

A SEGURANÇA DO HOSPITAL NO **CONFORTO DO SEU LAR** 

> BRASÍLIA-DF 2013



# ATENÇÃO DOMICILIAR

## **MANUAL INSTRUTIVO**







## SUMÁRIO

1. Atenção Domiciliar	01
2. Organização da Atenção Domiciliar segundo a Portaria GM/MS nº 963 de 27	7 de maio de
2013	02
3. Atenção Domiciliar e a constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS)	05
4. Princípios da Atenção Domiciliar de acordo com a Portaria GM/MS nº 963 de 2	?7 de maio de
2013	06
5. Critérios de Inclusão nas Modalidades de Atenção Domiciliar	07
6. Adesão ao Componente Atenção Domiciliar da Rede de Atenção às Urgências	08
7. Condições para habilitação	09
8. Monitoramento & Avaliação/Sistemas de Informação	10
ANEXO A - Roteiro técnico para elaboração do detalhamento do compone	ente atenção
domiciliar do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências	13
ANEXO B - Roteiro técnico para elaboração do Projeto de Implantação do	Programa de
Atenção Domiciliar	15

#### 1. Atenção Domiciliar

A demanda por melhorias na qualidade da atenção e por cuidado integral à saúde, além do envelhecimento da população associada à transição epidemiológica que vem ocorrendo no país têm fortalecido estratégias, mecanismos e práticas inovadoras de cuidado em saúde com destaque para o surgimento de formas de cuidar próximas ao domicílio, como Estratégia de Saúde da Família, os serviços de atendimento domiciliar terapêutico destinados a pacientes com HIV/ Aids, propostas de cuidados paliativos domiciliares, entre outros (MERHY, 2010).

Os serviços de atenção domiciliar surgiram na década de 1960 e vêm se multiplicando no Brasil mais intensamente a partir da década de 1990, criando a necessidade de regulamentação de seu funcionamento e de implantação de políticas públicas com o objetivo de incorporar sua oferta às práticas institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) (MERHY, 2010).

A atenção domiciliar consiste numa modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

Assim, o ambiente domiciliar e as relações familiares aí instituídas, que diferem da relação estabelecida entre equipe de saúde e paciente, tendem a humanizar o cuidado, (re) colocando o usuário no lugar mais de *sujeito* do processo e menos de *objeto* de intervenção.

Segundo Feuerwerker & Merhy (2008), a casa possibilita um novo "espaço de cuidado" que "pode remeter a uma identificação e proximidade do cuidador para além da função técnica e da instituição hospitalar". Este novo local permite um leque de opções na produção do cuidado e uma maior autonomia para a família do usuário (CARVALHO, 2009)

Vale ressaltar, que o cuidado aqui referido não é entendido como um nível de atenção do sistema, nem como um procedimento simplificado, mas como uma ação integral.

A Atenção Domiciliar foi instituída pela portaria 2.029 de 24 de agosto de 2011 que foi substituída pela portaria 2.527 de 27 de outubro de 2011 e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação tripartite que contou com vários momentos nos quais, Ministério da Saúde e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), respectivamente, consideraram o acúmulo das experiências concretas realizadas no cotidiano do SUS e da política direcionada à internação domiciliar vigente antes desta portaria.

Com o objetivo de permitir que os municípios com menor porte populacional também pudessem ter implantados em seu território serviços de atenção domiciliar com o apoio do Ministério da Saúde, foi publicada nova portaria (GM 2.527 de 27 de outubro de 2011), que redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS e a portaria (GM 1.533 de 16 de julho de 2012), que altera e acresce dispositivos a portaria 2.527/2011.

Recentemente, a possibilidade dos municípios aderirem ao Melhor em Casa foi universalizada através da Portaria 963 de 27 de maio de 2013 que revogou e substituiu as Portarias 2.527/2011 e 1.533/2012.

# 2. Organização da Atenção Domiciliar segundo a Portaria 963 de 27 de maio de 2013

A AD, no âmbito do SUS, deverá ser organizada em três modalidades, definidas a partir da caracterização do paciente cuidado e do tipo de atenção e procedimentos utilizados para realizar o cuidado dos mesmos:

**AD1:** destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde.

**AD2:** destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção.

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

Os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) são serviços substitutivos ou complementares à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

Podem existir dois tipos de EMAD:

**TIPO 1**: São aquelas que compõem o SAD nos municípios > 40mil habitantes. Composta por:

- a) Profissionais médicos, com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas;
  - b) Profissionais enfermeiros, com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas;
- c) Profissional fisioterapeuta **e/ou** assistente social, com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas;
- d) Auxiliares/técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas;
- <u>TIPO 2</u>: São aquelas que compõem o SAD nos municípios com população entre 20 mil e 40mil habitantes. Sua composição é igual a EMAD Tipo 1 com carga horária diferente:
  - a) Profissional médico, com carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 20 (vinte) horas;
  - b) Profissional enfermeiro, com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas;
- c) 1 (um) fisioterapeuta com carga horária de mínima de trabalho de 30 horas por semana ou 1 (um) **ou** assistente social com carga horária mínima de trabalho de 30 horas por semana; e
- d) Auxiliares/técnicos de enfermagem, com somatório de cargas horárias de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas;

OBS: Os municípios de menor porte populacional poderão se associar para atingir população maior ou igual a 20 mil habitantes, podendo contar com 01 (uma) EMAD Tipo 2 e com EMAP, mediante aprovação técnica do Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar e/ou Detalhamento do Componente Atenção Domiciliar do Plano de Atenção às Urgências e Emergências e aprovação na CIB e CIR (mais detalhes no Item 6 deste Manual).

A prestação da assistência na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês.

A prestação de assistência à saúde nas modalidades AD2 e AD3 é de responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), ambas designadas para esta finalidade., por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por semana.

Para a admissão de usuários dependentes funcionalmente (segundo Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF) nas modalidades AD2 e AD3 é fundamental a presença de cuidador identificado.

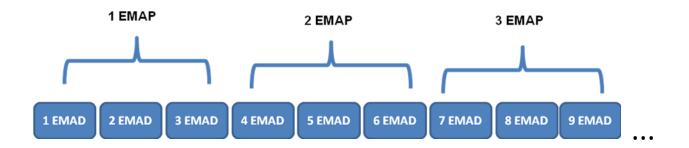
Nas modalidades AD2 e AD3, deverá ser garantido transporte sanitário e retaguarda de unidades assistenciais de funcionamento 24 horas, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências.

Os Serviços de Atenção Domiciliar deverão obedecer a lógica da adscrição de clientela.

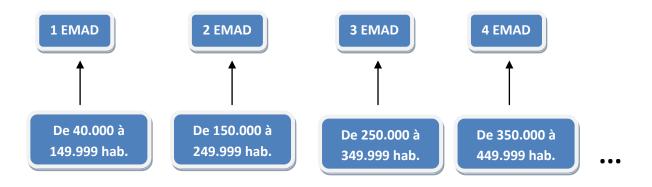
A EMAD deverá atender a uma população adstrita de 100 mil habitantes, com base no local de residência do usuário, e poderá estar alocada nos diversos tipos de serviços de atenção à saúde tais como hospital, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades Básicas de Saúde (UBS), devendo estar vinculada administrativamente ao SAD, não devendo haver superposições de EMAD em uma mesma base territorial ou populacional. Nos casos de municípios com população entre 20 mil e 100 mil habitantes, a população a adstrita à EMAD deve ser a totalidade dos habitantes do município.

Para dar suporte e complementar as ações de saúde da atenção domiciliar, quando clinicamente indicadas, será designada 1 (uma) EMAP.

Podemos resumir que todos os municípios com uma EMAD implantada poderão implantar uma EMAP e a cada 03 (três) EMAD a mais, fará jus à possibilidade de implantar mais uma EMAP, de acordo com o diagrama abaixo:



O município ao atingir a população de 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes, poderá constituir uma segunda EMAD e poderá constituir, sucessivamente, uma nova EMAD a cada 100.000 (cem mil) novos habitantes, de acordo com o diagrama abaixo:



Fica facultada a organização do SAD a partir de arranjos diferenciados compostos por EMADs responsáveis pelo cuidado de pacientes com características específicas, podendo-se, nesses casos, adscrever usuários de uma base territorial mais ampla que o território de 100 mil habitantes.

#### 3. Atenção Domiciliar e a constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS)

Os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) - e as equipes que o compõem - têm o papel de, além de cuidar dos pacientes no domicílio, ajudar a fazer a gestão do cuidado dos mesmos e realizar a articulação dos pontos de atenção de modo a ampliar a resolutividade e a integralidade do cuidado.

Neste sentido, os pacientes que se beneficiarão da atenção domiciliar deverão ser identificados, a partir de protocolos específicos pactuados localmente, por diferentes equipes em diferentes estabelecimentos de saúde. Desta forma, podemos ter várias situações:

- Assim, uma ESF pode indicar a inserção de um idoso acamado em decorrência de seqüela de AVC, inserido na modalidade AD1, e que evoluiu com pneumonia comunitária, na modalidade AD3 sob cuidados de uma EMAD;
- Da mesma forma, um politraumatizado que dá entrada numa UPA, mas que tem condições de ter os cuidados necessários realizados no domicílio pode ser inserido na modalidade AD2 e passar a ser cuidado por uma EMAD com apoio de uma EMAP.
- Por outro lado, um paciente que está hospitalizado pode ter condições e indicação de concluir/continuar o plano de cuidados em casa, inserido na modalidade AD3, sob os cuidados de uma EMAD.

Como foi exemplificado, poderemos ter, então, três origens principais do paciente que se beneficiará com a atenção domiciliar:

- Atenção Básica;
- Serviço de Atenção às Urgências e Emergências;
- Hospital;

As duas últimas estão mais legitimadas e "visam a uma redução da demanda por atendimento hospitalar ou à redução do período de permanência dos pacientes internados", além de uma preocupação com uma humanização da atenção (Rehem & Trad, 2005). Além disso, pretende-se integrar, cada vez mais, a atenção domiciliar à atenção básica, representando um potente recurso para o cuidado dos pacientes de acordo com sua necessidade.

Nesta mesma lógica, podemos ainda classificar a atenção domiciliar, de acordo com o tipo de serviço que a indica, em:

- **Pré-hospitalar:** quando a AD é a indicada como alternativa à internação hospitalar, que seria a única opção nas localidades onde a AD não existisse. Neste caso, as equipes de atenção básica e as equipes que trabalham nas portas de urgência e emergência têm o papel de indicar a AD e acionar a EMAD para a condução do caso.
- **Pós-hospitalar:** quando a AD é indicada como alternativa segura e preferível para dar continuidade aos cuidados iniciados no hospital durante uma internação hospitalar. Neste caso, a equipe que trabalha no hospital tem o papel de indicar a AD e acionar a EMAD para a condução do caso.

Em ambas as situações, é essencial a articulação estreita entre os pontos de atenção. Esta articulação é mediada por várias questões e ferramentas, tais quais, **regulação** estruturada, o estabelecimento de **protocolos** clínicos que ajudem a definir a indicação da AD e a modalidade a qual o paciente estará inserido, e a **capacidade de comunicação** entre as equipes e os serviços, de modo que tenhamos uma "rede quente", viva, que consiga dar respostas em tempo oportuno, de forma qualificada e resolutiva.

Por fim, ressaltamos que, para o bom funcionamento da atenção domiciliar como um modelo substitutivo e humanizador das práticas de saúde, é essencial uma atenção básica qualificada e resolutiva. Mesmo quando o paciente está inserido na modalidade AD2 ou AD3, isto é, quando a equipe de atenção básica não é a responsável direta pelo cuidado do paciente em AD, esta deve acompanhar e apoiar a EMAD e a EMAP no cuidado, caso o paciente em atenção domiciliar faça parte da sua população adscrita. Assim, quando o paciente estabiliza e migra da modalidade AD2 ou AD3 para a modalidade AD1, a equipe de atenção básica deve assumir a responsabilidade sobre o seu cuidado. Os serviços de AD que não contam com a retaguarda da atenção básica, acabam sobrecarregados com o cuidado de pacientes crônicos, mas estáveis, que deveriam estar sob os cuidados das equipes de atenção básica. Isso diminui a resolutividade do SAD, pois os pacientes mais complexos e geralmente cronificados (modalidade AD3), nunca recebem "alta" dos cuidados da equipe de atenção domiciliar, mesmo que já estejam estáveis e possam ser acompanhados pela atenção básica, isto é, a taxa de permanência está sempre elevada, gerando um ciclo vicioso.

#### 4. Princípios da Atenção Domiciliar

A Atenção Domiciliar deve seguir as seguintes diretrizes:

- I ser estruturado na perspectiva das redes de atenção à saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial;
- II articular com os outros níveis da atenção à saúde, com serviços de retaguarda e incorporado ao sistema de regulação;
- III ser estruturado de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência;
- IV estar inserido nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência;
- V adotar modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e
- VI estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador.

#### 5. Critérios de Inclusão nas Modalidades de Atenção Domiciliar

#### • Critérios de inclusão na modalidade AD1:

- I apresentar problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde;
- II necessitar de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, e de menor frequência, dentro da capacidade de

atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); e

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

#### • Critérios de inclusão na modalidade AD2:

- I demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros;
- II dependência de monitoramento frequente de sinais vitais;
- III necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade;
- IV adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia;
- V adaptação do usuário ao uso de órteses/próteses;
- VI adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias;
- VII acompanhamento domiciliar em pós-operatório;

- VIII reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento frequente, até apresentarem condições de frequentarem serviços de reabilitação;
- IX uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica;
- X acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso;
- XI necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória;
- XII- necessidade de cuidados paliativos;
- XIII necessidade de medicação endovenosa ou subcutânea;

#### Critérios de inclusão na modalidade AD3:

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

- I existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para cuidados na modalidade AD2; e
- II necessidade do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos/procedimentos:
- a) Suporte Ventilatório não invasivo:
- i. Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP);
- ii. Pressão Aérea Positiva por dois Níveis (BIPAP);
- b) diálise peritoneal; e
- c) paracentese.
- São critérios para não inclusão no SAD, em qualquer das três modalidades, a presença de pelo menos uma das seguintes situações:
- I necessidade de monitorização contínua;
- II necessidade de assistência contínua de enfermagem;
- III necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência;
- IV necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou
- V necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva continua.

#### 6. Adesão ao Programa melhor em Casa

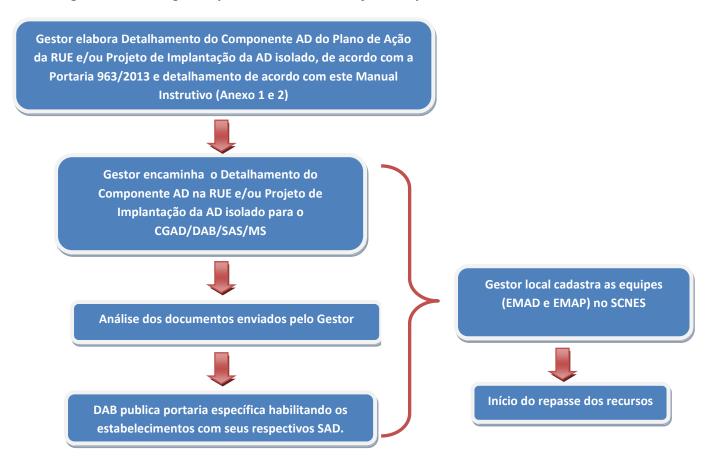
Para adesão ao componente Atenção Domiciliar da Rede de Atenção às Urgências, o gestor local deve encaminhar ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS) o **Detalhamento do Componente Atenção Domiciliar do Plano** 

de Ação da Rede de Atenção às Urgências (ANEXO A) e/ou o Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar (ANEXO B) para análise técnica.

Importante afirmar que este processo poderá estar desatrelado à elaboração do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências, previsto na Portaria 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, mas deverá ser incorporado ao mesmo em momento oportuno.

Abaixo, segue Fluxograma descrevendo as etapas da adesão

Fluxograma 1 - Fluxograma para Adesão, Habilitação e Repasse de Recursos



### 7. Condições para habilitação

Quantidade de EMAD e EMAP proposta deve obedecer aos parâmetros estabelecidos:

- a) Descrição do funcionamento do SAD, coerente com os princípios da atenção domiciliar;
- b) Apresentação dos estabelecimentos de saúde que sediarão as equipes, com os respectivos número do CNES;

- c) Descrição da inserção do SAD na Rede de Atenção à Saúde, incluindo a sua grade de referência, de forma a assegurar: a) retaguarda de especialidades; b) métodos complementares de diagnóstico, c) internação hospitalar. Será exigida:
  - Existência de SAMU ou serviço de atendimento móvel de atenção às urgências;
  - Existência de hospital de referência\* no município ou na região metropolitana que ele integra;
  - Existência de retaguarda laboratorial e diagnóstica.
- \* hospital que possua mais de 60 leitos, abrangendo as clínicas básicas ou que possua UTI ou que esteja habilitado em oncologia.
- d) Existência de Plano de Qualificação do Cuidador e de Educação Permanente das EMAD e EMAP;
- e) Existência de mobiliário, veículo e equipamentos.

## 8. Monitoramento & Avaliação/Registro das Ações Ambulatoriais em Saúde - Atenção Domiciliar

Os procedimentos produzidos pelas equipes (EMAD e EMAP) deverão ser informados no Registro das Ações Ambulatoriais em Saúde - Atenção Domiciliar (RAAS-AD), ou outro que o substituir, sendo importante e condicionante para acompanhamento, repasse dos recursos e cálculo dos indicadores. Para monitoramento, acompanhamento e avaliação locais, apresentamos os indicadores a seguir:

Tabela 1 - Indicadores sugeridos

Indicador	Descrição	Tipo	Método de Cálculo	Fonte
Capacidade Total de Pacientes Atendidos/mês na Atenção Domiciliar	Avaliar a capacidade do SAD de acompanhamento de usuários no determinado período.	Monitoramento	Soma do número total de Pacientes atendidos pelo SAD, em determinado local, no período de 30 dias.	RAAS-AD (SIA)
Capacidade Total de Internações Domiciliares/mês na Atenção Domiciliar	Avaliar a capacidade do SAD de realizar internações domiciliares no determinado período. Considerando a possibilidade de um paciente gerar mais de uma internação domiciliar, em determinado período.	Monitoramento	Soma do número total de Internações Domiciliares realizadas pelo SAD, em determinado local, no período de 30 dias.	RAAS-AD (SIA)
Proporção de entrada em AD	Avaliar a capacidade de admissão de pacientes em AD2 e AD3 pelas equipes do SAD	Monitoramento	Número de total de entradas (admissões e readmissões) geradas no SAD em determinado local no período de 30 dias / Número total de Internações Domiciliares no mesmo período x 100	RAAS-AD (SIA)
Proporção de saída em	Avaliar a totalidade de pacientes que saíram	Monitoramento	Número de total de saídas	RAAS-AD

AD	(alta clinica, atenção basica, urgência/emergência, etc.) do SAD em determinado local e período.		geradas no SAD em determinado local no período de 30 dias / Número total de Internações Domiciliares no mesmo período x 100	(SIA)
Média de Visitas Domiciliares do Serviço de Atenção Domiciliar	Avaliar a oferta de cuidados aos usuários em atenção domiciliar através da capacidade das equipes em realizar as visitas domiciliares.	Monitoramento	Número de Visitas Domiciliares realizadas pela EAD, em determinado local e período / Número de usuários acompanhados pela mesma EAD, em determinado período e local.	RAAS-AD (SIA)
Proporção de Usuários com mínimo de 1 visita domiciliar/semana	Avaliar a oferta de cuidados aos usuários em atenção domiciliar através da proporção de usuários que receberam o número mínimo de visitas domiciliares.	Monitoramento	Número de usuários que receberam no mínimo 4 visitas pela EAD, em determinado local e período / Número de usuários acompanhados pela mesma EAD	RAAS-AD (SIA)
Média de Permanência dos Usuários no Serviço de Atenção Domiciliar	Monitorar o tempo médio de permanência do paciente em AD	Monitoramento	Somatório do tempo de permanência de todos os pacientes em AD em determinado local e período/N° de pacientes em AD no mesmo local e periodo	RAAS-AD (SIA)
Proporção de internações domiciliares geradas na Atenção Básica (código 02)	Avaliar prevalência de usuários AD2 e AD3 encaminhados pela Atenção Básica, possibilitando avaliar a adequação do encaminhamento e a integração com a rede de saúde;	Monitoramento	Número de Intern. Domiciliares, geradas no SAD, com origem na AB, em determinado local e período (RAAS)/ Número total de internações domiciliares geradas pelo SAD, em determinado local e período X 100.	RAAS-AD (SIA)
Proporção de internações domiciliares geradas nos Serviços de Urgência/emergência (código 01)	a. Medir o impacto da atenção domiciliar na capacidade de "descongestionar" as portas de urgência/emergência b. Avaliar a habilidade da urgência/emergência em direcionar pacientes com perfil de AD2 e AD3 para Atenção Domiciliar; c. Avaliar a capacidade do SAD em estabalecer fluxo/parceria com este ponto de atenção.	Monitoramento	Número de Internações Domiciliares, geradas <b>no SAD</b> , com origem nos Serviços de Urgência, em determinado local e período / Número total de internações domiciliares geradas em determinado local e período X 100.	RAAS-AD (SIA)
a. Medir o impacto da atenção domiciliar em promover a desospitalização; b. Avaliar a habilidade da equipe hospitalar em direcionar pacientes com perfil de AD2 e AD3 para Atenção Domiciliar; c. Avaliar a capacidade do SAD em estabalecer fluxo/parceria com este ponto de atenção.		Monitoramento	Número de Internações Domiciliares, geradas no SAD, com origem em Serviços Hospitalares, em determinado local e período / Número total de internações domiciliares geradas no SAD, em determinado local e período X 100	RAAS-AD (SIA)
Proporção de óbitos declarados no domicílio	Avaliar a qualidade da assistência, humanização, os fluxos pactuados do SAD e a rede para garantir o atestado de óbito quando ocorrer no domicílio.	Monitoramento	N° de óbitos atestados no domicilio pelo médico da EMAD / Número total de óbitos de usuários acompanhados pela mesma EMAD, em determinado local e período x 100	RAAS-AD (SIA)
Taxa de internação hospitalar nas primeiras 48h em AD	Avaliar o número de pacientes que necessitaram de internação hospitalar nas primeiras 48h de admissão em AD	Monitoramento	N° de pacientes que necessitaram de internação hospitalar nas primeiras 48h após admissão na AD / N° total de pacientes em AD x	RAAS-AD (SIA)

				100	
Proporç ão de alta em AD	Proporção de alta clínica realizada pelo SAD	Analisar a proporção de usuários em AD que receberam alta por melhora clínica dentro do universo de saídas de usuários em AD;	Monitoramento	Número de Pacientes que receberam Alta Clínica do SAD, em determinado local e período / Número total de pacientes que saíram do SAD, no mesmo local e período X 100	RAAS-AD (SIA)
	Proporção de alta para Atenção Básica realizada pelo SAD	Analisar a proporção de usuários em AD que receberam alta para cuidados domiciliares da atenção básica dentro do universo de usuários que saíram do SAD num local e período; b. capacidade de articulação com a Rede de Atenção à Saúde.	Monitoramento	Número de Pacientes que receberam Alta do SAD para Atenção Básica (AD1), em determinado local e período / Número total de pacientes que saíram do SAD, no mesmo local e período X 100	RAAS-AD (SIA)
Proporção de saída para urgência/emergência e Hospitalizações		Analisar a proporção de usuários em AD que necessitaram de atendimento de urgência/emergência e/ou realizaram internação hospitalar dentro do universo de usuários que saíram do SAD num local e período; Analisar a capacidade de articulação e retaguarda da Rede de Urgência e Emergência.	Monitoramento	Número de Pacientes com saída do SAD para a urgencia/emergência e hospitais, em determinado local e período / Número total de pacientes que saíram do SAD, no mesmo local e período X 100	RAAS-AD (SIA)
Proporção de pacientes em AD por agravo/condição Ex: 1) Cuidados paliativos; b) Oxigenoterapia; c) Ventilação Mecânica não invasiva d) Feridas crônicas; d) Diálise Peritonial; etc.		Analisar o perfil de morbidade de pacientes em Atenção Domiciliar no SAD por agravo/situação	Monitoramento	N° de pacientes em AD por agravo ou condição, em determinado local e período / N° total de pacientes do SAD no mesmo período X 100	RAAS-AD (SIA)

## Os ANEXOS 1 e 2 deverão, preferencialmente, ter Fonte Times New Roman, Tamanho 12, espaçamento 1,5

#### **ANEXO A**

## ROTEIRO TÉCNICO PARA ELABORAÇÃO DO DETALHAMENTO DO COMPONENTE ATENÇÃO DOMICILIAR DO PLANO DE AÇÃO REGIONAL DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Para credenciamento (habilitação) do Serviço de Atenção Domiciliar, o Gestor deverá apresentar a CGAD/DAB/SAS/MS, o Detalhamento do Componente de Atenção Domiciliar do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e/ ou Projeto de atenção domiciliar isolado que deverá conter os quesitos expostos neste manual.

Caso o proponente seja a Secretaria Estadual de Saúde ou uma associação de municípios que somem população maior ou igual a 20 mil habitantes, o projeto deve ser aprovado pela Comissão Intergestores Regional – CIR e pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB.

Para o início do repasse dos recursos, as equipes devem estar contratadas e devidamente cadastradas no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimento de Saúde (SCNES).

Segue roteiro sistematizado abaixo:

- 1. <u>Diagnóstico Situacional Simplificado do Município (simplificado máximo de 2 páginas)</u>: Caracterização do município a partir de dados sócio demográficos, da descrição dos serviços de saúde existentes, e do perfil epidemiológico municipal ou regional, com problematização e justificativas para implantação da política.
- Objetivos do Projeto: Apresentação clara das pretensões da gestão do sistema, traduzidos em impactos esperados.

#### 3. Características Técnicas do Programa de Atenção Domiciliar:

- 3.1 Quantidade de Serviços de Atenção Domiciliar, Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) que serão criados e/ou ampliados;
- 3.2 Estabelecimentos de Saúde inscritos no SCNES, aos quais os Serviços de Atenção Domiciliar estão vinculados.
- 3.3 Quadro de Pessoal dos Serviços de Atenção Domiciliar, contendo os nomes e registros profissionais dos trabalhadores, alem da carga horária dos profissionais.

- 3.4 Descrição do funcionamento do SAD, com garantia de cobertura de 12 (doze) horas diárias, inclusive nos finais de semana e feriados;
- 3.5 Descrição do cronograma de implantação, caso as equipes ainda não exitam;
- 3.6 Mobiliário, equipamentos e veículos para locomoção das equipes EMAD e EMAP;
- 3.7 Vinculação com as Unidades de Atenção Básica e de Especialidades e de Diagnóstico Complementar de referência formal dos Serviços de Atenção Domiciliar.
- 3.8 Vinculação com Unidades de Urgência e Emergência de referência formal dos Serviços de Atenção Domiciliar.
- 3.9 Modelo de Prontuário (preferencialmente deve ser único e referente à unidade de vinculação dos Serviços de Atenção Domiciliar).
- 3.10 Descrever o programa de qualificação do cuidador;
- 3.11 Descrever o programa de educação permanente para as equipes de EMAD e EMAP;
- 4. Proposta Local de Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação: a proposta de avaliação e acompanhamento deve ser local, mas observando, minimamente, os indicadores sugeridos neste Manual.

#### **ANEXO B**

Roteiro técnico para elaboração do PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR:

Município/UF		
População		
Coordenador/Referência Técnica da Atenção Domiciliar		
Contato (tel + email)		
	SMS	
Proponente	SES	
	DF	
N° de EMAD propostas		
N° de EMAP propostas		
As equipes propostas já estão em	SIM	
funcionamento	NÃO	
Equipes + trabalhadores que as compõem	TABELA 1	
Cobertura da AD no município (N° de pessoas cobertas pelas EMAD/População Total do Município x 100		
	SAMU Municipal	
Existência de SAMU	Está localizado na abrangência de SAMU regional	
	Possui serviço móvel de atenção às urgências	
Existência de Hospital Regional	SIM	
(Só assinalar caso o município possua mais de 100 mil habitantes)	NÃO	
Localizado em Região Metropolitana (Só assinalar caso o município possua	SIM	
população entre 40 mil e 100 mil habitantes)	NÃO	

### Tabela 1 (ANEXO B)

SAD	EQUIPE	PROFISSIONAIS
		Profissional médico + Carga Horária Semanal
Nome do SAD +	Nome da	(CHS)
Estabelecimento no qual	EMAD	Profissional de Enfermagem + CHS
está/estará sediado com o		Profissional de fisioterapia ou da assistência social +
n° do CNES		снѕ
		Técnicos ou auxiliar de enfermagem + CHS
Nome dos SAD a que a		1° profissional + CHS
EMAP estará vinculada +	Nome da	2° profissional+ CHS
Estabelecimento no qual o EMAP		3°profissional+ CHS
SAD estará sediado com n°		
do CNES + nome da(s)		Outros (decisão do gestor local)
EMAD que apoiará		