

# IIª Oficina de SC para implementação do Programa MELHOR EM CASA

**Mariana B Dias**  
**CGAD/DAB/MS**

**19 de Novembro de 2013**



**Melhor em Casa**



Ministério da  
Saúde



A CASA E O CUIDADO.....

---

**SIGNIFICADOS**



A casa é nosso canto no mundo.

A casa abriga o devaneio, a casa abriga o sonhador, a casa permite sonhar em paz.

A casa é uma das maiores forças de integração para os pensamentos, as lembranças e os sonhos do homem.

Sem a casa o ser humano seria disperso, jogado no mundo...

(Gaston Bachelard, in *A Poética do espaço*)



**A Casa é um dos arquétipos mais importantes da psique humana...muito mais que uma realidade física feita de paredes e telhado.**

**Casa é uma experiência existencial primitiva, ligada ao que há de mais precioso na vida humana, que é a relação afetiva entre os que a habitam. (L.Boff)**



**Cuidar é relacionar-se** amorosamente com o outro... É ordenar nossos atos para o bem do outro. Cuidado é assim o norteador antecipado de todo o comportamento, para que seja justo, incluyente e humano. (L. Boff)

# PORQUE UMA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR??

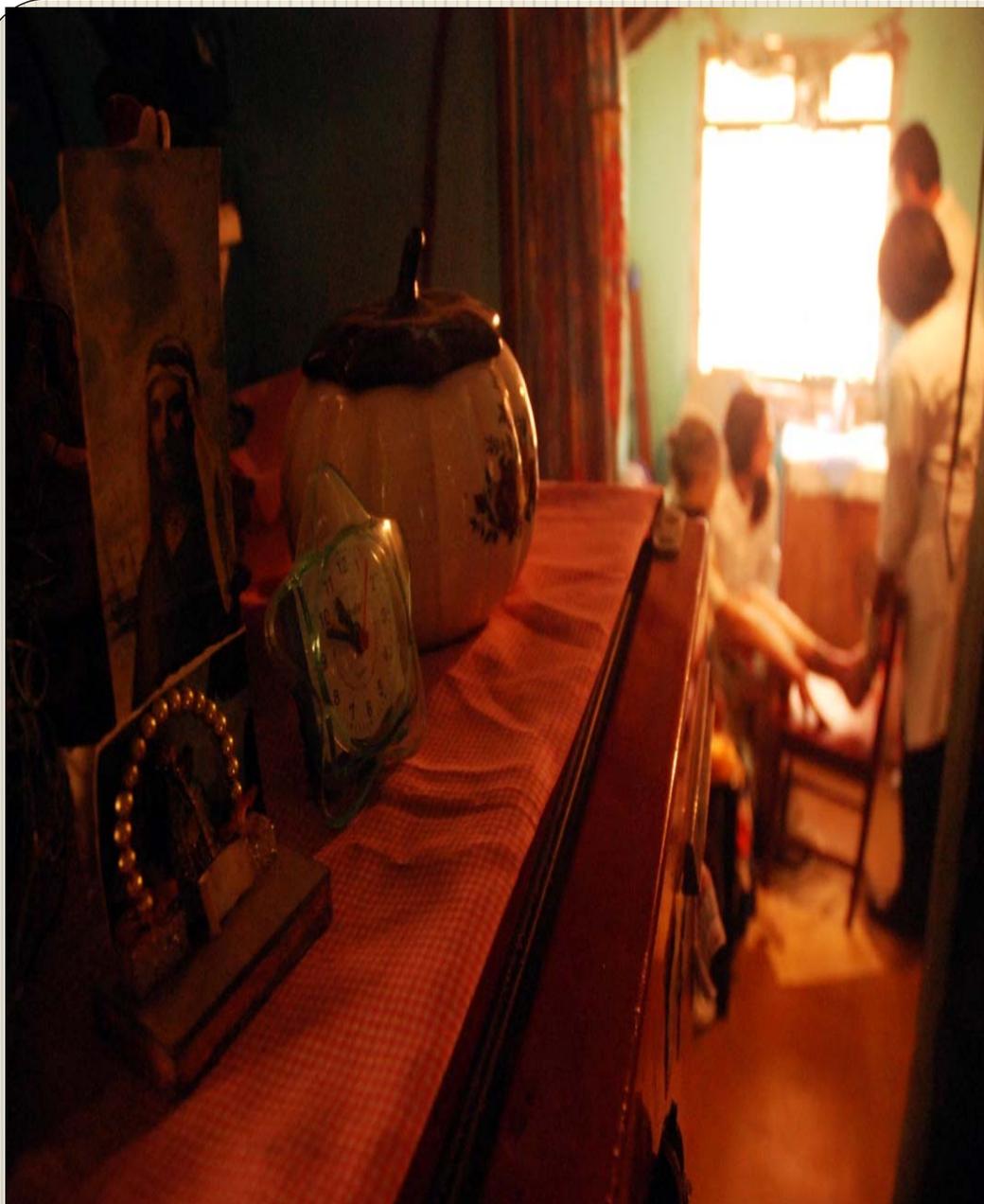


Melhor em Casa  
A SEGURANÇA DO HOSPITAL NO  
CONFORTO DO SEU LAR



Ministério da  
Saúde





Porque somente dentro do ambiente domiciliar é que a equipe de Saúde pode perceber a dimensão completa do indivíduo - **que deixa de ser apenas biológico para ser biográfico** - e a partir daí possibilitar ações mais sistêmicas e efetivas na melhoria da qualidade de vida deste, de sua família e comunidade.

# Acreditamos no diferencial da Atenção Domiciliar!!

Para muito além do adoecimento e suas implicações acabamos por partilhar da vida doméstica, com todos os seus projetos, anseios e sentidos.



# Assim...

Captar estas peculiaridades para entender  
as verdadeiras necessidades destas pessoas, sabendo  
como intervir positivamente sobre todo este contexto  
para gerar saúde

**é a tarefa primordial  
do MELHOR EM CASA.**

## Singularidade da Atenção Domiciliar:

É um processo de trabalho de alta complexidade, múltiplo, interdisciplinar, intersetorial e interprofissional.

Exige “revolução cultural” para ser gerador de novas possibilidades concretas de assistência.

Permite compreensão da multiplicidade e do sofrimento humano, com vistas à inclusividade e produção da cidadania.

(Laura Macruz, pesquisadora UFRJ)



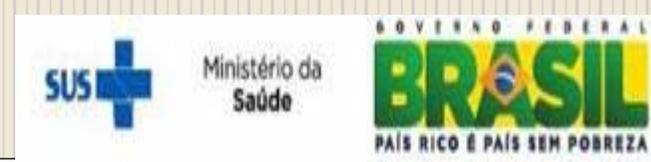


2008/03/02

# Complexidade da AD:

Trabalhar com famílias em situação de vulnerabilidade, atender pessoas em privação de mobilidade, construir redes de apoio a cuidadores extenuados, executar em domicílio planos terapêuticos baseados em evidência científica de ponta: de simples este cuidado não tem nada.

(Eno Dias de Castro Filho/RS)





Ministério da Saúde



# A novidade maior da ATENÇÃO DOMICILIAR

**A incorporação no SUS de  
UM NOVO LUGAR e  
NOVOS ATORES**

# A produção do cuidado:

Atenção centrada na doença

Ênfase na medicina curativa

O indivíduo como objeto da ação

Atenção centrada na Saúde

Ênfase na integralidade do cuidado

O indivíduo como sujeito, integrado à família e comunidade



**Melhor em Casa**



Ministério da Saúde



# A produção do cuidado:

**Saber e poder centrado no profissional de saúde**

**Saber e poder compartilhado (usuário/equipe/família)**

**Baixa capacidade de resolver problemas**

**Otimização da capacidade de resolver problemas**

**Produção do cuidado em local tradicional e reconhecido**

**Local não reconhecido até então como território de produção de Saúde e atuação profissional**



**Melhor em Casa**



Ministério da Saúde





A grande substituição:

do modelo centrado no hospital, no curativo e no médico, para outro centrado na casa, no usuário e na família, na sua capacitação para a autonomia, na prevenção. Sempre com projeto terapêutico conjunto (usuário+família+equipe).

# Por princípio, é um programa inclusivo...



***Onde se cuida?  
Onde as pessoas vivem e fabricam suas redes de existência!!***

**(Prof Emerson Merhy,  
Rio, julho/2012)**



BRASIL 2013

**PORQUE É TÃO  
INTERESSANTE A  
INCORPORAÇÃO DA ATENÇÃO  
DOMICILIAR EM AMBITO  
NACIONAL?**



Ministério da  
Saúde



## Causas da expansão mundial do cuidado domiciliar:

Crescimento e investimento em AD bem acima da média dos demais setores!!

1. Resposta à mudança do padrão demográfico e epidemiológico;
2. Resposta qualificada às insuficiências do modelo hospital centrado, inclusive para as saídas das portas de urgência;
3. racionalização: leitos, custos, fluxos;
4. humanização/personalização do cuidado/reabilitação/promoção da autonomia;
5. vínculo/resolubilidade.

# Justificativas para AD no Brasil

- Superlotação das portas de urgência
- Demanda crescente de internações, desproporcional ao número de leitos oferecidos;
- Necessidade de alternativa terapêutica para pacientes de baixa e média complexidade;



Insuficiência de leitos para casos mais complexos!



# SUS e Atenção Domiciliar:

- A necessidade de reposicionamento missional dos hospitais é premente, e a proposta da AD é decisiva para um reordenamento interno de toda a rede de assistência em Saúde.
- A AD na construção de portas de saída que produzam, mesmo que a médio e longo prazo, **DESINSTITUCIONALIZAÇÃO** com ganhos crescentes de autonomia para o usuário, e conseqüentemente, sua família e comunidade.

## *A urgência de se reorganizar todo o sistema...*

*“O Sistema de Saúde brasileiro, sobretudo o setor hospitalar, é organizado sobretudo para prover atendimento a casos agudos, em estabelecimentos isolados...é inadequado para lidar com a crescente incidência de doenças crônicas, que requer estruturas de tratamento integrado e contínuo, envolvendo múltiplos prestadores.” (in: Desempenho hospitalar no BRASIL- em busca da excelencia .La Forgia e Couttolenc, 2009)*



***Ou seja: necessita-se articulação e efetivo funcionamento em rede!***

# Com a Atenção Domiciliar é possível:

- A oferta de um atendimento qualificado visando à humanização da atenção à saúde ,com a preservação dos vínculos familiares;
- A ampliação da autonomia dos usuários e familiares, para o cuidado à saúde;
- A redução do períodos de internação hospitalar, viabilizando a disponibilização de leitos hospitalares e sua melhor ocupação, além da redução da tx infecção;
- Diminuir a lotação das portas de urgência, com a saída de pacientes com perfil para atenção domiciliar;
- A redução da demanda por atendimento hospitalar;
- Otimização dos custos: oferta o mesmo cuidado utilizando menos recurso e com graus elevados de satisfação do usuário.





**Melhor em Casa**

A SEGURANÇA DO HOSPITAL NO  
CONFORTO DO SEU LAR

# **Princípios fundamentadores e Legislação em vigor**

**(Portaria GM 953 de  
27/maio/2013)**



Ministério da  
Saúde



# Atenção Domiciliar- definição:

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.**



Ministério da  
Saúde



# Princípios da Atenção Domiciliar :

- I - Ser estruturado na perspectiva das RAS;
- II – Articular com todos níveis de atenção, incorporado-se 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;
- V – Trabalho centrado em equipes multiprofissionais e interdisciplinares;
- VI - Estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e do cuidador.



# A transversalidade da AD

## Vinculado ao DAB

- O Melhor em Casa vem para reestruturar o cuidado domiciliar já existente (AD1) e incorporar uma nova opção para casos de maior complexidade (AD2 e AD3).

## Componente da RUE

- É alternativa qualificada e potente para a saída das portas de Urgência, numa progressiva desinstitucionalização do cuidado (Portaria nº1.600/GM/MS, de 7 / julho/2011)

# A que veio o Melhor em Casa

(Port 963/2013)

**O que é:** Alternativa assistencial intermediária entre At. Básica e hospital- **SUBSTITUTIVA** aos leitos de baixa e média complexidade, **COMPLEMENTAR** à rede básica.

**Como:** por equipes exclusivas e territorializadas

**Para quem:** perfil da clientela: agudos e crônicos agudizados (tempo **LIMITADO** de atendimento), ou crônicos complexos – ex “moradores de hospital e UTIs” (tempo indeterminado de atendimento).

**Para Crônicos estáveis = rede básica.**



Ministério da  
Saúde



# Composição MÍNIMA das Equipes

## EMAD tipo 1 ou 2

A equipe deverá ser composta, por profissionais das seguintes categorias, cuja somatória de cargas horárias semanais seja:

- Médicos (40hs/semanais)(ou 20=tipo 2)
- Enfermeiros (40 hs/semanais ou 30h=tipo 2)
- Fisioterapeuta ou Assistente social (30 hs/semanais)
- Técnicos ou Auxiliares de enfermagem (120 hs/semanais)

•**Parágrafo único:** Nenhum profissional componente da EMAD poderá ter carga horária semanal inferior a 20 (vinte) horas. (NR)

## EMAP

•A equipe deverá trabalhar no mínimo **90 horas semanais**, sendo composta, no mínimo, por **3 (três) profissionais de saúde de nível superior**, eleitos entre as seguintes categorias:

- Assistente social;
- Fisioterapeuta;
- Fonoaudiólogo;
- Nutricionista;
- Odontólogo;
- Psicólogo;
- Farmacêutico;
- Terapeuta ocupacional.

•**Parágrafo único:** Nenhum profissional componente da EMAP poderá ter carga horária semanal inferior a 20 (vinte) horas. (NR)

# Modalidades propostas no MELHOR EM CASA



Grupo preferencial para admissão em AD1,2 e 3:

Frágeis, restritos ao leito e ao lar.

AD 2 e 3: e que necessitem cuidados de intensidade e complexidade intermediárias entre hospital e UBS.

MODALIDADE	RESPONSÁVEL	PERFIL DO USUÁRIO	Permanência e vínculo
AD1	ESF+ NASF	Crônico, estável, pouco complexo	longa, habitualmente e definitivo
AD2	EMAD + EMAP	Agudo, crônico agudizado	Curta, transitório
AD3	EMAD+EMAP	Crônico complexo, maior uso de tecnologia	Longa, transitório ou definitivo



Ministério da Saúde



# ATENÇÃO



A mesma EMAD e EMAP realizam AD2 e AD3. A diferença é a complexidade do cuidado em termos de necessidade de TECNOLOGIAS E VISITAS MULTIPROFISSIONAIS FREQUENTES.- (Embora o paciente em AD2 seja geralmente mais agudo.)



Ministério da  
Saúde



A pergunta que não quer calar:

E onde há baixa cobertura, O SAD veio para fazer visitas onde não há PSF???



# NUNCA!!!!!!!!!!!!

Antes o MELHOR EM CASA veio para agregar, completar, ajudar a organizar, principalmente o monitoramento /cuidado com os mais frágeis e recorrentes às Urgências e hospitalizações.

A intenção de substitutividade é para os leitos de baixa complexidade dos hospitais !!

## Pontos chave:

A compreensão que não viemos para desresponsabilizar ou substituir a atenção básica no monitoramento e cuidado dos frágeis em seu território.

A admissão de pacientes não é por livre demanda nem para suprir baixa cobertura da ESF.

- “O papel do profissional de saúde é agir sobre o outro que se põe sob nosso cuidado, mas é também ajudar os outros a se ajudarem. Estimular a capacidade de as pessoas enfrentarem problemas a partir de suas condições concretas de vida”  
(Campos 2005, p. 70)  
Incentivar autonomia e autocuidado!!



**Art. 21. A prestação da assistência à saúde na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, 1 (uma) vez por mês.**

§ 1º As equipes de atenção básica que executarem as ações na modalidade AD1 serão apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e ambulatórios de especialidades e de reabilitação.

§ 2º Os equipamentos, os materiais permanentes e de consumo e os prontuários dos usuários atendidos na modalidade AD1 ficarão instalados e armazenados na estrutura física das próprias

UBS.



# PSF X SAD: diferenças do atendimento em domicílio

- Perfil do paciente: o SAD visa acolher o paciente em períodos de doenças agudas ou crônicas agudizadas, com instabilidade inicial que se não revertida levará o mesmo à hospitalização. (modalidade AD2 ) ou o crônico complexo (AD3, Ventilação mecânica por exemplo)
- Já o PSF é voltado para o crônico, restrito ao leito ou ao lar, estável clinicamente e que não demande visitas médicas frequentes. (modalidade AD1)
- Diferenças de estrutura: o SAD conta com retaguarda de transporte mais ágil, porém a retaguarda para insumos e medicações, bem como exames de média complexidade e especialidades médicas é semelhante a da rede básica, mas com priorização pelo distrito. Quando configura-se Urgência a retaguarda do SAD é feita pelas UPAs e demais portas de urgência do município.

## Exemplos de assistência domiciliar (AD1) da rede básica:

- Portador de doença crônica restritos ao leito ou restritos ao lar;
- Fase terminal (sem instabilidade);
- Idosos com dificuldade de locomoção ou morando sozinhos;
- Egressos hospitalares estáveis;
- Outros( d. mental, curativos, coleta de material para exames , administração de medicamentos ou imunobiológicos, manutenção/troca de sondas)

## Eixos de atuação dos SADs:

Como porta de saída efetiva, resolutive e humanizada dos Serviços de Urgência (“desupalização”) para casos de baixa e média complexidade passíveis de tratamento no domicílio;

Como suporte e parceiro das ESF no cuidado de pacientes agudizados no domicílio, inclusive na sistematização das visitas que já tem feito;

Promover e apoiar a desospitalização responsável e precoce, otimizando os recursos hospitalares;

# Tripé da atuação/FLUXOS



# Critérios de elegibilidade para AD

## CLINICOS

- situação do paciente
- aos procedimentos necessários ao cuidado
- frequência de visitas de que necessita

## ADMINISTRATIVOS

- Residência no território de cobertura
- Consentimento formal do paciente ou de familiar/cuidador
- Presença de cuidador SE usuário DEPENDENTE
- Concordância/encaminhamento da equipe assistente

# Perfil da clientela para o SAD(Serviço de Atenção Domiciliar) segundo Portaria 963/2013:

---



Ministério da  
Saúde



**"Art. 23. A inclusão na modalidade AD2 será baseada na análise da necessidade de saúde do usuário, tomando-se como base as situações abaixo listadas:**

- 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 contínuo, até apresentarem condições de freqüentarem 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

# Publico beneficiado: NÃO HÁ RESTRIÇÃO ETÁRIA!!



RN de baixo peso ou ictericos, crianças com sequelas/doenças neurológicas, jovens politraumatizados, puerperas, idosos centenários... Todos precisam e merecem AD!



**Art. 25. 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; ou**

**c) paracentese.**



## Perfis prevalentes na AD2 e AD3:

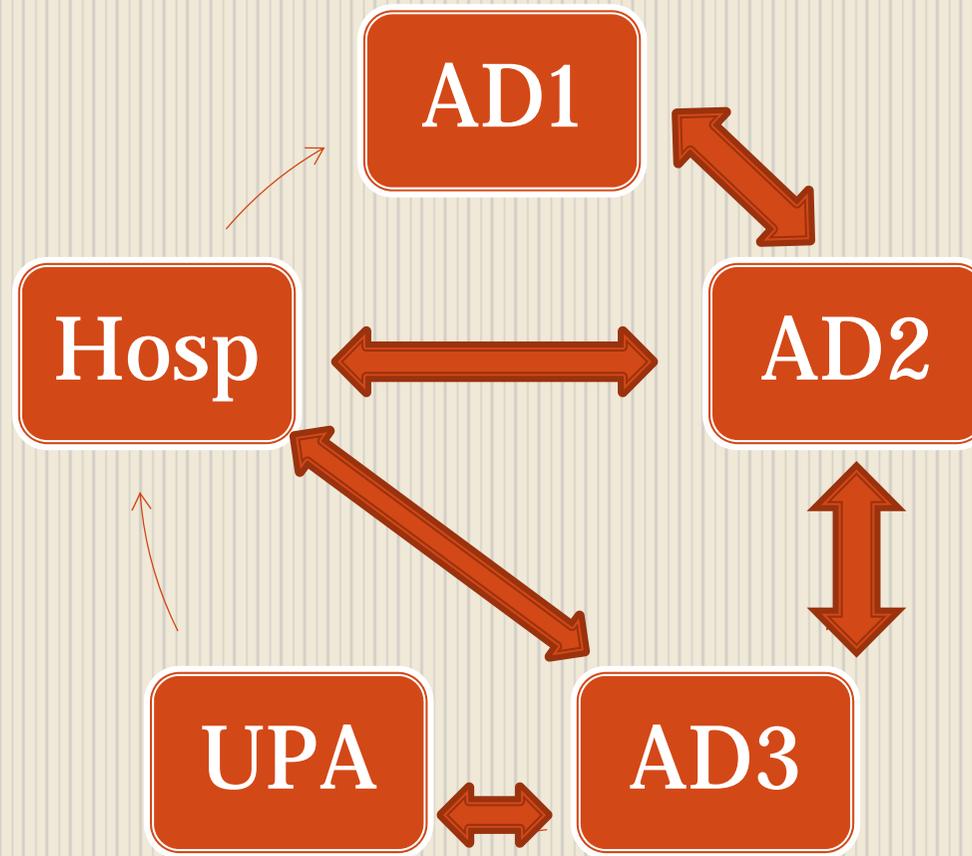
- Crônicos reagudizados (cardiopatias, síndromes de imunodeficiência adquirida, hepatopatias crônicas, neoplasia, doença pulmonar obstrutiva crônica, demência avançada, doenças terminais);
- Pós-cirúrgico imediato e tardio (cirurgias de pequeno, médio e grande porte, pós-cirurgia tardia com complicações, pós-operatório de ortopedia e traumatologia);
- tratamento de grandes úlceras;
- situações agudas (pneumonias, pielonefrites, doenças vasculares e neurológicas);
- nutrição parenteral, ventilação mecânica não invasiva e antibioticoterapia domiciliar; cuidados paliativos.

# A vida não é estática...

A possibilidade de migração entre as modalidades de atenção domiciliar é extremamente importante na redução das taxas de reinternação hospitalar e na procura às urgências, o que impacta diretamente na otimização dos fluxos na rede, além da resolutividade do cuidado.

(MS, CAD 2012)

Importante boa comunicação e bom senso!!!

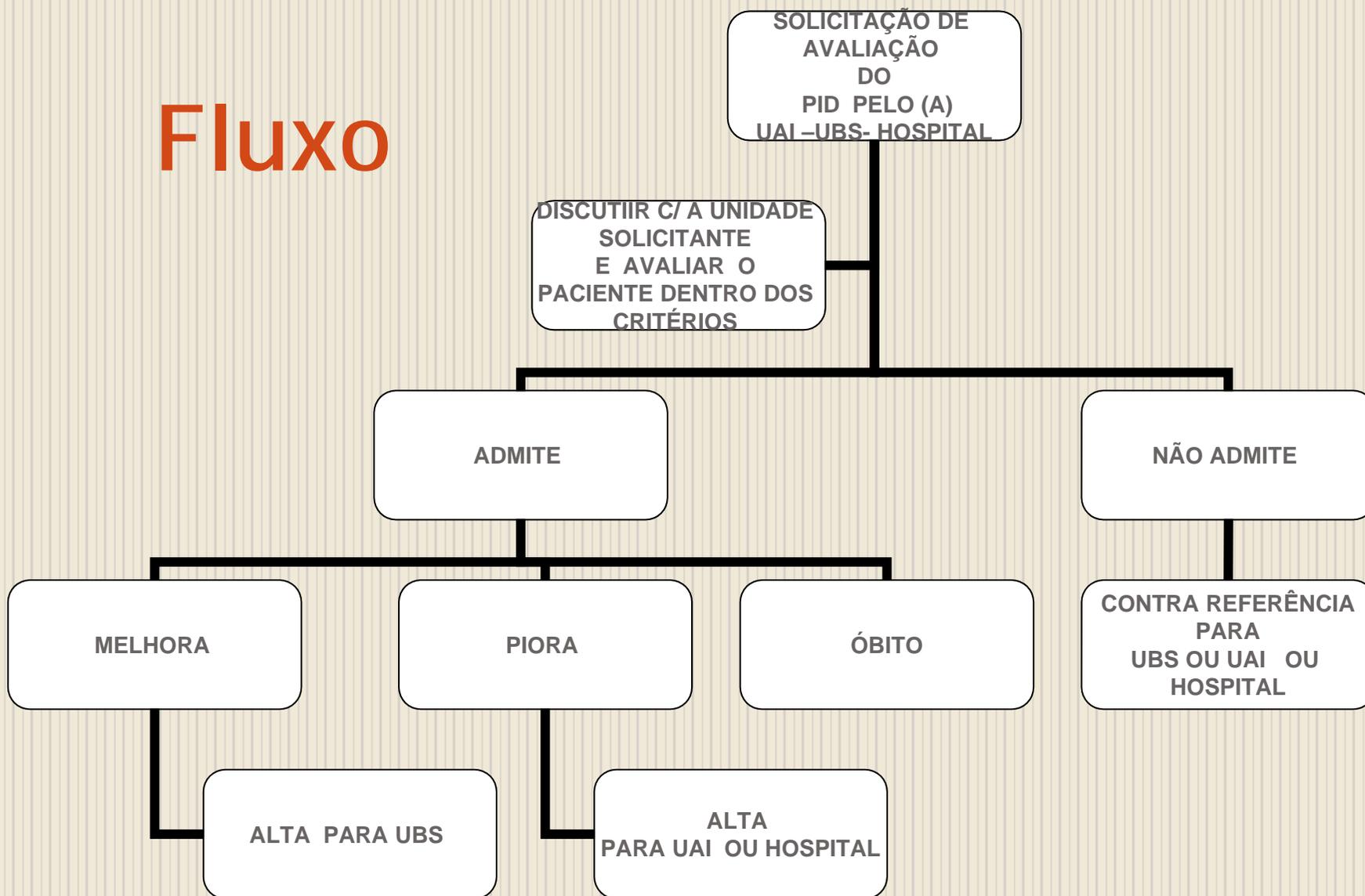


## A indicação/solicitação de inclusão em AD

tem por origem: (CAD, cap 4)

- serviços de urgência e emergência (UPA, SAMU, SPA, outros),
- hospitais (Unidades de Internação, Unidades de Terapia Intensiva, Unidades Intermediárias),
- UBS
- Especialidades
- Referências (ambulatórios, consultórios),
- SAMU,
- requerimentos (ex. demandas judiciais),
- iniciativa espontânea da família
- BUSCA ATIVA

# Fluxo



**-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.



# Critérios de exclusão:

- Instabilidade clínica
- Necessidade de monitoramento contínuo de enfermagem
- uso de medicações com potenciais graves efeitos colaterais
- necessidade de seqüência propedêutica rápida
- Insuficiência familiar ou recusa do atendimento em domicilio
- Residir fora da área de abrangência pactuada ou não ter moradia fixa

# Funcionamento do SAD:

12h/dia, 7 dias/semana

Composição das equipes(EMADs tipo 1 e 2, EMAPs), veiculos, motoristas.

Sede da equipe- vantagens e desvantagens

Fluxo para Captação e alta

Rotatividade necessária

Parametros: 30 e 60 pac mensais



Ministério da  
Saúde



# Critérios de adstrição:

Cada EMAD atenderá uma população adstrita de 100.000 (cem mil) habitantes.

Parágrafo único. Em Municípios com população menor que 100.000 (cem mil) habitantes, a EMAD atenderá população adstrita igual à população do Município.

# Prerrogativas para AD :

- Atendimento por área de abrangência (**territorialização**);
- Co-responsabilização da família (**cuidador**);
- Planejamento, caso a caso, da necessidade de visitas multidisciplinares (**plano terapêutico individualizado e revisto periodicamente**);
- Pactuação bem amarrada entre rede básica, secundária e terciária para **referência e contra-referência**;
- **Retaguarda** assegurada



# Retaguarda necessária para a efetividade da AD = trabalho em rede, com garantia de:

- Comunicação
- Medicamentos
- Transporte
- Insumos e equipamentos
- Especialidades
- Reabilitação
- Laboratório e radio imagem
- Articulação com maior complexidade (Urgência e Hospitalar) e com menor complexidade, (APS) para fluxo de alta

## Critérios para adesão ao MELHOR EM CASA



**Quem adere: município ou estado á**  
Portarias 963 e 1505, que repassará verbas mensais para custeio de EMADs (tipo 1 ou 2) e EMAPs

População abaixo de 20 mil habitantes = consorciamento e aprovação prévia na CIB

Rede minimamente organizada para retaguarda - Urgência, SAMU, Hospital de referencia (local ou regional)

**Sem Atenção básica efetiva dificilmente a implantação será bem sucedida!!**



Ministério da Saúde



# Quem pode aderir?

❑ A Portaria 963 excluiu o porte populacional como critério de exclusão para a adesão ao Melhor em Casa:

POPULAÇÃO	TIPO DE EMAD	CUSTEIO MENSAL
Maior ou igual a 40mil	EMAD Tipo 1	R\$ 50mil
Entre 20mil e 40mil	EMAD Tipo 2	R\$ 34mil
Menor que 20mil (agrupamento)	EMAD Tipo 2	R\$ 34mil

**Obs:** Todos os municípios poderão ter EMAP (R\$ 6mil/mês)

**Para todos:** Possua SAMU ou serviço móvel de urgência equivalente + Indique um Hospital de Referência.



# Melhor em Casa

## ATENÇÃO DOMICILIAR SISTEMA DE INFORMAÇÃO



Ministério da  
Saúde



# Sistema de Informação

## RAAS - AD

- Individualizado
- Não gera faturamento
- Avança na lógica da RAS
- Apresentou limitações

## e - SUS AD

- Prontuário Eletrônico;
- Módulo Android® (para tablet/ smartphones);
- Facilita o registro e o envio das informações produzidas;
- Avança da lógica da AD;
- Integrado ao E- SUS AB

**Ministério da Saúde  
doará 3 *tablets* para  
cada EMAD e para cada**

EMAD

# FORMULÁRIO RAAS-AD

Ministério da Saúde		SUS		RAAS Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde		Formulário de Registro da Atenção Domiciliar		pg. 1/2									
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b>								CNEB									
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE								CNEB									
<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO DO SUS</b>																	
Nº DO FRONTIÁRIO		NOME DO PACIENTE															
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		SEXO		DATA DE NASCIMENTO		NACIONALIDADE											
RAÇA/COR		ETNIA INDÍGENA		NOME DA MÃE													
NOME DO RESPONSÁVEL				MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				UF									
CÓD. IBGE MUNICÍPIO		CEP DE RESIDÊNCIA		ENDEREÇO (RUA, NÚMERO)													
COMPLEMENTO		DDD		TELEFONE CELULAR		DDD		TELEFONE DE CONTATO									
				Nº DO TELEFONE				Nº DO TELEFONE									
<b>DADOS DO ATENDIMENTO</b>																	
DATA DE ADMISSÃO		MÊS ATENDIMENTO		ORIGEM DO PACIENTE													
				<input type="checkbox"/> Serviço de Urgência		<input type="checkbox"/> Atenção Básica		<input type="checkbox"/> Internação Hospitalar		<input type="checkbox"/> Centro Oncológico		<input type="checkbox"/> Outros					
CID10 PRINCIPAL		DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL															
CID10 SECUNDÁRIO		DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO COMPLEMENTAR (1º)															
CID10 SECUNDÁRIO		DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO COMPLEMENTAR (2º)															
CID10 SECUNDÁRIO		DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO COMPLEMENTAR (3º)															
CID10 CAUSAS ASS.		DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO - CAUSAS ASSOCIADAS															
EXISTE COBERTURA DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA?		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		CNEB													
DESTINO DO PACIENTE		<input type="checkbox"/> Permanência		<input type="checkbox"/> Alta Clínica		<input type="checkbox"/> Encaminhamento ADI		<input type="checkbox"/> Alta Administrativa		<input type="checkbox"/> Admissão na Urgência		<input type="checkbox"/> Internação Hospitalar		<input type="checkbox"/> Óbito		DATA DE CONCLUSÃO	
<b>AÇÕES REALIZADAS</b>																	
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.		DATA (DDMM-)		CID10		SERVIÇO		CLASSIFICAÇÃO		CBO DO EXECUTANTE					
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO NACIONAL DA EQUIPE															
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.		DATA (DDMM-)		CID10		SERVIÇO		CLASSIFICAÇÃO		CBO DO EXECUTANTE					
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO NACIONAL DA EQUIPE															
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.		DATA (DDMM-)		CID10		SERVIÇO		CLASSIFICAÇÃO		CBO DO EXECUTANTE					
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO NACIONAL DA EQUIPE															
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.		DATA (DDMM-)		CID10		SERVIÇO		CLASSIFICAÇÃO		CBO DO EXECUTANTE					
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO NACIONAL DA EQUIPE															
CÓDIGO DA AÇÃO REALIZADA		QTDE.		DATA (DDMM-)		CID10		SERVIÇO		CLASSIFICAÇÃO		CBO DO EXECUTANTE					
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE DO PROFISSIONAL EXECUTANTE		CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO NACIONAL DA EQUIPE															

O Formulário do RAAS-AD é o instrumento que proporciona a entrada das informações no SIA, tanto para a inclusão do paciente no sistema, quanto para informar as ações realizadas ao longo do período que o paciente está em atenção domiciliar





# Alguns resultados concretos...



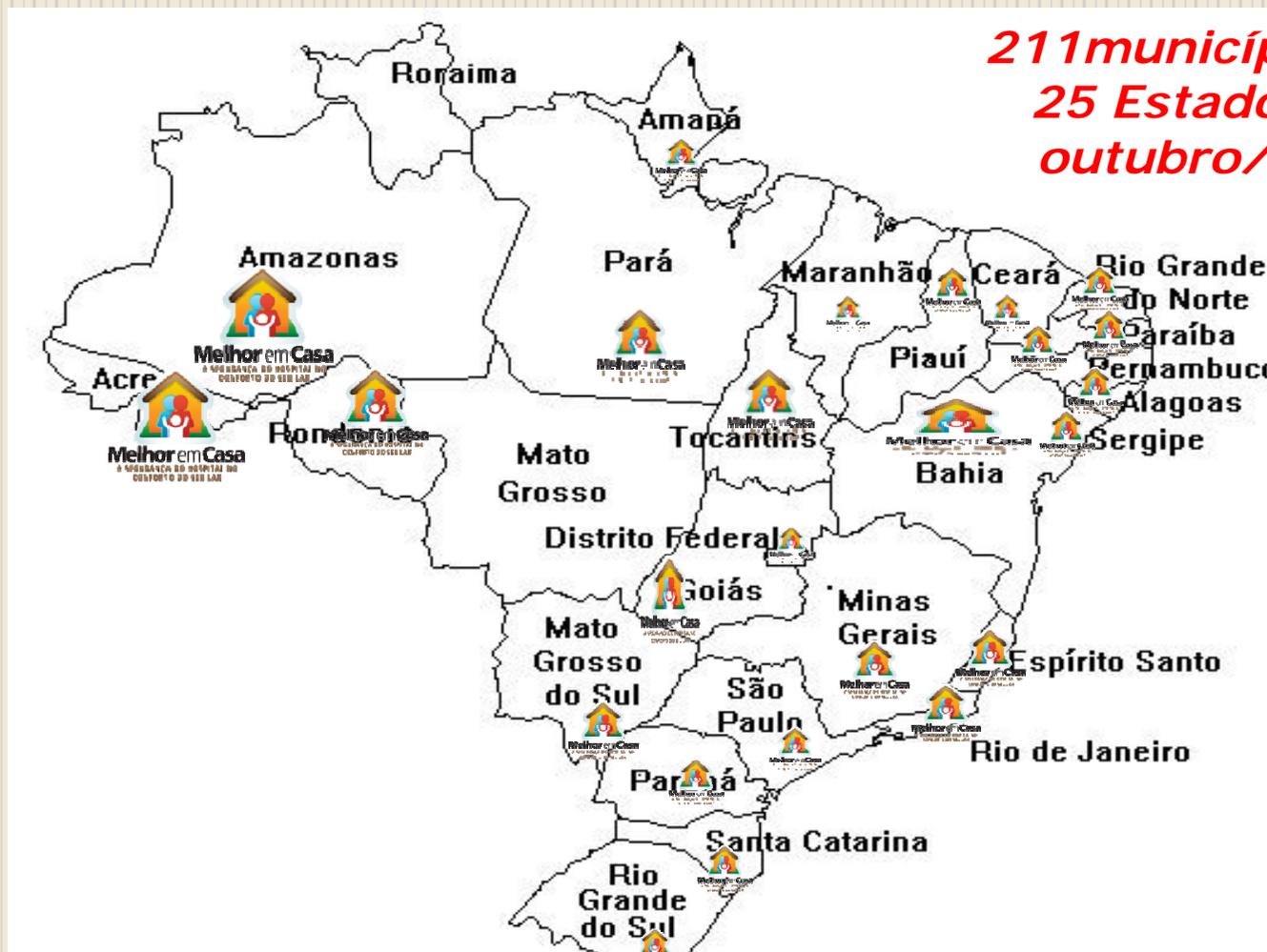
Ministério da  
Saúde



# HABILITADOS para o MELHOR EM CASA



**211 municípios em  
25 Estados até  
outubro/2013**



Ministério da Saúde



HABILITAÇÕES				
DATA	05/07/2013	12/08/2013	09/09/2013	11/10/2013
<b>ESTADOS</b>	25 (AM, AC, AP, PA, TO,RO, RS, PR, SC, SP, RJ, MG, ES, AL, BA, PE, PB, SE,CE, PI, RN, MA, GO, MS, DF).	25 (AM, AC, AP, PA, TO,RO, RS, PR, SC, SP, RJ, MG, ES, AL, BA, PE, PB, SE,CE, PI, RN, MA, GO, MS, DF).	25 (AM, AC, AP, PA, TO,RO, RS, PR, SC, SP, RJ, MG, ES, AL, BA, PE, PB, SE,CE, PI, RN, MA, GO, MS, DF).	25 (AM, AC, AP, PA, TO,RO, RS, PR, SC, SP, RJ, MG, ES, AL, BA, PE, PB, SE,CE, PI, RN, MA, GO, MS, DF).
<b>MUNICÍPIOS</b>	168	198	203	<b>211</b>
<b>EMAD</b>	562	637	650	<b>670</b>
<b>EMAP</b>	263	303	313	<b>322</b>

IMPLANTAÇÕES				
DATA	05/07/2013	12/08/2013	09/09/2013	11/10/2013
<b>ESTADOS</b>	22 (AM, AC, AP, PA, TO,RO, RS, PR, SC, SP, RJ, MG, AL, BA, PE, PB, CE, RN, MA, GO, MS, DF).	22 (AM, AC, AP, PA, TO,RO, RS, PR, SC, SP, RJ, MG, AL, BA, PE, PB, CE, RN, MA, GO, MS, DF).	22 (AM, AC, AP, PA, TO,RO, RS, PR, SC, SP, RJ, MG, AL, BA, PE, PB, CE, RN, MA, GO, MS, DF).	22 (AM, AC, AP, PA, TO,RO, RS, PR, SC, SP, RJ, MG, AL, BA, PE, PB, CE, RN, MA, GO, MS, DF).
<b>MUNICÍPIOS</b>	103	109	118	<b>129</b>
<b>EMAD</b>	223	236	253	<b>276</b>
<b>EMAP</b>	105	112	129	<b>135</b>

# O Melhor em Casa em Santa Catarina



**Municípios > 20 mil hab= 58**

**Municípios habilitados e implantados:**  
Blumenau e Araranguá

**Municípios habilitados:** Braço do Norte, Lages, Maravilha, Timbó.

**Projeto em tramites de habilitação:** Rio do Sul, Jaraguá do Sul.

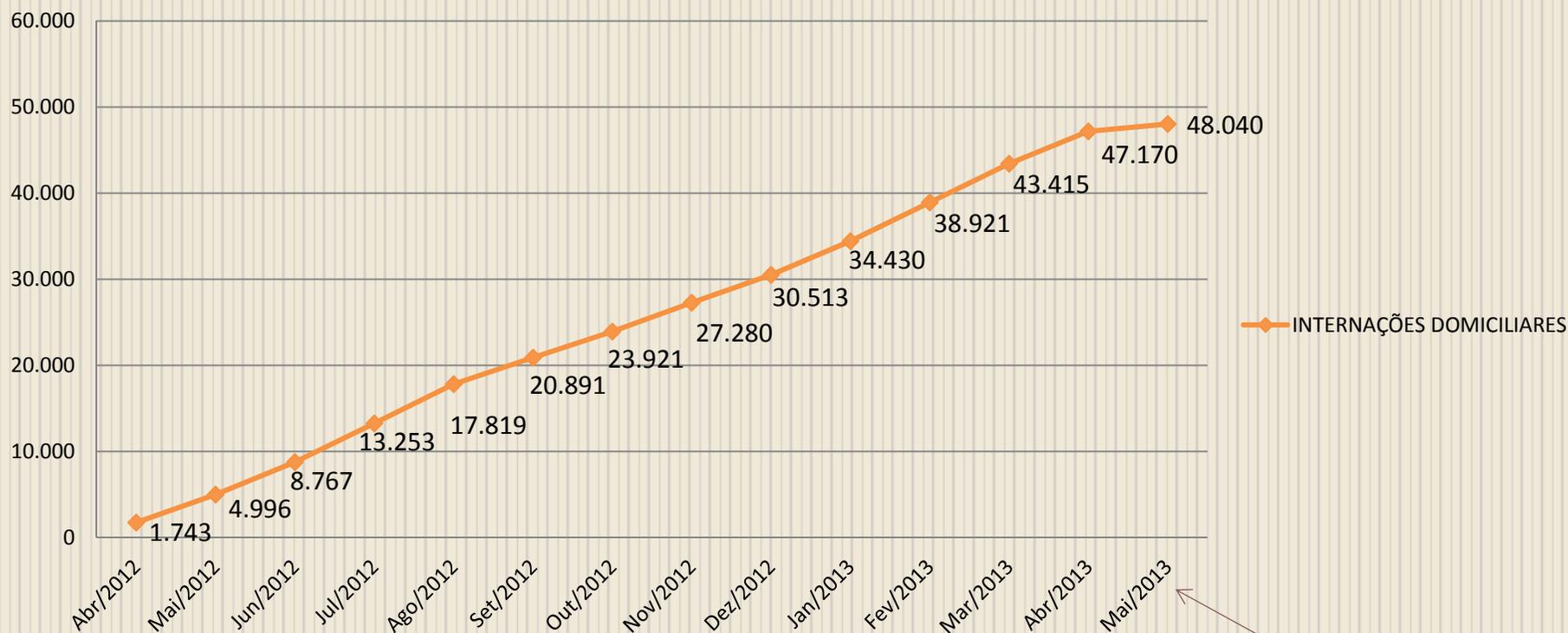


Ministério da  
Saúde



# INTERNAÇÕES DOMICILIARES DAS EQUIPES DO MELHOR EM CASA

## Internações domiciliares

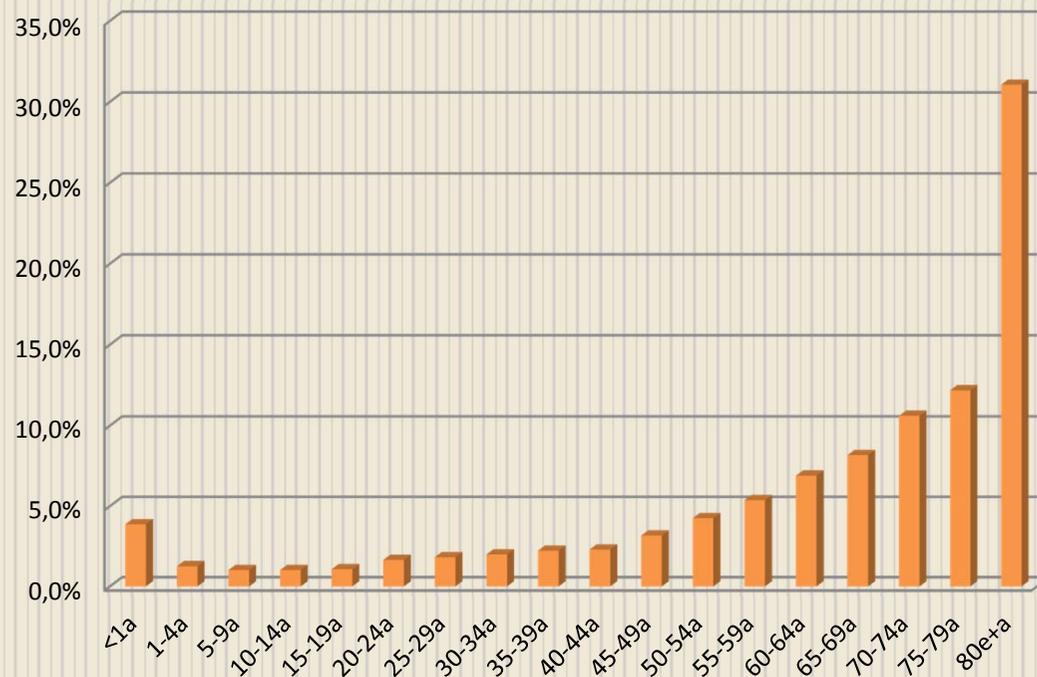


Produção Qware:  
1680 ID em  
Mai/2013

Faixa Etária Pacientes	Qtde	%	Acima 60 anos	
<1a	1.637	3,9%	↓	
1-4a	534	1,3%		
5-9a	432	1,0%		
10-14a	431	1,0%		
15-19a	454	1,1%		
20-24a	699	1,7%		
25-29a	770	1,8%		
30-34a	844	2,0%		
35-39a	942	2,2%		
40-44a	972	2,3%		
45-49a	1.340	3,2%		
50-54a	1.797	4,3%		
55-59a	2.272	5,4%		
60-64a	2.918	6,9%		68,9%
65-69a	3.459	8,2%		
70-74a	4.485	10,6%		
75-79a	5.150	12,2%		
80e+a	13.124	31,1%		

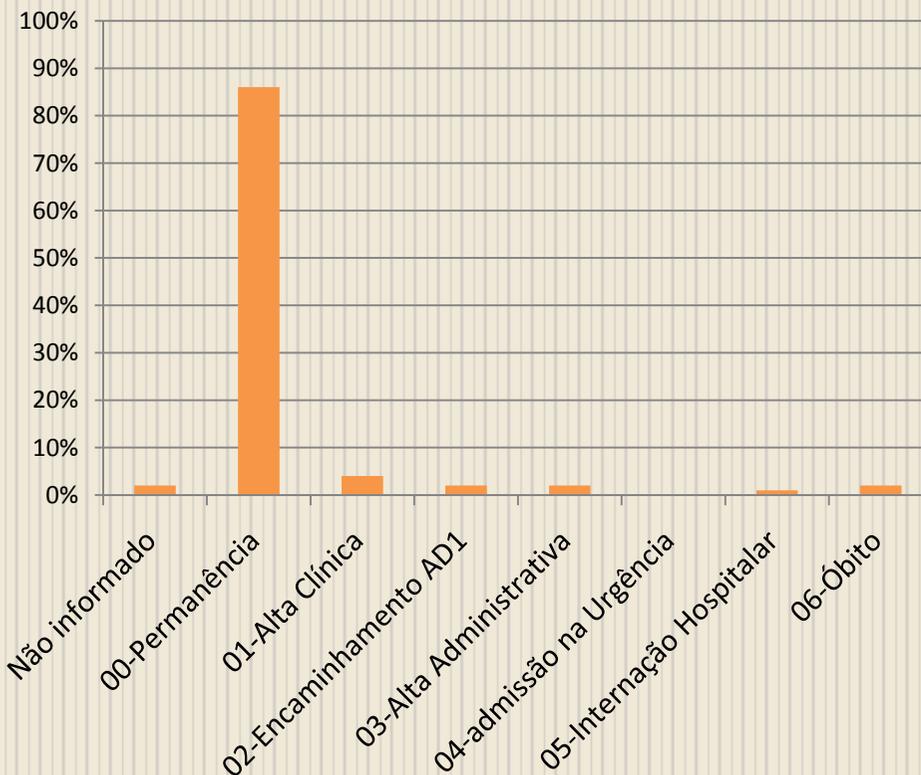
Pacientes com idade acima de 80 anos

Faixa Etária de Pacientes Atendidos

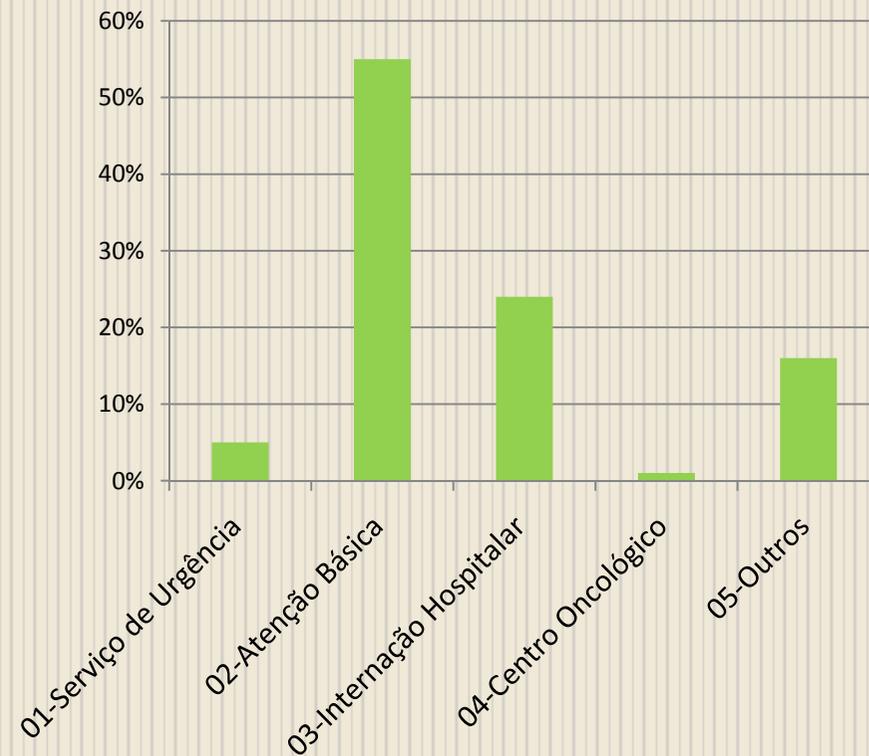


# Destino e Origem do Usuário em AD

## Destino



## Origem



Fonte: RAAS – AD, SIA/DATASUS/M

# Média de permanência em AD (abr/12 – mai/13)

Média de permanência



Fonte: RAAS – AD, SIA/DATASUS/MS

# Leitos-dia disponibilizados (Abr/12 – mai/13)

DT_ATEND	Leitos/dia	qtd de pacientes	Média de permanência
201305	119.189	4.545	26,2
201304	124.067	4.789	25,9
201303	126.645	4.967	25,5
201302	117.450	4.612	25,5
201301	94.749	3.948	24,0
201212	83.623	3.243	25,8
201211	88.050	3.369	26,1
201210	76.425	3.038	25,2
201209	80.852	3.079	26,3
201208	98.733	3.727	26,5
201207	100.410	3.556	28,2
201206	78.080	2.965	26,3
201205	63.792	2.402	26,6
201204	19.211	719	26,7
<b>Total</b>	<b>1.271.276</b>	<b>48.959</b>	<b>25,97</b>

**Fonte: RAAS – AD, SIA/DATASUS/MS**

# Monetização da AD (Maio/12 – mai/13)

- Leitos dia disponibilizados em virtude do Melhor em Casa (Maio de 2012 à maio de 2013): **1.271.276** milhões de leitos dia disponibilizados.
- ❑ **Monetização da Atenção Domiciliar:**
  - Repasse federal para enfermarias clínicas de retaguarda:  
***R\$ 300,00 leito/dia***
  - Custo de leito dia caso os pacientes fossem atendidos no hospital:
    - **1.271.276** leitos dia x R\$ 300,00 = R\$ 381.382.800,00 milhões
    - Repasse para o Melhor em Casa (Maio/2012 à Maio/2013) = R\$ 86.939.520,00 milhões
    - Otimização de recursos em um ano = **R\$ 294.443.280,00 milhões**

## Melhor em Casa: Pesquisa de Satisfação dos Usuários

- **A Pesquisa:** Contato telefônico realizado pela Ouvidoria SUS.
- Da amostra de 5.344 pacientes/cuidadores, 2.120 responderam as perguntas, ou seja, 39,7% do total;
- Municípios entrevistados: Os 2.120 pacientes e cuidadores que responderam a pesquisa residem em **44 municípios de 16 estados brasileiros**.
  
- **Análise preliminar do Banco de Dados da 1ª Pesquisa de Satisfação do Usuário:**
  - **93,90%** dos usuários que responderam a pesquisa classificam o atendimento prestado pela equipe do Melhor em Casa com **nota entre 7 e 10**.
  - **70%** dos usuários classificam o atendimento prestado pela equipe do Melhor em Casa com **nota 10**.
  - **95,9% dos entrevistados recomendariam** o Serviço de Atendimento Domiciliar para um amigo ou familiar.

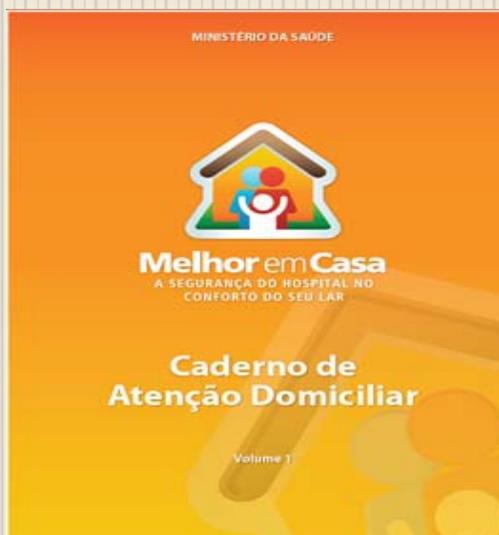


**Produção de ofertas  
para  
Educação Permanente**

# Caderno de Atenção Domiciliar

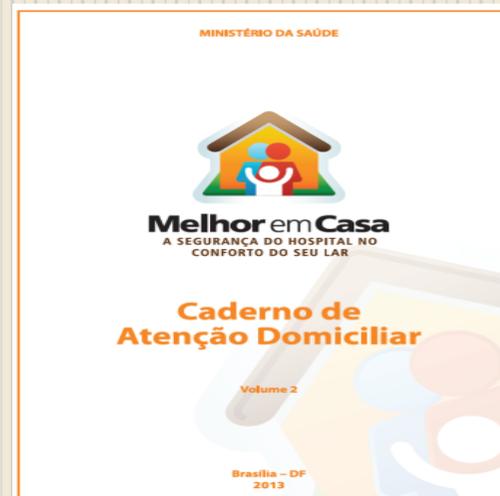
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes>

## Volume 1



1. **Atenção Domiciliar e o SUS**
2. **Diretrizes para a Atenção Domiciliar na Atenção Básica**
3. **Pressupostos da Atenção Domiciliar**
4. **Gestão do Serviço de Atenção Domiciliar – SAD**
5. **Perfil de Elegibilidade do Paciente para Atenção Domiciliar**
6. **O papel dos cuidadores na Atenção Domiciliar**

## Volume 2



1. **Gestão do Cuidado na Atenção Domiciliar**
2. **Elementos de abordagem familiar na AD**
3. **Diretrizes para a Classificação de Complexidade do Cuidado em Atenção Domiciliar**
4. **Abordagem Geral de Situações Clínicas Comuns na AD**
5. **Procedimentos mais Comuns na Atenção Domiciliar e a Sistematização do Processo de Trabalho**
6. **Cuidados Paliativos e a Atenção Domiciliar**
7. **Situações Especiais em Atenção Domiciliar**

# Programa Multicêntrico de Qualificação em AD

- ❑ **Elaborado em parceria com UnaSUS + 8 Universidades**
- ❑ **Total: 19 módulos tipo aperfeiçoamento, auto instrutivos, independentes, de 30 a 60h de duração cada.**
- ❑ **Módulos Disponíveis=site**  
**<http://www.unasus.gov.br/cursoAD>**
- 1) **Introdução à Atenção Domiciliar (UFC)**
- 2) **Assistência Domiciliar na Rede de Atenção Básica à Saúde (UFMG)**
- 3) **Implantação e Gerenciamento de um Serviço de Atenção Domiciliar – SAD (UFSC)**
- 4) **Judicialização da Saúde em Atenção Domiciliar (UERJ)**
- 5) **Intercorrências Agudas no Domicílio (UFMA) \***
- 6) **Intercorrências Agudas no Domicílio 2 (UFC) \***
- 7) **Abordagem domiciliar em Situações Clínicas Comuns Materno-Infantis (UFMA)\***
- 8) **Abordagem da Violência na Atenção Domiciliar (UERJ)**
- 9) **Cuidadores e a Atenção Domiciliar (UFCSPA)**

# Comunidade de Práticas

□ Plataforma *on line* para troca de experiências e construção de rede entre os SAD e destes com a atenção básica.

[www.atencaobasica.org.br/](http://www.atencaobasica.org.br/)

Comunidade de Práticas Comunidades WebTV

Buscar no Site Procurar

Acessar

E-Mail

Senha

Esqueceu sua senha? Acessar

Cadastro

Nome completo

E-Mail

CPF

Formação profissional

Selecione uma opção

Estado

Selecione uma opção

Cidade

Selecione uma opção

Aceitar os termos de uso.

Li e aceito os termos de uso e regras de convivência da Comunidade de Práticas.

Registrar

Como cuidar das pessoas em domicílio!

Participe da Comunidade de Práticas do programa Melhor em Casa e troque experiências com outros trabalhadores!

Melhor em Casa

SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ SUS Ministério da Saúde BRASIL PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

noticias Organização Pan-Americana da Saúde INSTITUTO ATENÇÃO SOCIAL INTEGRADA

0800 6446543

**TELE SAUDE  
MELHOR EM CASA**



Ministério da  
Saúde



# Informes da Atenção Domiciliar

Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar/DAB/SAUSMS

## INFORME DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Número 01 – Janeiro 2013

Prezados Gestores de SAD, por muito tempo trazemos alguns informes da Coordenação Geral de Atenção Domiciliar (CGAD/DAB/SAUSMS).

1. O Programa Multicêntrico de Qualificação em Atenção Domiciliar foi lançado com o objetivo de apoiar a qualificação dos serviços de Atenção Domiciliar - SAD e está voltado para todas as categorias profissionais e gestores de saúde. O Módulo Inicial, intitulado "Introdução à Atenção Domiciliar", já teve mais de 1.000 inscritos. Após fechamento para avaliação, será aberto novamente no dia 19 de fevereiro de 2013, com a disponibilização de mais 2.000 vagas. Acompanhe!

Acesso: <http://www.saude.gov.br/cursadab> e <http://www.mnhp.ufb.br/saf/>

2. O Ministério da Saúde, através da Coordenação de Atenção Domiciliar/DAB/SAUSMS, com a cooperação técnica da OPMS Brasil, convoca os interessados a participarem do Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar. Espera-se que os resultados do Laboratório se constituam em fonte de inspiração e motivação para mais gestores e trabalhadores de SAD, contribuindo assim para a renovação de práticas em benefício de seus usuários.

A validade deste chamamento será prazo até o dia 31 de março de 2013.

Leia mais: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=informes\\_Acad11705](http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=informes_Acad11705)

Para conhecer sua experiência acesse o site: <http://www.saude.gov.br/portal/contido/11705/11705.pdf>

3. Informamos a inclusão e adequação de procedimentos na Tabela SIGTAP com vistas a contemplar as ações realizadas pelo Serviço de Atenção Domiciliar (Serviço de Atenção Domiciliar em SAD), em 17 de novembro de 2012. Considerando a necessidade do contínuo processo de atualização dos procedimentos da Tabela SIGTAP para facilitar o planejamento e a operacionalização das atividades de Atenção Domiciliar, entendemos que esta atualização é fundamental para a operacionalização do processo de trabalho das EMAD e EMAP. Nesse sentido, segue nota técnica explicativa.

Leia mais:

[http://118.28.118.106/ufb/docs/portal/biblioteca/biblioteca\\_santa\\_maria\\_mecadec\\_118118118.pdf](http://118.28.118.106/ufb/docs/portal/biblioteca/biblioteca_santa_maria_mecadec_118118118.pdf)

Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar/DAB/SAUSMS

## INFORME DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Número 02 – Fevereiro e Março 2013

Prezados Gestores de SAD, por muito tempo trazemos alguns informes da Coordenação Geral de Atenção Domiciliar (CGAD/DAB/SAUSMS).

1. FORAM PUBLICADAS AS PORTARIAS:  
- Nº 253, de 25 de fevereiro de 2013, que desativa estabelecimentos de saúde contemplados com Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).  
- Nº 276, de 27 de fevereiro de 2013, que habilita estabelecimentos de saúde contemplados com serviços de atenção domiciliar.

2. O PROGRAMA MULTICÊNTRICO DE QUALIFICAÇÃO EM ATENÇÃO DOMICILIAR foi lançado com o objetivo de apoiar a qualificação dos serviços de Atenção Domiciliar - SAD e está voltado para todas as categorias profissionais e gestores de saúde. O Módulo Inicial, intitulado "Introdução à Atenção Domiciliar", já teve mais de 1.000 inscritos. Após fechamento para avaliação, foi aberto novamente no dia 09 de março de 2013, com a disponibilização de mais 3.000 vagas. Para a realização da matrícula é necessário fazer o cadastro na plataforma Anvisa por meio do link: <http://www.saude.gov.br/portal>. Esta previsão a abertura de mais dois módulos neste mês "Operacionalização do Serviço de Atenção Domiciliar" e "Atenção Domiciliar na Atenção Básica". Ficarem interessados!

Acesso: <http://www.saude.gov.br/cursadab> e <http://www.mnhp.ufb.br/saf/>

3. O Ministério da Saúde, através da Coordenação de Atenção Domiciliar/DAB/SAUSMS, com a cooperação técnica da OPMS Brasil, convoca os interessados a participarem do LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO EM ATENÇÃO DOMICILIAR.

O objetivo do Laboratório é que a troca de experiências e consultas em fonte de inspiração e motivação para mais gestores e trabalhadores de SAD, contribuindo assim para a renovação de práticas em benefício de seus usuários.

As inscrições devem ser realizadas até o dia 31 de março de 2013. Participe!

Leia mais: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=informes\\_Acad11705](http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=informes_Acad11705)

Para conhecer sua experiência acesse:

[www.saude.gov.br/portal/contido/11705/11705.pdf](http://www.saude.gov.br/portal/contido/11705/11705.pdf)

Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar/DAB/SAUSMS



## INFORME DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Número 03 – Abril 2013

Prezados Gestores de SAD, por muito tempo trazemos alguns informes da Coordenação Geral de Atenção Domiciliar (CGAD/DAB/SAUSMS).

1. FORAM PUBLICADAS AS PORTARIAS:  
- Nº 321, de 27 de março de 2013, que desativa estabelecimentos de saúde contemplados com Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).  
- Nº 385, de 8 de abril de 2013, que habilita estabelecimentos de saúde contemplados com serviços de atenção domiciliar.

Leia mais: <http://www.saude.gov.br/portal>

[http://portal2.saude.gov.br/visualizar/ver\\_noticia.aspx?conteudo=118118118](http://portal2.saude.gov.br/visualizar/ver_noticia.aspx?conteudo=118118118)

2. O PROGRAMA MULTICÊNTRICO DE QUALIFICAÇÃO EM ATENÇÃO DOMICILIAR, lançado com o objetivo de apoiar a qualificação dos serviços de Atenção Domiciliar - SAD, está com a 3ª turma (3) do Módulo Inicial, intitulado "Introdução à Atenção Domiciliar", disponível para inscrições, com a oferta de 3.000 vagas. Para a realização da matrícula é necessário fazer o cadastro na plataforma Anvisa por meio do link: <http://www.saude.gov.br/portal>. Esta previsão a abertura de mais dois módulos neste mês "Operacionalização do Serviço de Atenção Domiciliar" e "Atenção Domiciliar na Atenção Básica". Ficarem interessados!

Acesso: <http://www.saude.gov.br/cursadab> e <http://www.mnhp.ufb.br/saf/>

3. LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO EM ATENÇÃO DOMICILIAR. Em breve todos os experiências laboratoriais pelo OI Inovação serão divulgadas no site do Portal da Inovação ([www.saude.gov.br/portal](http://www.saude.gov.br/portal)) e por meio do site do DAB. As experiências estão para aprofundamento e são compostas em novo volume da publicação técnica "Experiências Inovadoras em Atenção Domiciliar no SUS". Os Módulos são: "Minimização do Serviço de Atenção Domiciliar no SUS" com a apresentação das experiências locais. No dia 30 de abril serão divulgadas as 10 experiências que serão acompanhadas e monitoradas pelo Laboratório.

Leia mais: <http://www.saude.gov.br/portal/contido/11705/11705.pdf>

[www.saude.gov.br/portal/contido/11705/11705.pdf](http://www.saude.gov.br/portal/contido/11705/11705.pdf)



### PORTARIAS EM DESTAQUE

1. Nº 962, de 27/05/2013: redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS.
2. Nº 1.026, de 03/06/2013: fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD).
3. Nº 1.066, de 03/06/2013: desativa estabelecimentos de saúde contemplados com o SAD.
4. Nº 1.084, de 05/06/2013: habilita estabelecimentos de saúde contemplados com o SAD.

Programa Melhor em Casa e universalizado

Você sabia que, a partir de agora, todos os municípios brasileiros podem implantar o Programa Melhor em Casa. Com a publicação da Portaria GM/MS nº 263, de 27 de maio de 2013, a seleção do programa pode ser realizada por municípios de pequeno porte de forma agrupada - desde que tenham uma população igual ou superior a 20 mil habitantes - ou SAD será firmada isolada - para aqueles municípios com população superior a 20 mil habitantes. Equipe Multiprofissional de Apoio-EMAP.

Laboratório de Inovação em AD divulga experiências selecionadas

Já estão disponíveis no Portal da Inovação no Cadastro do SUS as experiências selecionadas pelo Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar. O material selecionado irá compor um novo volume



### PORTARIAS EM DESTAQUE

1. Nº 1.196, de 07/06/2013: habilita estabelecimentos de saúde contemplados com o SAD.
2. Nº 1.206, de 18/06/2013: dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção ao Urgente.
3. Nº 745, de 03/07/2013: habilita estabelecimentos de saúde contemplados com o SAD.
4. Nº 746, de 03/07/2013: desativa estabelecimentos de saúde contemplados com o SAD.
5. Nº 742, de 03/07/2013: desativa estabelecimentos de saúde contemplados com o SAD.
6. Nº 795, de 06/07/2013: estabelece normas para o cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CENES).

Integração dos programas SOS Emergências e Melhor em Casa

A Portaria 1.206 de 18 de junho de 2013 integra os programas Melhor em Casa e SOS Emergências, articulando e integrando com a rede de saúde do território. Para mais informações consulte o Manual Informativo para a implementação do Programa SOS Emergências em Saúde do Hospital de Referência do SUS.

Emergências no Programa Melhor em Casa

Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar reúne as experiências

Uma oficina realizada em Brasília no dia 28 de junho, na sede de

Link: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=informes>



# Informações

## Folder do Melhor em Casa

### Conheça o Programa Multicêntrico de Qualificação em Atenção Domiciliar

O programa faz parte de uma ação nacional de educação permanente, direcionada aos profissionais da Atenção Domiciliar. Tem o objetivo de apoiar a qualificação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) e é voltado a todos os profissionais e gestores da saúde. É fruto de uma parceria da Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar (CGAD/DAB/SAS/MS) com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), por meio da Universidade Aberta do SUS (UNIASUS).

O programa contempla 19 módulos, abordando temas importantes para o cotidiano das Equipes de Atenção Domiciliar, que compõem os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) do Melhor em Casa, e também para as Equipes de Atenção Básica que cuidam dos usuários no domicílio. Apesar de o público prioritário ser a Equipe de Atenção Domiciliar, qualquer profissional ou gestor de saúde pode participar. Para a realização da matrícula é necessário fazer o cadastro na plataforma Arouca por meio do link: <http://www.uniasus.gov.br/cursoad>.

### Participe da Comunidade de Práticas



Todos os profissionais do SUS que fazem atendimento domiciliar (EMAD, EMAP, ASF, NASF, serviços especializados, outros) podem trocar experiências, discutir problemas e soluções comuns usando a Comunidade de Práticas. Esta é uma das muitas possibilidades de uso desta plataforma virtual. Na Comunidade de Práticas, todos aprendem e ensinam, constituindo um importante espaço de

educação permanente. É ainda uma importante ferramenta de apoio ao Programa Multicêntrico de Formação em Atenção Domiciliar à Distância, sendo utilizada pelos participantes do curso para discutir sobre os conteúdos e debates abordados em cada módulo. Para participar da Comunidade de Práticas, acesse <http://atencaoabasica.org.br>.

Para mais informações:  
Manual Instrutivo e nova Portaria em destaque no link [dab.saude.gov.br/melhorencasa](http://dab.saude.gov.br/melhorencasa)

Contatos da Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar:  
Telefones: (61) 3315-9030 / 9052 / 9045



**Melhor em Casa**  
A SEGURANÇA DO HOSPITAL NO  
CONFORTO DO SEU LAR



### O que é o Programa Melhor em Casa?

É um programa do Ministério da Saúde que tem o objetivo de apoiar os gestores locais a expandir e qualificar a atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde, por meio dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). Na atenção domiciliar, os cuidados aos usuários são realizados no domicílio pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Elas realizam o cuidado longitudinal com GI

(uma) ou mais visitas semanais. Composição das equipes:  
• EMAD - composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta e ou assistente social, é a equipe principal do SAD.  
• EMAP - composta por três profissionais de saúde que o gestor escolher, exceto médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem.  
• A EMAP não é obrigatória para implantar o SAD e deve apoiar a EMAD quando necessário.

### Quais as vantagens de implantar o Programa no seu município?

- Evita internações hospitalares em casos de média e baixa complexidade;
- Diminui o tempo de internação, possibilitando que o usuário termine o tratamento em casa;
- Diminui os índices de infecção hospitalar;
- Disponibiliza leitos hospitalares para outros usuários que realmente necessitam;
- Humaniza o cuidado, permitindo que o usuário permaneça em seu lar, perto da família

- e amigos, mantendo sua rotina;
- Permite uma melhor gestão dos recursos financeiros, porque os mesmos cuidados realizados no hospital podem ser realizados no domicílio, com custo menor;
- Cada Equipe de Atenção Domiciliar - EMAD representa, potencialmente, sessenta (60) leitos. E, como se fosse um hospital sem muros.

### Qual o custeio federal para o Programa Melhor em Casa?

Para os municípios com população maior que 40 mil habitantes, o MS repassa R\$ 50 mil por EMAD/mês, com repasse direto para o Fundo de Saúde. Já para municípios com população menor que 40 mil habitantes, o MS repassa R\$ 34 mil por EMAD/mês, pois a carga horária dos profissionais que compõem a equipe é um pouco menor. O custeio das EMAD (R\$ 50 mil e R\$ 34 mil) é considerado suficiente para manter o Serviço de Atenção Domiciliar, isto é, o MS repassará 100% do custeio. Quando, por especificidades locais, este custeio não for suficiente, o município e/ou o estado devem realizar a contrapartida do custeio. Já para as EMAP, o MS repassará R\$ 6 mil reais por equipe/mês.



### Como os SAD devem ser organizados?

- Cada EMAD deve ser referência para uma população de, em média, 100 mil habitantes;
- Em municípios com população menor que 100 mil habitantes, a EMAD será referência para toda a população;
- O SAD deve trabalhar integrado com toda a rede de saúde, especialmente com a Atenção Básica.

### Como aderir ao Programa Melhor em Casa?

Para aderir, a gestão deve elaborar um Projeto de Implantação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Para mais informações, consulte a portaria vigente da Atenção Domiciliar e os anexos 1 e 2 do Manual Instrutivo do Programa Melhor em Casa.

#### Em seguida:

- O Projeto de Implantação do SAD deve ser encaminhado para a Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGAD/DAB/SAS/MS);
- Os documentos enviados pela gestão são analisados;
- O Ministério da Saúde publica portaria especificando o estabelecimento com suas respectivas equipes de atenção domiciliar.

#### Pré-requisitos para o município:

1. Ser coberto por SAMU;
2. Ter hospital de referência no município ou microrregião.

Mais informações acesse: [dab.saude.gov.br/melhorencasa](http://dab.saude.gov.br/melhorencasa)

Troque experiências e tire dúvidas no fórum da Comunidade de Práticas <http://dab.br/100w199>

- Gestão local cadastra as equipes (EMAD e EMAP) no SCNES



**Enfim, as perspectivas  
futuras:**

# Em andamento: propostas para avançar na complexidade da AD

Grupos de discussão para avaliar, a curto/ médio prazo a incorporação de:

- ❑ Cuidados paliativos sistematizados e integrados em rede, inclusive à AD;
- ❑ Ventilação Mecânica invasiva domiciliar, com modelo e critérios específicos.

# Para garantir a incorporação definitiva da AD e sua permanência futura:

- ❑ Uma abrangente política intersetorial para Cuidadores;
- ❑ Incentivo á pesquisa e registro do conhecimento adquirido e produzido;
- ❑ Incorporação curricular, oferta de especializações.

# DESAFIOS PRESENTES



- **CRIAÇÃO DE NOVAS CONSCIÊNCIAS**, na desconstrução de um modelo hospitalocentrado!!!
- **Trabalhar em EQUIPE E EM REDE**, com fluxos e retaguardas bem pactuados e efetivos
- **Processo de trabalho includente** -Incorporação de novos atores, num novo local de se fazer saúde
- **Perfil profissional diferenciado**- ( formação/qualificação acadêmica própria)
- **Incorporação tecnológica** para aperfeiçoar informação (RAAS, SAMU)
- **Intersectorialidade real e integrada**
- **Violência urbana**

***Obrigada!!***



**[mariana.borges@saude.gov.br](mailto:mariana.borges@saude.gov.br)**

**[luciana.paula@saude.gov.br](mailto:luciana.paula@saude.gov.br)**

**[melhoremcasa@gmail.com](mailto:melhoremcasa@gmail.com)**

**Tel CGAD : 61 3315-9030**

# 2ª parte: Oficina de trabalho para elaboração de pré-projetos



Site:

**[www.unasus.gov.br](http://www.unasus.gov.br)**

*~link Melhor em casa*

*~Modulo: Introdução à Atenção Domiciliar*



**Gestor elabora Detalhamento do Componente AD do Plano de Ação da RAU + Projeto de Implantação da AD, de acordo com a Portaria 963 e detalhado neste Manual Instrutivo (anexo 1 e 2)**

**Se < 20 mil hab Gestor submete à CIB (ou Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal) e à CIR**

**Gestor encaminha Detalhamento do Componente AD do Plano de Ação da RAU + Projeto de Implantação da AD para o DAB/SAS/MS**

**Análise dos documentos enviados pelo gestor**

**CGAD publica portaria específica habilitando os estabelecimentos, com seus respectivos SAD**

**Início do repasse dos recursos**

**Gestor local cadastra as equipes (EMAD e EMAP) no SCNES,**



# Roteiro técnico para habilitação no MELHOR EM CASA

<b>Município/UF</b>	Uberlândia - MG
<b>População</b>	634.349 hab.
<b>Coordenador/Referência Técnica da Atenção Domiciliar</b>	Dra Juliana Presto Campos de Rezende CRM: 47 425
<b>Contato</b>	Email: <a href="mailto:jpcampos78@hotmail.com">jpcampos78@hotmail.com</a> Fone: 34 99 39 07 60
<b>Proponente</b>	Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia
<b>Nº de EMAD propostas</b>	6
<b>Nº de EMAP propostas</b>	2
<b>As equipes propostas já estão em funcionamento</b>	2 EMADs Sim, 4 não
<b>Equipes + trabalhadores que as compõem</b>	Vide projeto,pag 15
<b>Cobertura da AD no município</b>	Previsão de 100% quando todas equipes já estiverem implantadas
<b>Existência de SAMU</b>	Não, mas com Serviço de transporte de Urgencia efetivo(vide pag.15)
<b>Existência de Hospitais regionais ou municipais para retaguarda</b>	Sim – Hospital das Clinicas da UFU e Hospital Municipal Odeldo Leão Carneiro
<b>Localizado em região Metropolitana</b>	não

# Modelo de projeto:

1. Quadro resumo do Roteiro Técnico
2. Cronograma de implantação prevista das equipes
3. Pequena introdução, com apresentação da cidade e histórico da Atenção Domiciliar se houver
4. Contextualização: dados do município, indicadores demográficos e epidemiológicos, seu diagnóstico situacional simplificado(PMS)
5. Problematização e justificativas
6. Objetivos do projeto
7. Características técnicas do modelo assistencial proposto ,quadro com equipes ,carga horária, lotação,CNES
8. Propostas de acompanhamento e monitorização (Indicadores)
9. Integração com a Regulação
10. Proposta de Educação permanente



**OUTROS:**

**Bibliografia consultada**

**Anexos:- exemplos:**

- **Relação de Referencias de serviços do SUS e outros equipamentos publicos locais para o trabalho integrado com a Atenção Domiciliar**
- **Regionais de território das EMADs e suas UBS de referência, com população estimada do território de abrangência**
- **Prontuário Único Domiciliar**
- **Classificação dos pacientes de acordo com complexidade para planejamento do cuidado**

**Art. 29. As modalidades AD2 e AD3 contarão, no estabelecimento de saúde ao qual estão vinculados, com infraestrutura especificamente destinada para o seu funcionamento que contemple:**

I - equipamentos;

II - material permanente e de consumo;

III - aparelho telefônico; e

IV - veículo(s) para garantia da locomoção das equipes.

§ 1º Os equipamentos e os materiais citados no "caput", bem como os prontuários dos usuários atendidos nas modalidades AD2 e

AD3, serão instalados na estrutura física de uma unidade de saúde municipal, estadual ou do Distrito Federal, a critério do gestor de saúde.

§ 2º Não é obrigatório que o SAD possua sede própria, podendo estar vinculado a um estabelecimento de saúde.

# Onde sediar as EMADs/EMAPs??

Local	Vantagens	Desvantagens	exemplo
Hospital	Retaguardas para leito, medicamentos, exames. busca ativa	pouca integração com a rede, só pós hospitalar	A maioria dos municípios do país
UPA	Território, retaguardas para exames e urgências, busca ativa, integra APS e hospital (PRÉ e POS hosp)		BH, Betim, Uberaba Londrina, Manaus, Volta Redonda
UBS	território	Sobreposição ao AD1/PSF	Blumenau
Sede própria	Facilidade administrativa	Distancia do território	Nova Lima, Cascavel, Guarujá, Rib Preto
Complexo Regulador	Integração a Regulação e SAMU	Distância do território, não há busca ativa	Santos, Itaquaquecetuba (SAMU)
Centro de especialidades	Referencia e contra referencia	Distancia do território, não há busca ativa	Vespasiano

# Check-list para implantação do SAD (Ou, o que deve ser providenciado antes de colocar as equipes em atendimento)

## I) comunicação e informação/divulgação

- Para o SUS local ,para compreensão dos perfis de elegibilidade e dos fluxos de encaminhamento para o SAD
- Para população e conselhos (reuniões, mídia, folders, etc).
- Para rede de apoio social/CRAS e Promotoria Publica,com fins de estabelecer parceria.
- Para a rede básica de cada EMAD de referencia,sugerimos oficina de apresentação/pactuação rede de assistência domiciliar(AD1, AD2 e AD3) do território de abrangência das EMAD/EMAP.

## II) pactuação de fluxos

- Firmar pactuação de fluxos entre os diversos níveis de atenção (AB, Hospitais, UPA, Especialidades, SAMU, Regulação) ,para ingresso e alta do usuário no SAD
- Para exames complementares eletivos e de urgência – laboratoriais e de imagem
- Pactuar Fluxo de óbito em horários de não funcionamento do SAD, com plantonistas do Hospital e/ou UPA.
- Estabelecer fluxo de pacientes entre EMAP/NASF e Núcleos de Reabilitação



## III) Garantia de infraestrutura de funcionamento:

- assistência farmacêutica – garantia de antibioticoterapia de largo espectro, opióides, anticoagulantes etc.
- dietas especiais
- Insumos / Equipamentos (aspiradores, inaladores, equipamentos de O2, Bipap e Cpap, camas, materiais de curativos, sondas, e outros).
- telefones celulares institucionais para cada equipe
- infra-estrutura mínima para sede das equipes, que podem estar compartilhadas com outros Serviços de saúde.



## IV) Garantia de Transporte

- transporte para EMADs 12 hs por dia e todos os dias da semana, e para EMAP em dias úteis.
- transporte dos pacientes ,em caráter eletivo(transporte sanitário) e de Urgência (SAMU).



## V) Capacitação:

- Treinamento das equipes (com foco nos procedimentos adaptados ao ambiente domiciliar, abordagem familiar, orientações aos cuidadores).

### Oferta do MS:

- Cadernos de AD
- Programa multicêntrico de qualificação em AD :19 módulos, on line, gratuitos, auto-instrutivos, pelo site da UnASUS



O  
B  
R  
I  
G  
A  
D  
A



***Mariana e Luciana***  
**CGAD/DAB/SAS/MS**



Ministério da  
Saúde

