes.

15 INDICADOR: MÉDIA DE VISITAS POR EQUIPE OU DO SAD

Conceito: Corresponde ao número médio de visitas realizadas pelas equipes em determinado período.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Total de visitas realizadas pelas equipes no período}}{\text{Total de equipes no mesmo período}} \times 100$$

Fonte: e-SUS ou registros locais

Periodicidade: mensal.

Análises permitidas pelo indicador:

- Permite avaliar a capacidade organizativa do serviço, pois quando há rotas bem organizadas que considerem a relação entre a distância a ser percorrida, a complexidade e a frequência do cuidado, permite também avaliar a quantidade e o perfil de profissionais necessários para cada procedimento.
- Possibilita, conseqüentemente, inferir sobre a demanda média e avaliar a boa utilização do transporte.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Repactuar constantemente as rotas a serem percorridas diariamente, visando otimizar a utilização do veículo e atender com qualidade o máximo de usuários diferentes por turno/veículo.

16 INDICADOR: PERCENTUAL DE USUÁRIOS POR GRUPO DE CID IDENTIFICADO NA ADMISSÃO NO SAD

Conceito: Percentual de usuários por grupo de CID motivador da admissão no SAD. Detalha o perfil clínico e epidemiológico de pacientes em Atenção Domiciliar no SAD, de acordo com o CID motivador da inclusão, em determinado período.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Total de usuários por grupo de CID no período}}{\text{Total de usuários do SAD no mesmo período}} \times 100$$

Fonte: RAAS, e-SUS AD ou registros locais.

Periodicidade: semestral.

Análises permitidas pelo indicador:

- O indicador apresenta o perfil epidemiológico de pacientes acompanhados pelo SAD e classificados de acordo com as patologias informadas no CID motivador da inclusão. Este indicador complementa as informações do perfil epidemiológico levantado pelo indicador Percentual de usuários em AD por agravo/condição avaliada.

Limitações:

- A limitação deste indicador ocorre quando o CID motivador da inclusão informado não representa isoladamente a complexidade do usuário cuidado pelo SAD. Nesse caso, sugere-se complementá-lo com a informação gerada pelo percentual de usuários por agravo/condição avaliada. Ainda assim, possivelmente não será possível enxergar a realidade de cada usuário, uma vez que o percentual de situações presentes não permite agrupamento, para um mesmo usuário, de várias situações concomitantes.

Ações que promovem a melhoria do resultado do indicador:

- Qualificar o registro com o uso do CID que justifica a admissão usuário no SAD. A análise do perfil epidemiológico e clínico pode mostrar grupos de agravos que necessitam de ações de educação permanente para qualificação do cuidado da equipe.

17 INDICADOR: PERCENTUAL DE ADMISSÃO NO SAD NO PERÍODO

Conceito: corresponde ao percentual de usuários admitidos no SAD em relação à capacidade total de atendimento do serviço em determinado período.

Método de cálculo:

$$\frac{\text{Total de usuários admitidos no SAD no período}}{\text{Total de usuários do SAD no mesmo período}} \times 100$$

Fonte: RAAS, e-SUS AD ou registros locais

Periodicidade: mensal.

Análises permitidas pelo indicador:

- Aferir a capacidade de inclusão de indivíduos novos e, conseqüentemente, o reconhecimento da efetividade do SAD pelos demais pontos demandantes de atenção da rede.
- Inferir sobre a taxa de rotatividade do serviço, bem como sua capacidade de ser útil a mais pessoas, não se restringindo aos mesmos usuários de longa permanência.

Ações que promovem a melhoria do indicador:

- Ampliar estratégias de articulação junto a RAS local e divulgação à população.
- Promover o acesso à comunicação com o SAD, equipando as EMADs com telefones celulares institucionais, para que sejam localizados mesmo em visitas e possam discutir a inclusão de novos casos.
- Sistematizar periodicamente a busca ativa em hospitais e portas de urgência.

melhor em Casa

Melhor



Melhor em Casa



Melhor





Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

