etrônico

Estratégia
CONCURSOS

Aul

Conhecimentos sobre SUS p/ Prefeitura de Senador Canedo (Enfermeiro) C/ Videoaulas-Pós-Edital

Professor: Ligia Carvalheiro Fernandes

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA** ..... **2**

*PSF e Territorialização* ..... *4*

**NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA** ..... **8**

*QUESTÕES* 😉 ..... *19*

# PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

**I - Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo:**

a) médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade,

b) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família,

c) auxiliar ou técnico de enfermagem e

d) agentes comunitários de saúde,

* podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal.

II - O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, **sendo a média recomendada de 3.000**, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

IV - Cadastramento de cada profissional de saúde em apenas uma eSF, exceção feita somente ao profissional médico, que poderá atuar em, no máximo, duas eSF e com carga horária total de 40 horas semanais; e

V - Carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de Saúde da Família, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita no próximo inciso.

QUESTÕES PARA MEMORIZAÇÃO

Ano: 2017 Banca: FCC Órgão: TRT - 11ª Região (AM e RR)

De acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, a Atenção Básica tem como estratégia prioritária para sua organização

A a Saúde da Família.

B a Saúde do Idoso portador de doença crônica.

C os Procedimentos de média complexidade.

D o Programa Nacional de Vacinação de crianças.

E a Saúde Mental.

Resposta

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais.

Alternativa: A.

Ano: 2017 Banca: FCC Órgão: TRE-SP

Para orientar a comunidade quanto ao acesso aos serviços de saúde, o técnico de enfermagem deve estar ciente que a porta de entrada do Sistema Único de Saúde deve ser, preferencialmente,

A a Atenção Básica.

B o Pronto Socorro.

C as clínicas especializadas.

D o Conselho de Saúde local.

E os Setores de alta complexidade.

Resposta

A atenção básica é desenvolvida com descentralização, deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Alternativa: A.

## PSF E TERRITORIALIZAÇÃO

FIQUE ATENTO!

É princípio da atenção básica: Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade.

Além disso, consta como atribuição de todos os profissionais: I - Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

**A ESF incorpora os princípios do SUS e se estrutura a partir da Unidade Saúde da Família (USF), tendo como princípios norteadores:**

• Integralidade e Hierarquização: A USF está inserida na atenção primária à saúde. Suas equipes devem realizar o diagnóstico de saúde do território adscrito, identificando o perfill epidemiológico e sociodemográfico das famílias, reconhecendo os problemas de saúde prevalentes e os riscos a que esta população está exposta, elaborando, com a sua participação, um plano local para o enfrentamento dos problemas.

• Territorialização e Adscrição da Clientela: a USF trabalha com território de abrangência definido, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população.

• Equipe Multiprofissional: composta por um enfermeiro, um médico generalista ou de família, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Além desses, odontólogos, assistentes sociais e psicólogos, dentre outros, poderão fazer parte das equipes ou formar equipes de apoio.

• Caráter Substitutivo: substituição das práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho, centrado na Vigilância à Saúde.

**A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho do PSF. Essa tarefa adquire, no entanto, ao menos três sentidos diferentes e complementares:**

• demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços;

• reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas;

• estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência.

A definição e analise do território constitui-se a base para o trabalho das equipes de saúde da família que devem: cadastrar as pessoas dentro das famílias e mapear riscos, indicadores de saúde, morbidade e mortalidade e potencialidades dentro dos territórios nos quais atuam.

**Dentre os objetivos para a prática da Territoriedade, tem-se:**

• Delimitar um território de abrangência;

• Definir a população favorecida e apropriar-se juntamente com ela do perfil da área e da comunidade;

• Reconhecer dentro da área de abrangência barreiras e acessibilidade;

• Conhecer condições de infra-estrutura e recursos sociais;

• Levantar problemas e necessidades, definido um diagnóstico da comunidade (continuo);

• Identificar o perfil demográfico, epidemiológico, socioeconômico e ambiental;

• Identificar e assessorar-se em lideranças formais e informais;

• Potencializar os resultados e os recursos presentes nesse território.

QUESTÕES PARA MEMORIZAÇÃO

Ano: 2016 Banca: UFCG Órgão: UFCG

Entre as diversas estruturas criadas pelo Estado para tornar o Sistema Único de Saúde (SUS) uma realidade citam-se: estruturas de caráter financeira, político-organizacional e territorial. Sendo que, a estruturação territorial do SUS que vem sendo feita no Brasil, denomina-se:

A Territorialização do atendimento à saúde.

B Territorialização dos serviços em saúde.

C Territorialização da estrutura da saúde.

D Territorialização da saúde da família.

E Territorialização da saúde.

Resposta Fácil, por ser tema da aula. Trata-se da territorização da saúde.

Alternativa: E.

Ano: 2015 Banca: Instituto Legatus Órgão: Prefeitura de Pau D'Arco - PI

A Territorialização na Estratégia Saúde da Família consiste em:

A Delimitar o território de atuação da equipe e as microáreas dos agentes comunitários de saúde;

B Desenhar o mapa do território adscrito;

C Cadastrar as famílias residentes no território adscrito;

D Realizar visitas domiciliares às famílias do território;

E Fazer o reconhecimento do território adscrito, mapear a área, levantar problemas de saúde da população, elaborar diagnóstico e o planejamento estratégico das ações de saúde. Resposta Perceba que não há grandes erros nas outras, o problema é que é muito mais do que um item ou outro.

Alternativa: E.

Ano: 2016 Banca: Serctam Órgão: Prefeitura de Quixadá - CE

São princípios norteadores da Estratégia de Saúde da Família:

A Mapeamento da área adscrita e dos equipamentos sociais presentes nesse território; planejamento, busca ativa, cadastramento e acompanhamento das famílias; acolhimento e marcação de consultas.

B Integralidade e hierarquização; territorialização e adscrição da clientela; equipe multiprofissional; caráter substitutivo.

C Integralidade; territorialização; a educação em saúde; a interdisciplinaridade; participação social; a educação permanente em saúde e a humanização

D Vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; saúde do trabalhador; assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

E Equipe multiprofissional; caráter substitutivo, vigilância sanitária; vigilância epidemiológica.

Resposta

Vimos que os princípios norteadores incluem:

*Integralidade e Hierarquização

*Territorialização e Adscrição da Clientela

*Equipe Multiprofissional

*Caráter Substitutivo

Alternativa: B.

Ano: 2013 Banca: FUNDEP (Gestão de Concursos) Órgão: CISSUL – MG

No âmbito da Atenção Básica a Saúde, são atribuições comuns a todos os profissionais de saúde, EXCETO:

A Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades.

B Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal.

C Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local.

D Realizar o cuidado da saúde da população adscrita, exclusivamente no âmbito da unidade de saúde.

Resposta

O erro está na "D", decido ao "exclusivamente". Ex. Atenção domiciliar não ocorre na unidade de saúde.

Alternativa: D.

Ano: 2015 Banca: COMPERVE Órgão: UFRN

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Uma das atribuições desses profissionais é:

A realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde identificada pelo profissional médico bem como as previstas nas prioridades e nos protocolos da gestão local.

B participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades.

C realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito hospitalar, e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários.

D garantir a atenção especializada à saúde, buscando a universalidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, e da prevenção de agravos.

Resposta

Questões meio parecidas mas é proposital para que perceba o quanto é cobrado de forma parecida e recorrente.

Alternativa: B.

# NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade.

São constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de atenção básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais etc.) e Academia da Saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes, atuando diretamente no apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território dessas equipes.

Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc.

Os NASF podem ser organizados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2. A implantação de mais de uma modalidade de forma concomitante nos municípios e no Distrito Federal não receberá incentivo financeiro federal.

**O NASF 1 deverá ter equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior escolhidos entre as ocupações listadas abaixo que reúnam as seguintes condições:**

I - A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 200 horas semanais;

II - Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e

III - Cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 horas e, no máximo, 80 horas de carga horária semanal.

**O NASF 2 deverá ter equipe formada por uma composição de profissionais de nível superior escolhidos entre as ocupações listadas abaixo que reúnam as seguintes condições:**

I - A soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 120 horas semanais;

II - Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas; e

III - Cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 horas e, no máximo, 40 horas de carga horária semanal.

**Campeã de cobrança neste assunto** 😊

Poderão compor os NASF 1 e 2 (mediante gestor municipal) as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador); e profissional de saúde sanitarista, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

QUESTÕES PARA MEMORIZAÇÃO

Ano: 2018 Banca: FCC Órgão: Câmara Legislativa do Distrito Federal

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Do Código Brasileiro de Ocupações (CBO), poderão compor os NASF, dentre outras, as seguintes ocupações:

A enfermeiro e engenheiro de produção.

B administrador e médico sanitarista.

C sociólogo e profissional com formação em arte e educação (educador).

D assistente social e advogado.

E profissional/professor de educação física e médico veterinário.

Resposta

Repetindo: médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador); e profissional de saúde sanitarista, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em

saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas. Observe que advogado, sociólogo e engenheiro não fazem parte do grupo. Alternativa: E.

Ano: 2017 Banca: NUCEPE Órgão: FMS

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) são equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica, para populações específicas. Sobre o Nasf NÃO é correto afirmar:

A O trabalho do Nasf é orientado pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial.

B Constitui-se como apoio especializado na própria Atenção Básica, sendo um ambulatório de especialidades ou serviço hospitalar.

C Recebe a demanda por negociação e discussão compartilhada com as equipes que apoia, e não por meio de encaminhamentos impessoais.

D Realiza ações compartilhadas com as equipes de Saúde da Família (eSF), o que não significa, necessariamente, estarem juntas no mesmo espaço/tempo em todas as ações.

E Ajuda a aumentar a capacidade de cuidado das equipes de Atenção Básica, agrega novas ofertas de cuidado nas UBS e auxilia a articulação com outros pontos de atenção da rede.

Resposta

Vamos a um resumão:

Pode-se afirmar, então, que o Nasf:

• É uma equipe formada por diferentes profissões e/ou especialidades.

• Constitui-se como apoio especializado na própria Atenção Básica, mas NÃO é ambulatório de especialidades ou serviço hospitalar.

• Recebe a demanda por negociação e discussão compartilhada com as equipes que apoia, e não por meio de encaminhamentos impessoais.

• Deve estar disponível para dar suporte em situações programadas e também imprevistas.

• Possui disponibilidade, no conjunto de atividades que desenvolve, para realização de atividades com as equipes, bem como para atividades assistenciais diretas aos usuários (com indicações, critérios e fluxos pactuados com as equipes e com a gestão).

• Realiza ações compartilhadas com as equipes de Saúde da Família (eSF), o que não significa, necessariamente, estarem juntas no mesmo espaço/tempo em todas as ações.

• Ajuda as equipes a evitar ou qualificar os encaminhamentos realizados para outros pontos de atenção.

• Ajuda a aumentar a capacidade de cuidado das equipes de Atenção Básica, agrega novas ofertas de cuidado nas UBS e auxilia a articulação com outros pontos de atenção da rede.

Alternativa: B.

**Para abordar a atenção domiciliar, estudaremos a seguinte normativa:**

**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.

Art. 1º Esta Portaria redefine a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.

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

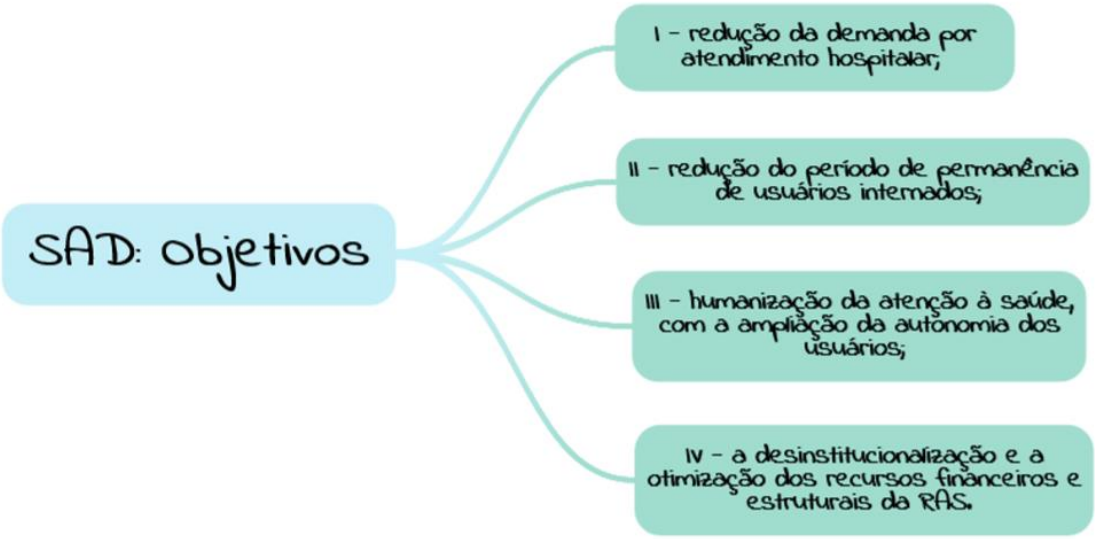
[só pra variar, tem mil definições 😉]

**I - Atenção Domiciliar (AD):** modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, **paliação e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados;**

**II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD):** serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); e

**III - cuidador:** pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar.

Art. 3º




**Art. 4º A AD seguirá as seguintes diretrizes:**

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

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

III - adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e

IV - estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do(s) cuidador(es).

**Qual é a indicação da AD** 😊

Art. 5º A AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, paliação, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.

**Essas modalidades aparecem como uma salada na prova. Memorize as diferenças.** 😊

Art. 6º A AD será organizada em três modalidades:

I - Atenção Domiciliar 1 (AD 1);

II - Atenção Domiciliar 2 (AD 2); e

III - Atenção Domiciliar 3 (AD 3).

[...]

Art. 7º Nas três modalidades de AD, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição:

I - trabalhar em equipe multiprofissional integrada à RAS;

II - identificar, orientar e capacitar o(s) cuidador(es) do usuário em atendimento, envolvendo(s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o(s) como sujeito(s) do processo;

III - acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários, familiares ou cuidadores;

IV - promover espaços de cuidado e de trocas de experiências para cuidadores e familiares;

V - utilizar linguagem acessível, considerando o contexto;

VI - pactuar fluxos para atestado de óbito, devendo ser preferencialmente emitido por médico da EMAD ou da Equipe de Atenção Básica do respectivo território;

VII - articular, com os demais estabelecimentos da RAS, fluxos para admissão e alta dos usuários em AD, por meio de ações como busca ativa e reuniões periódicas; e

VIII - participar dos processos de educação permanente e capacitações pertinentes.

**[O grau de cuidados necessários é crescente entre as modalidades 😉]**

Art. 8º Considera-se elegível, na modalidade AD 1, o usuário que, tendo indicação de AD, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores.

§ 1º A prestação da assistência à saúde na modalidade AD 1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso.

§ 2º As equipes de atenção básica que executarem as ações na modalidade AD 1 devem ser apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ambulatórios de especialidades e centros de reabilitação.

**Art. 9º Considera-se elegível na modalidade AD 2 o usuário que, tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente:**

I - afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação;

II - afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal;

III - necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou

IV - prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.

Art. 10. Considera-se elegível, na modalidade AD 3, usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD 2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.

[...]

Art. 12. Ao usuário em AD acometido de intercorrências agudas será garantido atendimento, transporte e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 (vinte e quatro) horas/dia, previamente definidas como referência para o usuário.

Art. 13. A admissão de usuários dependentes funcionalmente, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), será condicionada à presença de cuidador(es) identificado(s).

**Art. 14. Será inelegível para a AD o usuário que apresentar pelo menos uma das seguintes situações:**

**[isso cai! 😉]**

Perceba o quanto essas situações demandam necessidade hospitalar

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, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento.

**[um dos critérios de exclusão ☹]**

**Art. 15. O descumprimento dos acordos assistenciais entre a equipe multiprofissional e o usuário, familiar(es) ou cuidador(es) poderá acarretar a exclusão do usuário do SAD, ocasião na qual o atendimento do usuário se dará em outro serviço adequado ao seu caso, conforme regulação local.**

**Art. 16. As equipes que compõem o SAD são:**

I - Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), que pode ser constituída como: a) EMAD Tipo 1; ou b) EMAD Tipo 2; e

II - Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).

§ 1º A EMAD e a EMAP devem ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme as normativas de cadastramento vigentes.

§ 2º 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. 17. A EMAD terá a seguinte composição mínima:**

**I - EMAD Tipo 1:**

a) profissional(is) médico(s) com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;

b) profissional(is) enfermeiro(s) com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;

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

d) profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho por equipe;

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

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

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

**Perceba que médico e enfermeiro, na EMAD 1, fala em somatório e na EMAD 2, fala da carga horária individual.**

[lembre-se que esta é a equipe de apoio 😉]

Art. 18. A EMAP terá composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos entre as ocupações listadas a seguir, cuja soma das CHS de seus componentes será de, no mínimo, 90 (noventa) horas de trabalho:

I - assistente social;

II - fisioterapeuta;

III - fonoaudiólogo;

IV - nutricionista;

V - odontólogo;

VI - psicólogo;

VII - farmacêutico; ou

VIII - terapeuta ocupacional.

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

**[territorialidade 😉]**

Art. 19. O SAD será organizado a partir de uma base territorial, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida e se relacionará com os demais serviços de saúde que compõem a RAS, em especial com a atenção básica, atuando como matriciadores dessas equipes, quando necessário.

§ 1º A EMAD realizará atendimento, no mínimo, 1 (uma) vez por semana a cada usuário.

§ 2º A EMAP será acionada somente a partir da indicação clínica da EMAD, para dar suporte e complementar suas ações.

§ 3º Durante o período em que o usuário estiver sob os cuidados do SAD, a equipe de atenção básica de sua referência deverá compartilhar o cuidado, participando na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) daquele usuário.

§ 4º O SAD deverá articular-se com os outros serviços da RAS, principalmente hospitais, serviços de urgência e Atenção Básica, buscando evitar demanda direta dos usuários.

**Art. 20. 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 esclarecimento e reponsabilidade.**

[...]

Art. 22. Estima-se, em média, o atendimento de 60 (sessenta) usuários para cada EMAD Tipo 1 e 30 (trinta) usuários para cada EMAD Tipo 2, mensalmente.

[...]

Art. 24. As equipes contarão com infraestrutura especificamente destinada para o seu funcionamento que contemple:

I - equipamentos;

II - material permanente e de consumo;

III - aparelho telefônico; e

V - veículo(s) para locomoção das equipes.

[...]

Art. 25. São requisitos para habilitação do SAD:

I - população municipal igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, com base na população mais recente estimada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

II - hospital de referência no Município ou região a qual integra; e

III - cobertura de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) habilitado e em funcionamento.

[...]

**Art. 26. Os Municípios com população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes poderão solicitar habilitação de EMAD Tipo 1.**

Art. 27. Municípios com população inferior a 40.000 (quarenta mil) habitantes poderão solicitar habilitação de EMAD Tipo 2, individualmente, se tiverem população entre 20.000 (vinte mil) e 39.999 (trinta e nove mil e novecentos e noventa e nove) habitantes ou por meio de agrupamento, no caso daqueles com menos de 20.000 (vinte mil) habitantes.

Art. 28. Municípios com população igual ou maior que 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes, poderão solicitar a segunda EMAD e, sucessivamente, 1 (uma) nova EMAD a cada 100.000 (cem mil) novos habitantes.

[...]

Art. 34. O incentivo financeiro de custeio para a manutenção do SAD será distribuído da seguinte forma:

I - R$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) por mês para cada EMAD tipo 1;

II - R$ 34.000,00 (trinta e quatro mil reais) por mês para cada EMAD tipo 2; e

III - R$ 6.000,00 (seis mil reais) por mês para cada EMAP.

**Parágrafo único. O incentivo financeiro será repassado mensalmente do Fundo Nacional de Saúde para o fundo de saúde do ente federativo beneficiado.**

[...]

Art. 36. O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos financeiros definidos nesta Portaria nas seguintes situações:

I - inexistência ou desativação do estabelecimentos de saúde em que as EMAD e EMAP estiverem sediadas;

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 para a Atenção Básica (SISAB), ou outro que o substitua, por três competências seguidas.

[...]

Art. 38. 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. Ficam revogadas:

I - a Portaria nº 963/GM/MS, de 27 de maio de 2013, publicada no DOU nº 101, Seção 1, do dia seguinte, p. 30;

II - a Portaria nº 1.208/GM/MS, de 18 de junho de 2013, publicada no DOU nº 116, Seção 1, do dia seguinte, p. 37;

III - a Portaria nº 1.505/GM/MS, de 24 de julho de 2013, publicada no DOU nº 142, Seção 1, do dia seguinte, p. 33; e

IV - a Portaria nº 2.290/GM/MS, de 21 de outubro de 2014, publicada no DOU nº 204, Seção 1, do dia seguinte, p. 39.

## QUESTÕES 😉

QUESTÕES PARA MEMORIZAÇÃO

Ano: 2018 Banca: Prefeitura de Fortaleza – CE Órgão: Prefeitura de Fortaleza - CE

A Atenção Domiciliar (AD) está organizada em três modalidades: Atenção Domiciliar 1 (AD1), Atenção Domiciliar 2 (AD2), e Atenção Domiciliar 3 (AD3). Considera-se elegível, na modalidade AD2, o usuário que tendo indicação de AD:

A requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais.

B necessite de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade.

C possa ter garantia de hospitalização.

D possa abreviar ou evitar hospitalização.

Resposta

Art. 9º Considera-se elegível na modalidade AD 2 o usuário que, tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente:

I - afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação;

II - afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal;

III - necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou

IV - prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.

Alternativa: D.

Ano: 2017 Banca: PUC-PR Órgão: Prefeitura de Fazenda Rio Grande - PR

A atenção domiciliar é uma importante dimensão do cuidado na APS. Entre os objetivos da atenção domiciliar estão o acompanhamento domiciliar e a vigilância domiciliar. Assinale a alternativa CORRETA relacionada ao tema.

A O acompanhamento domiciliar acontece quando o paciente necessita de cuidados frequentes e programáveis com a equipe de saúde, como no caso de idosos com dificuldade de locomoção.

B A vigilância domiciliar refere-se exclusivamente aos casos de pacientes com doenças infecto contagiosas que não podem acessar a Unidade de Saúde.

C Pacientes com possibilidade de locomoção não devem receber atenção domiciliar porque isso aumenta a sobrecarga da equipe de saúde.

D A visita por demanda do Ministério Público a crianças e idosos em situação de vulnerabilidade relaciona-se ao objetivo de acompanhamento domiciliar.

E As visitas a pacientes com transtorno mental agudizados e famílias em vulneráveis relacionam-se ao objetivo de vigilância em domicílio.

Resposta

Art. 5º A AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, paliação, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.

Alternativa: A.

Ano: 2018 Banca: Prefeitura de Fortaleza - CE Órgão: Prefeitura de Fortaleza - CE

O Sistema de Atenção Domiciliar (SAD) tem como objetivo:

A aumentar a demanda de atendimento hospitalar, melhorando o atendimento domiciliar.

B aumentar o período de internação de pacientes para diminuir riscos de complicações domiciliares.

C diminuir a autonomia dos usuários para que o profissional de saúde possa orientar corretamente sobre a melhor forma de atendimento.

D humanizar o atendimento e a atenção à saúde, propiciando o melhor acolhimento do paciente.

Resposta Perceba o quão incoerente são as demais, além da assertiva que fala da humanização.

Alternativa: E.

Ano: 2013 Banca: VUNESP Órgão: MPE-ES

No âmbito do Sistema Único de Saúde, prevê-se que o atendimento domiciliar e a internação domiciliar

A serão realizados por equipes multidisciplinares, nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

B poderão ser autorizados por profissional psicólogo, desde que acompanhados da expressa concordância do paciente e de sua família.

C são exclusivos de profissionais médicos, sendo vedado a psicólogos, assistentes sociais e fonoaudiólogos.

D são de responsabilidade da iniciativa privada concebida como serviço complementar, dado seu alto custo.

E estão previstos no âmbito da medicina reabilitadora, com equipes de médicos, psicólogos e fisioterapeutas.

Resposta

Estão previstas no SUS, regulamentada pelo decreto 825/16 e conta com atendimento integral mediante equipe multidisciplinar.

Alternativa: A.

Ano: 2018 Banca: Prefeitura de Fortaleza - CE Órgão: Prefeitura de Fortaleza - CE

De acordo com a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, que redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas, considera-se cuidador:

A pessoa que acompanha o usuário sem estabilidade clínica no tratamento médico, podendo ou não desempenhar as funções de atendente pessoal.

B pessoa que cuida de um usuário da sua própria família e responde juridicamente por suas escolhas no âmbito do tratamento em saúde, também denominado cuidador informal.

C pessoa que realiza a função de cuidar mediante uma remuneração e trabalha na moradia da pessoa doente ou idosa ou numa Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)

D 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.

Resposta

Exatamente como contido na norma: III - cuidador: pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar.

Alternativa: D.

Ano: 2018 Banca: Prefeitura de Fortaleza - CE Órgão: Prefeitura de Fortaleza - CE

De acordo com a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, que redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas, no seu Art. Art. 6º, a atenção domiciliar (AD) será organizada em três modalidades (AD 1, AD 2 e AD 3). Assinale a alternativa correta quanto a essas modalidades.

A As equipes de atenção básica que executarem as ações na modalidade AD 1 devem ser apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ambulatórios de especialidades e centros de reabilitação.

B A prestação da assistência à saúde na modalidade AD 3 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso.

C Considera-se elegível na modalidade AD 1 o usuário que, tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação.

D Considera-se elegível, na modalidade AD 2, usuário que necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de

maior complexidade, usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.

Resposta

a) CERTA.

b) Errada. Trata-se da AD 1.

C) Errada. Trata-se da AD 2.

D) Errada. Trata-se da AD 3.

Alternativa: A.

# ESSA LEI TODO MUNDO CONHECE:
# PIRATARIA É CRIME.

**Mas é sempre bom revisar o porquê e como você pode ser prejudicado com essa prática.**

1. Professor investe seu tempo para elaborar os cursos e o site os coloca à venda.

2. Pirata divulga ilicitamente (grupos de rateio), utilizando-se do anonimato, nomes falsos ou laranjas (geralmente o pirata se anuncia como formador de "grupos solidários" de rateio que não visam lucro).

3. Pirata cria alunos fake praticando falsidade ideológica, comprando cursos do site em nome de pessoas aleatórias (usando nome, CPF, endereço e telefone de terceiros sem autorização).

4. Pirata compra, muitas vezes, clonando cartões de crédito (por vezes o sistema anti-fraude não consegue identificar o golpe a tempo).

5. Pirata fere os Termos de Uso, adultera as aulas e retira a identificação dos arquivos PDF (justamente porque a atividade é ilegal e ele não quer que seus fakes sejam identificados).

6. Pirata revende as aulas protegidas por direitos autorais, praticando concorrência desleal e em flagrante desrespeito à Lei de Direitos Autorais (Lei 9.610/98).

7. Concurseiro(a) desinformado participa de rateio, achando que nada disso está acontecendo e esperando se tornar servidor público para exigir o cumprimento das leis.

8. O professor que elaborou o curso não ganha nada, o site não recebe nada, e a pessoa que praticou todos os ilícitos anteriores (pirata) fica com o lucro.

**Deixando de lado esse mar de sujeira, aproveitamos para agradecer a todos que adquirem os cursos honestamente e permitem que o site continue existindo.**