



Relação do Melhor em Casa com a Atenção Básica: aumentando a resolutividade e evitando internações hospitalares

Também é comum que os usuários domiciliados ou acamados acompanhados pela Atenção Básica (eSF/NASF) tenham piora no quadro clínico e precisem de cuidados mais frequentes e intensos.

A tendência, nestas situações, é que a maioria deles seja encaminhada para internações hospitalares (diretamente ou após procurarem de forma espontânea os serviços de urgência e emergência, por exemplo). No entanto, as equipes do Melhor em Casa podem e devem apoiar as equipes de atenção básica, no cuidado domiciliar a estes usuários de forma intensa e frequente, evitando a internação.

Vale ressaltar que a grande diferença entre equipe de atenção básica e o SAD é a intensidade e complexidade do cuidado prestado. A atenção básica (modalidade AD1) é responsável pelo atendimento domiciliar ao usuário com condição clínica crônica/estável, com visitas programadas, no mínimo mensais, e de acompanhamento longitudinal. Já no SAD (modalidades AD2 ou AD3) a programação das visitas deverá ocorrer, no mínimo, uma vez por semana, e a depender da necessidade do usuário, poderá ser diária, pois o atendimento é direcionado ao usuário com condições clínicas aguda ou crônica agudizada que precisam de cuidados domiciliares intensivos e frequentes. Assim que a situação clínica permita, o usuário terá alta do SAD, e aqueles com necessidade de continuidade de atenção domiciliar na modalidade AD1 deverão ser encaminhados à Unidade Básica de Saúde do território.

➤ **BENEFÍCIOS:**

- Humanização da atenção;
- Maior conforto para o usuário e sua família;
- Usuário não fica exposto à infecção hospitalar;
- Disponibilização de leitos para os usuários que necessitam de internação hospitalar;
- Aumento dos leitos de retaguarda da rede de atenção às urgências/emergências;
- Otimização de recursos;
- Aumento da resolutividade de atenção básica.

➤ **SITUAÇÕES/CONDIÇÕES COMUNS NA AB QUE PODEM TER O CUIDADO CONTINUADO NO DOMICÍLIO PELO SAD:**

- Uso de curativos especiais/múltiplas escaras;

- Condições que necessitam de cuidados paliativos mais intensivos;
- Problemas respiratórios com necessidade de oxigenoterapia domiciliar que necessitam de cuidados frequentes devido à condição do quadro clínico (DPOC, doenças neuromusculares);
- Condições de dependência de ventilação mecânica domiciliar;
- Condições que necessitam de antibioticoterapia venosa no domicílio (ex: doenças infecciosas);

O intervalo mínimo entre as doses deverá ser de 12/12h, pois não dispomos SAD noturno.

- Uso de anticoagulantes, com necessidade de ajuste de RNI;
- Condições que necessitam de compensação/estabilização de condições crônicas agudizadas, sem instabilidade clínica, e restritos ao leito de maneira temporária ou definitiva.

Para saber mais: Acessar o Capítulo 5 do Caderno de Atenção Domiciliar Volume 1

➤ **COMO FAZER?**

- Realizar oficinas/reuniões com todas as equipes de atenção básica com o objetivo de validar e pactuar os protocolos/fluxos:
 - Definir que situações devem resultar numa avaliação do SAD para possível inclusão no serviço (observar as situações descritas no item anterior);
 - Definir instrumento padronizado localmente, que avalie a elegibilidade do usuário para AD, além de possibilitar reflexão sobre os critérios e os fluxos pactuados;
 - Definir como se dará o acompanhamento da equipe do Melhor em Casa conjuntamente com a equipe de atenção básica;
 - Garantir espaços para discussão de “situações analisadoras”, isto é, situações que geraram dúvidas ou conflitos, com o objetivo de aperfeiçoar e repactuar os fluxos/protocolos;
 - Definir mecanismos de comunicação com o SAD (Fax, Telefone, email, etc.).

Apesar da estratégia acima, o encontro presencial entre as equipes de AD e as equipes de atenção básica é fortemente recomendável!

Para saber mais: Acessar Capítulo 4 do Caderno de Atenção Domiciliar Volume 1.

- **QUEM JÁ FAZ:** os SAD em funcionamento articulam com as equipes de atenção básica produzindo um cuidado compartilhado no território adscrito. Nos municípios de Passo do Lumiar/MA, Caruaru/PE, Ribeirão Preto/SP e Blumenau/SC este dialogo já acontece de forma consistente e sistematizada, por meio de instrumentos e pactuações locais, além dos processos produzidos nos encontros do trabalho vivo em ato.