Manual de Instrução

Melhor em Casa

A SEGURANÇA DO HOSPITAL NO CONFORTO DO SEU LAR

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 do 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.

2. Organização da atenção domiciliar segundo a Portaria 2.527

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. 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.

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. A prestação de assistência à saúde na modalidade AD2 é de responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), ambas designadas para esta finalidade.

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 contínuo e uso de

equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde. A prestação de assistência à saúde na modalidade AD2 é de responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), ambas designadas para esta finalidade.

Para a admissão de usuários nas modalidades AD2 e AD3, é fundamental a presença de cuidador identificado.

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

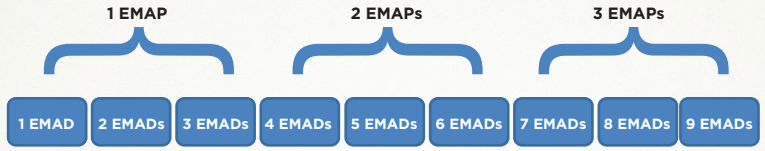
Recomenda-se que os Serviços de Atenção Domiciliar obedeçam à lógica da adscrição de clientela.

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 40 mil e 100 mil habitantes, a população 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 3 (três) EMADs a mais, fará jus à possibilidade de implantar mais uma EMAP, de acordo com o diagrama abaixo:



3. Composição das equipes EMAD e EMAP

EMAD:

I – 2 (dois) médicos(as) com carga horária mínima de 20 horas semanais ou 1 (um) médico(a) com carga horária de 40 horas semanais;

II – 2 (dois) enfermeiros(as) com carga horária mínima de 20 horas semanais ou 1 (um) enfermeiro(a) com carga horária de 40 horas semanais;

III – 1 (um) fisioterapeuta com carga horária mínima de 30 horas por semana ou 1 (um) assistente social com carga horária mínima de 30 horas por semana; e

IV - 4 (quatro) auxiliares/técnicos de enfermagem com carga horária de 40 horas por semana.

EMAP:

Uma EMAP será constituída por, no mínimo, 3 (três)

profissionais de saúde de nível superior, com carga horária semanal mínima de 30 horas, eleitos entre as seguintes categorias:

- assistente social;

- fisioterapeuta;

- fonoaudiólogo;

- nutricionista;

- odontólogo;

- psicólogo;

- farmacêutico; e

- terapeuta ocupacional.

4. 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.

Nesse 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 sequela 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 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 a 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 indicada como alternativa à internação hospitalar, que seria a única opção nas localidades onde a AD não existe. 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 uma regulação estruturada, o estabelecimento de protocolos clínicos que ajudem a definir a indicação da AD e a modalidade à 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.

5. Princípios da atenção domiciliar de acordo com a Portaria 2.527

A atenção domiciliar deve seguir as seguintes diretrizes:

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

II - articular com os outros níveis da atenção à saúde, com os serviços de retaguarda e incorporada ao sistema de regulação;

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

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

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

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

6. 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 a 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 paciente e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia;

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

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

VII - acompanhamento domiciliar em pós-operatório;

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

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

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

XI - necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória;

XII - necessidade de cuidados paliativos;

XIII - necessidade de medicação endovenosa ou subcutânea; ou

XIV - necessidade de fisioterapia semanal.

Critérios de inclusão na modalidade AD3:

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

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

a) oxigenoterapia e suporte ventilatório não invasivo (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas – CPAP, Pressão Aérea Positiva por Dois Níveis – BIPAP, Concentrador de O2);

b) diálise peritoneal; 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 contínua.

7. Adesão ao componente atenção domiciliar da Rede de Atenção às Urgências

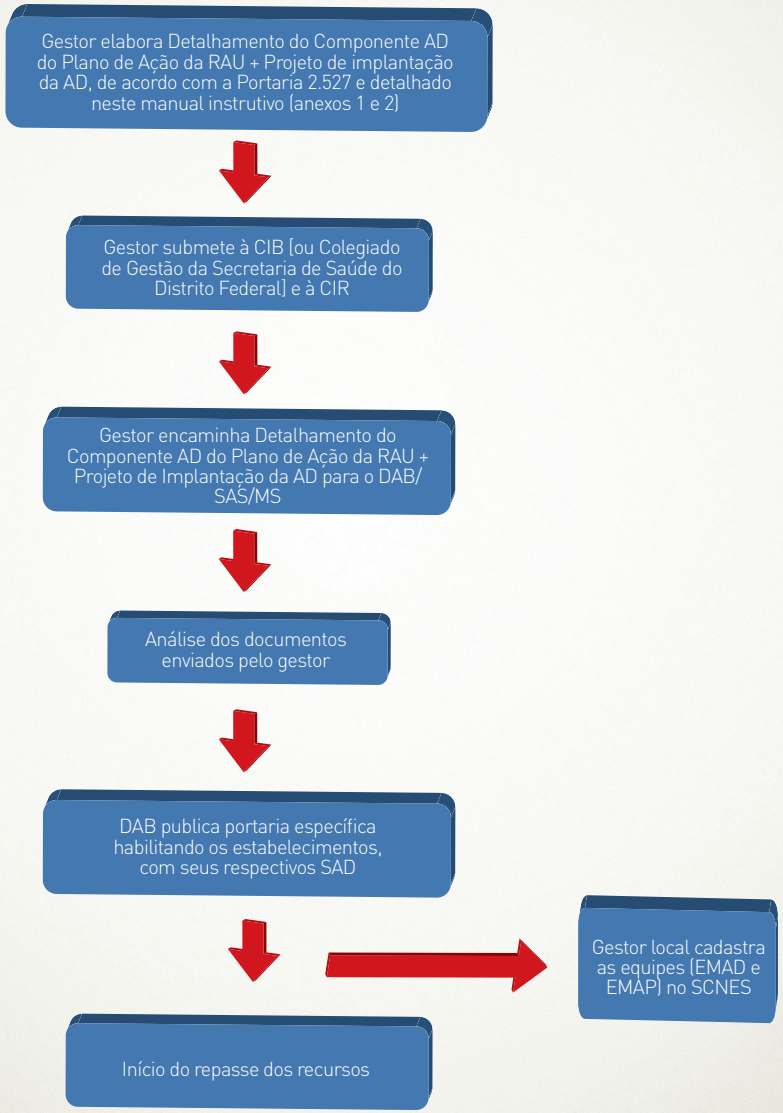
Para adesão ao componente atenção domiciliar da Rede de Atenção às Urgências, o gestor local deve encaminhar ao Ministério da Saúde o Detalhamento do Componente Atenção Domiciliar do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências (ANEXO 1) e o Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar (ANEXO 2).

O Detalhamento do Componente Atenção Domiciliar do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências deve ser aprovado por resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (no caso do Distrito Federal) e pela Comissão Intergestores Regional (CIR), quando esta existir.

Importante afirmar que este processo poderá estar desatrelado da 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.

Segue fluxograma descrevendo as etapas da adesão:

I. Fluxograma para Adesão, Habilitação e Repasse de Recursos



8. Condições para habilitação

a) Quantidade de EMAD e EMAP proposta deve obedecer aos parâmetros estabelecidos;

b) Para os municípios com população entre 40 mil e 100 mil habitantes, ele necessariamente deverá estar localizado em região metropolitana;

c) Descrição do funcionamento do SAD, coerente com os princípios da atenção domiciliar;

d) Apresentação dos estabelecimentos de saúde que sediarão as equipes, com os respectivos número do CNES;

e) 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;

f) existência de Plano de Qualificação do Cuidador e de Educação Permanente das EMAD e EMAP;

g) existência de mobiliário, veículo e equipamentos.

* Hospital que possua mais de 60 leitos, abrangendo as clínicas básicas ou que possua UTI ou que esteja habilitado em oncologia.

9. Monitoramento e Avaliação/Sistemas de Informação

Conforme descrito na Portaria 2.527, os procedimentos produzidos pelas equipes (EMAD e EMAP) deverão ser informados no SIA e SIH, sendo importante para acompanhamento, repasse dos rescursos e cálculo dos indicadores. Para monitoramento, acompanhamento e avaliação locais, apresentamos os indicadores abaixo:

I - Indicadores da RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006 (devem constar, necessariamente, no Detalhamento do Componente AD do Plano de Ação da RAU);

II - Indicadores propostos.

I. Indicadores da RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006

Nº	Indicador	Fórmula e unidade	Frequência e produção
1	Taxa de mortalidade para a modalidade internação domiciliar	(Número de óbitos de pacientes em internação domiciliar no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês) *100 [%]	Mensal
2	Taxa de internação após atenção domiciliar	(Número de pacientes em atenção domiciliar que necessitaram de internação hospitalar no mês / Todos os pacientes que receberam atenção domiciliar no mês) *100 [%]	Mensal
3	Taxa de infecção para a modalidade internação domiciliar	(Número de pacientes em internação domiciliar com episódios de infecção no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês) *100 [%]	Mensal
4	Taxa de alta da modalidade assistência domiciliar	(Número de pacientes em assistência domiciliar que receberam alta no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade assistência domiciliar no mês) *100 [%]	Mensal
5	Taxa de alta da modilidade internação domiciliar	(Número de pacientes em internação domiciliar que receberam alta no mês / Todos os pacientes que receberam atenção na modalidade internação domiciliar no mês) *100 [%]	Mensal

1 - Pacientes que receberam atenção domiciliar no mês: considerar o número de pacientes do dia 15 de cada mês.

II. Indicadores sugeridos

Denominação	Tipo	Conceituação	Método de cálculo	Objetivo	Parâmetro	Fontes
1. Média de pacientes acompanhados pelas EMADs	Processo	Número médio de pacientes acompanhados pelas EMADs	N° de pacientes acompanhados pelas EMADs sobre o número de EMADs existentes, em determinado local e período	Avaliar se o número de pacientes acompanhados está adequado à média preconizada na Portaria 2.527, de 2011 (60 pacientes)	60 X nº de equipes	Numerador: Cadastro local de pacientes acompanhados Denominador: CNES
2. Média de permanência geral no SAD	Processo	Tempo médio de permanência de pacientes acompanhados pelos SADs	Tempo de permanência de pacientes em dias sobre o total de pacientes acompanhados pelos SADs, em determinado local e período	Avaliar a resolutividade do SAD, que envolve processos de EP, capacidade de envolver e promover autonomia do paciente e do cuidador, funcionamento em rede, envolvimento das EMADs	Parâmetro será construído através do acompanhamento da média de permanência alcançada nas localidades	Numerador: SIH-SUS Denominador: Cadastro local de pacientes acompanhados
3. Média de permanência numa EMAD	Processo	Tempo médio de permanência de pacientes acompanhados pelas EMADs	Tempo de permanência de pacientes em dias sobre o total de pacientes acompanhados pelas EMADs, em determinado local e período	a. Avaliar a resolutividade da EMAD, que envolve processos de EP, capacidade de promover autonomia do paciente e do cuidador, funcionamento em rede, capacidade da EMAD de encaminhar para AD1; b. Avaliar a rotatividade de pacientes nos SADs	O parâmetro será construído com o acompanhamento da média de permanência alcançada nas localidades	Numerador: SIH-SUS Denominador: Cadastro local de pacientes acompanhados
4. Taxa de internações domiciliares geradas nas urgências/ emergências	Processo	% de intern. domiciliares e hospitalares geradas nas urgências/ emergências comparando com as intern. hospitalares em clínica médica geradas na mesma urgência/ emergência	Número de intern. domiciliares X 100 sobre o número de internações hospitalares geradas por estabelecimento de urgência/ emergência, em determinado local e período	a. Medir diretamente o impacto da atenção domiciliar na capacidade de aliviar a porta de urgência; b. Avaliar a habilidade da urgência/emergência em direcionar pacientes com perfil de AD2 e AD3 para atenção domiciliar; c. Capacidade dos SADs em absorver essa demanda	>20% no 1º ano (parâmetro poderá ser readequado ao longo do tempo com acompanhamento da taxa de intern. domiciliares geradas nas urgências/ emergências nas localidades)	Numerador: SIA/SIH-SUS Denominador: SIH-SUS

Denominação	Tipo	Conceituação	Método de cálculo	Objetivo	Parâmetro	Fontes
5. Taxa de internação domiciliar	Resultado	Percentual de pacientes em internação hospitalar e que concluirão/ continuarão seu cuidado em domicílio	Número de pacientes em internação domiciliar X 100 sobre o número total de pacientes em internação hospitalar, em determinado local e período	a. Verifica se a quantidade de intern. domiciliares aumenta em relação às internações hospitalares. Sua variação está relacionada com a média de permanência hospitalar e com a taxa de infecções hospitalares; b. Avaliar a habilidade e a capacidade do SAD em absorver a demanda de busca ativa para a desospitalização de pacientes com perfil de AD2 e AD3	> 20% no 1º ano (parâmetro poderá ser readequado ao longo do tempo com o acompanhamento da taxa de internações domiciliares geradas nas urgências/emergências nas localidades)	Numerador: Cadastro local de pacientes em internação domiciliar Denominador: SIH-SUS
6. Média de visitas por paciente	Processo	Número médio de visitas realizadas ao paciente por EMAD	N° total de visitas para cada paciente sobre n° de semanas ou meses que o paciente foi acompanhado	a. Avaliar a gravidade do caso e a possibilidade de alta da modalidade AD1; b. Indicar se o caso está adequado à modalidade utilizada e se a equipe funciona razoavelmente	a. Para a AD1: 1 VD mensal no mínimo; b. Para a AD2 e AD3: 1 VD semanal, pelo menos Obs.: Se menor que 4 por mês, indica possibilidade de acompanhamento pela AD1	Numerador: SIA-SUS (se mês) Denominador: Semanas ou Meses
7. Razão populacional por EMAD(s) implantada(s)	Estrutura	Relação entre população coberta pela(s) EMAD(s) implantada(s)	Número de pessoas cobertas pela(s) EMAD(s) implantada(s) sobre o número de EMAD, em determinado local e período	Identificar o número da população coberta pela(s) EMAD(s) para planejamento de implantação em áreas estratégicas	1 EMAD para cada 100.000 habitantes	Numerador: Cadastro local de pessoas cobertas Denominador: CNES

*** Donabedian (1978).**

ANEXO 1

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

Para credenciamento e implantação do Programa Local de Atenção Domiciliar, o gestor deverá apresentar ao DAB/SAS/MS, o Detalhamento do Componente de Atenção Domiciliar do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências, aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB e pela Comissão Intergestores Regional – CIR. Deverá conter os quesitos expostos neste manual e sistematizados no roteiro a seguir:

1. Diagnóstico Situacional Simplificado do Município (simplificado – máximo de 2 páginas): caracterização do município a partir de dados sociodemográficos, da descrição dos serviços de saúde existentes e do perfil epidemiológico municipal ou regional, com problematização e justificativas para implantação da política.

2. 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;

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 mobiliário, equipamentos e veículos para locomoção das equipes EMAD e EMAP;

3.6 unidades de atenção básica e de especialidades e de diagnóstico complementar de referência formal dos Serviços de Atenção Domiciliar;

3.7 unidades de urgência e emergência de referência formal dos Serviços de Atenção Domiciliar;

3.8 modelo de prontuário (preferencialmente deve ser único e referente à unidade de vinculação dos Serviços de Atenção Domiciliar);

3.9 descrever o programa de qualificação do cuidador;

3.10 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, porém, o conjunto mínimo de indicadores estabelecido pela RDC nº 11 da ANVISA, de 26 de janeiro de 2006, é referência obrigatória para manutenção de um conjunto mínimo de informações acerca dos serviços.

ANEXO 2

ROTEIRO TÉCNICO PARA ELABORAÇÃO DO PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Município/UF	
População	
Coordenador/Referência Técnica da Atenção Domiciliar	
Contato (tel + email)	
Proponente	SMS
	SES
	DF
N° de EMADs propostas	
N° de EMAPs propostas	
As equipes propostas já estão em funcionamento	SIM
	NÃO
Equipes + trabalhadores que as compõem	TABELA 1
Cobertura da AD no município (N° de pessoas cobertas pelas EMADs/População Total do Município x 100)	

Existência de SAMU	SAMU municipal
	Está localizado na abrangência de SAMU regional
	NÃO
Existência de hospital regional (só assinalar caso o município possua mais de 100 mil habitantes)	SIM
	NÃO
Localizado em região metropolitana (só assinalar caso o município possua população entre 40 mil e 100 mil habitantes)	SIM
	NÃO

SAD	EQUIPE	PROFISSIONAIS
Nome do SAD + estabelecimento no qual está/estará sediado, com o n° do CNES	Nome da EMAD	Nome do profissional médico
		Nome do profissional de enfermagem
		Nome do profissional de fisioterapia ou da assistência social
		4 técnicos ou auxiliares de enfermagem
Nome dos SAD a que a EMAP estará vinculada + estabelecimento no qual o SAD estará sediado com n° do CNES + nome da(s) EMAD(s) que apoiará	Nome da EMAP	1° profissional
		2° profissional
		3° profissional
		Outros... (decisão do gestor local)

Peças promocionais:

Agenda

Bloco de notas

Caneta

Jaleco

Mochila e bolsa

Doblô

Gol

Kombi

Uno

Adesivo

Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL

PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA