

NOTA TÉCNICA Nº 25/2022 - RUE/NEAE/GEPORAS/SSAS/SESA**Gerência de Política e Organização das Redes de Atenção em Saúde****Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde****ORIENTAÇÕES PARA O FUNCIONAMENTO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO DOMICILIAR
PROPOSTAS PELO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO****1. DEFINIÇÕES****1.1. SIGLÁRIO**

AD	ATENÇÃO DOMICILIAR	RAS	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
ARFT	AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL	REMEME	RELAÇÃO ESTADUAL DE MEDICAMENTOS
CHS	CARGA HORÁRIA SEMANAL	REMUME	RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS
EGA	ESCRITÓRIO DE GESTÃO DE ALTA	SAD	SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR
EMAD	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR	SAMU	SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
EMAP	EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE APOIO	SESA	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
NERI	NÚCLEO ESPECIAL DE REGULAÇÃO INTERNAÇÃO	SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
NIR	NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO	UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
PA	PRONTO ATENDIMENTO	UPA	UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
PTS	PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR	SISAB	SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA

1.2. DO OBJETO

Implantação do “Programa Estadual de Atenção Domiciliar” pela Secretaria Estadual da Saúde do Espírito Santo.

1.3. DOS OBJETIVOS

1.3.1. Descrever os fluxos e funcionamento do Programa Estadual de Atenção Domiciliar proposto pela Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, com vistas à sua implantação

e sua articulação com os outros pontos de atenção. Após habilitação, o programa será denominado “Melhor em Casa Estadual”.

1.3.2. Elencar os principais critérios de inclusão e exclusão dos usuários para adesão ou não ao SAD pelo programa estadual, ações de monitoramento e recomendações que possam ser adotadas pela equipe de atenção domiciliar;

2. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Em 2011, o SAD foi efetivado pela Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD), integrando a Rede de Urgência e Emergência (RUE) pelo “Programa Melhor em Casa” e redefinido pela Portaria de Consolidação Nº 5, de 28 de setembro de 2017, que também atualizou as equipes habilitadas.

Esta modalidade assistencial atua de forma complementar ou substitutiva ao cuidado implementado em instituições hospitalares. Apresenta-se como potencial estratégia para a redução de custos por meio da desospitalização, diminuição do risco de infecções secundárias e reinternações,¹ promoção da assistência humanizada, por estar sendo prestada na segurança do lar e favorecer a autonomia e a confiança do paciente e da família, transformando o cenário de hegemonia hospitalar para os cuidados contínuos em saúde no domicílio.^{2,3}

Considerando a Portaria de Consolidação Nº 5, de 28 de setembro de 2017, os proponentes do SAD podem ser as mantenedoras estaduais, municipais ou do Distrito Federal. No caso de o proponente do SAD ser a Secretaria Estadual de Saúde, o projeto deverá ser pactuado com o gestor municipal de saúde do(s) Município(s) em que o SAD atuará, aprovado na Comissão Intergestores Bipartite, não sendo permitida a duplicidade de proponentes para um mesmo Município.

O Programa Estadual de Atenção Domiciliar proposto pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo prima complementar e se articular com a Atenção Primária à Saúde e com os serviços de urgência; ser substitutivo ou complementar à internação hospitalar, sendo responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

3. CONCEITOS IMPORTANTES

Segundo a normativa federal vigente, Portaria de consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, seguem os conceitos principais desta Nota Técnica.

3.1. ATENÇÃO DOMICILIAR

É indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento. É caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, que garantem continuidade e buscam a ampliação da autonomia do usuário, família e cuidador. É organizada em três modalidades:

- a) Atenção Domiciliar 1 (AD1);
- b) Atenção Domiciliar 2 (AD2); e
- c) Atenção Domiciliar 3 (AD3).

A prestação da assistência à saúde na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada casa.

O atendimento aos usuários elegíveis às modalidades AD2 e AD3 é de responsabilidade do SAD. Considera-se elegível na modalidade AD2 o usuário que, tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente:

- I - afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação;
- II - afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal;
- III - necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário;
- IV - prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.

Considera-se elegível, na modalidade AD3, o usuário com quaisquer das situações listadas na modalidade AD2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.

A determinação da modalidade está atrelada às necessidades de cuidado peculiares a cada caso, em relação à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos.

A divisão em modalidades é importante para a compreensão do perfil de atendimento prevalente, e, conseqüentemente, para o adequado planejamento e gestão dos recursos humanos, materiais necessários, e fluxos intra e intersetoriais.

3.2. SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)

É o serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das EMAD e EMAP. As equipes que compõem o SAD são:

- a) Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), que podem ser constituídas como EMAD tipo I ou EMAD tipo II;
- b) Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP).

A EMAD e a EMAP devem ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme as normativas de cadastramento vigentes. A EMAD é pré-requisito para constituição de um SAD, não sendo possível a implantação de uma EMAP sem a existência prévia de uma EMAD. EMAD é pré-requisito para constituição de um SAD, não sendo possível a implantação de uma EMAP sem a existência prévia de uma EMAD. A EMAD terá a seguinte composição mínima:

I – EMAD Tipo 1:

- a) profissional(is) médico(s) com somatório de carga horária semanal (CHS) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;
- b) profissional(is) enfermeiro(s) com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;
- c) profissional(is) fisioterapeuta(s) ou assistente(s) social(is) com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho por equipe; e
- d) profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho por equipe;

II – EMAD tipo 2:

- a) profissional médico com CHS (carga horária semanal) de, no mínimo, 20 (vinte) horas de trabalho;
- b) profissional enfermeiro com CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho;
- c) profissional fisioterapeuta ou assistente social com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho; e
- d) profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho.

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

I - assistente social;

II - fisioterapeuta;

III - fonoaudiólogo;

IV - nutricionista;

V - odontologista;

VI - psicólogo;

VII - farmacêutico; ou

VIII - terapeuta ocupacional.

4. ORGANIZAÇÃO DO PROGRAMA ESTADUAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR

O Programa Estadual de Atenção Domiciliar será organizado a partir de uma base territorial, sendo referência em atenção domiciliar para uma população definida e será relacionado aos demais serviços de saúde que compõem a RAS, em especial com a atenção básica, atuando como matriciadores dessas equipes, quando necessário.

O Programa atenderá aos usuários do SUS procedentes de hospitais contratualizados e próprios do Estado e de serviços de urgência e emergência, bem como aos usuários provenientes da Atenção Primária de Saúde.

4.1. FINANCIAMENTO

Inicialmente, o Programa seguirá com financiamento estadual e, após habilitação junto ao Ministério da Saúde, seguirá com recursos orçamentários oriundos do orçamento do Ministério da Saúde federal, de acordo com a Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de Setembro de 2017. Após habilitação, o programa será denominado “Melhor em Casa Estadual”.

4.2. FUNÇÕES GERAIS

Nas três modalidades de AD, as equipes responsáveis pela assistência terão como atribuição:

I - trabalhar em equipe multiprofissional integrada à Rede de Atenção à Saúde;

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

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

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

V - utilizar linguagem acessível, considerando o contexto;

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

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

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

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

d) A EMAD realizará atendimento, no mínimo, 1 (uma) vez por semana a cada usuário;

e) Durante o período em que o usuário estiver sob os cuidados do SAD, a equipe de atenção básica de sua referência deverá compartilhar o cuidado, participando na elaboração do PTS daquele usuário;

f) Estima-se, em média, o atendimento de 60 (sessenta) usuários para cada EMAD Tipo 1;

g) O SAD oferecerá, no mínimo, 12 (doze) horas/dia de funcionamento, de modo que o trabalho da EMAD seja no formato de cuidado horizontal (diarista) em dias úteis e nos finais de semana e feriados, de forma a assegurar a continuidade da atenção em saúde, podendo utilizar, nestas ocasiões, o regime de plantão;

h) As equipes contarão com infraestrutura especificamente destinada para o seu funcionamento que contemple:

I - equipamentos;

II - material permanente e de consumo;

III - aparelho telefônico;

IV - veículo(s) para locomoção das equipes.

5. CRITÉRIOS DE PARTICIPAÇÃO DO PROGRAMA

Quadro 1. Critérios de elegibilidade, inelegibilidade, exclusão e priorização dos usuários para o Programa Estadual de Atenção Domiciliar.

ELEGIBILIDADE	INELEGIBILIDADE
- Estabilidade clínica; - Residência localizada no raio de 50 km do hospital de referência; - Solicitação direcionada preferencialmente pelo NIR/EGA; - Possibilidade de treinamento de paciente e cuidador frente às novas condições e limitações provisórias e permanentes; - Término de medicamentos injetáveis; - Realização de curativos; - Para monitoramento de pacientes portadores de doenças crônicas agudizadas, incluindo aqui o processo do autocuidado; - Processos infecciosos prolongados ou recidivantes; - Cuidados paliativos;	- Necessidade de monitorização contínua; - Necessidade de assistência contínua da enfermagem; - Necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência; - Necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência, ou necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva contínua; - Ausência de organização familiar, social e domiciliar para recebimento de alta hospitalar que permita a continuidade do tratamento no domicílio.
CRITÉRIOS DE DESLIGAMENTO/ ALTA/ EXCLUSÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR	
- Pacientes instáveis do ponto de vista hemodinâmico com necessidade de monitorização contínua; - Risco à integridade da equipe de saúde e impossibilidade de acesso ao domicílio do paciente; - Patologias graves sem possibilidade de controle domiciliar; - Mudança de área de abrangência, com a transferência à equipe responsável pela área do novo domicílio; - Inexistência de um cuidador, quando este for fundamental para manter o paciente em cuidados domiciliares; - Recusa do acompanhamento; - Recuperação das condições de deslocamento até a unidade de saúde; - Ausência das condições que o elejam ao SAD, com encaminhamento para outro ponto de atenção à saúde como a atenção básica; - Solicitação de desligamento a pedido do paciente e/ou familiar; - Descumprimento das combinações construídas no plano de cuidados, após tentativas de negociação/repactuação entre equipe/família/cuidador/usuário com o objetivo de reconstruir vínculo; - Piora de condições domiciliares mínimas que comprometa resolutividade e/ou segurança na atenção domiciliar, em casos específicos;	

Fonte: Adaptado do Ministério da Saúde, 2016.

Observações:

- a) Para desligamento do usuário é necessário haver ampla discussão do caso com toda a equipe multidisciplinar; seja qual for a razão do desligamento, da exclusão ou da alta da AD, esta deve ser adequada e minuciosamente registrada no prontuário;
- b) Caso haja necessidade de atendimento ambulatorial de média ou alta complexidade (consultas e exames especializados), a equipe da EMAD deverá, em articulação com à Estratégia de Saúde da Família e/ou UBS responsável pelo paciente.
- c) Caso paciente seja encaminhado para UPA/PA, havendo necessidade de internação hospitalar, haverá sua desvinculação imediata do Programa. Se futuramente necessária, uma nova inserção no Programa será via fluxo da Rede de Atenção à Saúde.
- d) Caso o paciente seja encaminhado para UPA/PA, e não houver necessidade de internação hospitalar, o cuidador/responsável deverá realizar contato com a equipe do Programa Estadual de Atenção Domiciliar.

6. RESPONSABILIDADES E OPERACIONALIZAÇÃO

6.1. RESPONSABILIDADES DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- a) Definições relativas ao uso do sistema de informações, módulo e-SUS AD;
- b) Definição de processos de monitoramento e avaliação com definição de indicadores e periodicidade de realização, a fim de avaliar a atuação do SAD;
- c) Realizar o transporte do paciente com necessidade de atendimento pré-hospitalar de urgência através do SAMU conforme critérios da sua regulação médica;
- d) Liberação de fórmulas nutricionais e medicamentos contemplados na REMEME atualizada pela GEAF da SESA;
- e) Validação dos procedimentos assistenciais elaborados pela equipe de SAD.
- f) Realizar assessoria técnica aos municípios com SAD nos processos de implantação e implementação de novas equipes, e nos processos assistenciais e de gestão;

- g) Realizar avaliação e monitoramento dos SAD por meio de visita remotas e in loco;
- h) Promover e participar dos processos que envolvam Educação Permanente e Continuada;

6.2. RESPONSABILIDADES DO MUNICÍPIO

- a) Captação e triagem dos pacientes, continuidade da atenção;
- b) Liberar exames seguindo os pré-requisitos regidos em contrato de serviços com a Secretaria Municipal de Saúde;
- c) Liberar os insumos e medicamentos contemplados na REMUME atualizada pela Assistência Farmacêutica Municipal;
- d) Dar suporte de ambulâncias do município para transporte de pacientes para a alta hospitalar e situações específicas, conforme avaliação da equipe;
- e) Atender a necessidade de transporte sanitário do paciente para atendimentos eletivos ou de baixa complexidade, conforme avaliação da equipe;

6.3. RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DO PROGRAMA ESTADUAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR

- a) Definição de escala dos profissionais, contemplando o funcionamento mínimo do SAD por 12 horas/dia, 7(sete) dias da semana;
- b) Disponibilização de equipamentos de trabalho para a equipe: glicosímetro, esfigmomanômetro, estetoscópio, suporte de soro, termômetro, oxímetro, dentre outros;
- c) Providência de cartão de acompanhamento de dispensação de dieta, acompanhamento de fluxos de entradas de medicamentos na farmácia cidade;
- d) Realização de reuniões de equipe com a equipe das Unidades de saúde para planejamento e organização do PTS;
- e) Disponibilização de veículo para cada EMAD por 12 horas/dia e todos os dias da semana. Os veículos devem ser identificados conforme orientação da coordenação do Programa Estadual de Atenção Domiciliar;

- f) Realização da prescrição dos medicamentos que serão retirados na Farmácia Cidadã ou rede municipal do endereço de residência do usuário;
- g) Busca ativa para seleção e enquadramento dos usuários para inserção no Programa em ambiente hospitalar;
- h) Orientação no momento da admissão sobre a necessidade de reinternação, intercorrências e demais situações;
- i) Em caso de óbito no horário de funcionamento do “Programa Estadual de Atenção Domiciliar”, o atestado deve ser preferencialmente emitido pelo médico da equipe ou da APS do território domiciliar do paciente;
- j) No caso de prescrição de medicamentos fornecidos pela rede municipal de saúde, essa deverá ser feita em consonância com a REMUME.
- k) Fornecer relatórios assistenciais mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde;
- l) Enviar mensalmente à Secretaria de Estado da Saúde indicadores conforme definido pela Coordenação Estadual do Programa;
- m) Avaliar condição domiciliar para efetivação da desospitalização de pacientes complexos, retornando a informação ao hospital em tempo hábil.

6.4. RESPONSABILIDADES DO HOSPITAL DE ORIGEM DO PACIENTE

- a) Em caso de intercorrência, o usuário é orientado a buscar o serviço de uma Unidade de Urgência e Emergência. Havendo necessidade de internação, a regulação será feita via NERI e na solicitação de vaga deverá conter a informação de que o usuário é assistido pelo Programa Estadual de Atenção Domiciliar;
- b) Na alta hospitalar para a AD, disponibilizar materiais e medicamentos necessários à continuidade do cuidado para pelo menos os primeiros 15 (quinze) dias corridos;
- c) Realizar e colaborar na busca ativa para captação de usuários para o Programa Estadual de Atenção Domiciliar, cedendo espaço para discussão dos casos para enquadramento juntamente com equipe assistencial.

6.5. RESPONSABILIDADES SOBRE O TRANSPORTE DO USUÁRIO

- a) Em caso de intercorrência diversa ao motivo da assistência domiciliar, o paciente deve procurar a Unidade de Pronto Atendimento e demais serviços disponíveis no município.

6.6. OPERACIONALIZAÇÃO DA ADMISSÃO NO PROGRAMA ESTADUAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR

- a) As EMAD deverão fazer visitas aos hospitais onde prestarão atendimento junto às equipes dos Escritórios de Gestão de Altas (EGA) ou dos Núcleos Interno de Regulação (NIR), para realizarem a busca de pacientes elegíveis ao programa;
- b) O médico assistente ou médico do Escritório de Gestão de Altas deverá preencher o formulário solicitando avaliação do escritório de altas. A equipe do Programa Estadual de Atenção Domiciliar avaliará o formulário. Caso o paciente seja elegível, a equipe do EMAD realizará visita hospitalar para construção do plano terapêutico e preparação da alta;
- c) Após confirmação do fluxo acima, a equipe realizará visita ao domicílio do paciente para avaliar se as instalações estão adequadas para o tipo de cuidado necessário. Caso positivo, deliberar-se-á um cuidador pela família para os casos elegíveis.
- d) Realizadas as prévias etapas, o dia da alta deverá ser programado com a equipe hospitalar, confirmando plano terapêutico, medicamentos e materiais necessários para o término do tratamento. A equipe realizará contato com a unidade de saúde responsável pela região do paciente e o plano de cuidado será definido em conjunto pela equipe multidisciplinar.

6.7. OPERACIONALIZAÇÃO DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS, FÓRMULAS NUTRICIONAIS E INSUMOS

- a) As equipes dos EGA dos hospitais deverão identificar os pacientes internados passíveis para análise do SAD para possível inclusão no Programa;
- b) A Equipe do SAD avaliará a inclusão do paciente elegível no Programa com base na: estabilidade clínica; ambiência domiciliar de acordo com o cuidado necessário; contexto

familiar; presença de cuidador responsável nos casos elegíveis e demais critérios de elegibilidade;

c) A equipe do SAD elaborará o PTS do paciente eleito com a prescrição de insumos, medicamentos e fórmulas nutricionais necessárias para realização do tratamento domiciliar e preencherá toda documentação necessária para sua obtenção;

d) O serviço social do SAD entregará e orientará ao procurador/responsável do paciente a conduta necessária para acesso aos insumos, medicamentos e fórmulas nutricionais prescritos, seja nas unidades municipais de saúde e/ou nas farmácias cidadãos estaduais referência de seu município. Esses documentos devem estar identificados como Programa Estadual de Atenção Domiciliar, em destaque, no campo “Nome do estabelecimento de saúde solicitante” do Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) e/ou Laudo de Solicitação de fórmulas Nutricionais (LFN) e/ou no próprio receituário médico;

e) O acesso aos medicamentos fornecidos pela rede municipal de saúde deve seguir as instruções da Assistência Farmacêutica do município de residência do usuário seguindo as orientações a seguir:

I.Os medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica deverão ser retirados na Unidade Básica de Saúde de Referência no município onde o usuário reside com a respectiva documentação necessária.

II.O acesso aos medicamentos prescritos ocorrerá considerando a disponibilidade do item em estoque, e em consonância com a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de cada município.

III.O acesso aos insumos ocorrerá segundo a organização, disponibilidade e lista padronizada de materiais médico hospitalares de cada município.

f) Sempre que se identificar a necessidade o SAD, poderá ser realizado contato com os municípios a fim de conhecer a lista dos medicamentos e insumos padronizados.

g) Em relação ao acesso dos medicamentos e fórmulas nutricionais inseridos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica faz-se saber:

i. O fornecimento é realizado pela Farmácia Cidadã Estadual referência do município do paciente mediante apresentação de documentos e exames necessários para abertura do processo presencial ou via solicitação *online*;

ii. As informações relativas a solicitação, documentação e exames necessários para abertura do processo estão disponíveis no endereço eletrônico:
<https://farmaciacidade.es.gov.br/documentacao-necessaria-para-abrir-processo-de-medicamento>.

iii. Na abertura do processo na Farmácia Cidadã Estadual, deve ser informado e identificado que se trata do Programa Estadual de Atenção Domiciliar.

iv. Tanto a abertura do processo quanto a retirada dos itens na Farmácia Cidadã Estadual poderão ser realizadas por representante do SAD, devidamente identificado, mediante apresentação de procuração simples, conforme modelo disponível no endereço:
www.farmaciacidade.es.gov.br

Assim que a solicitação for analisada e os itens forem disponibilizados, a equipe do SAD deve comunicar ao serviço social do hospital, que auxiliará os processos administrativos e informará ao médico assistente para que se prossiga com os procedimentos relativos à alta hospitalar.

h) Da continuidade do tratamento:

i. No caso de medicamentos do Componente Especializado, devem-se verificar os exames necessários para continuidade do tratamento disponível no endereço eletrônico:
<https://farmaciacidade.es.gov.br/documentacao-necessaria-para-abrir-processo-de-medicamento> no campo “MONITORIZAÇÃO” (Renovação de Exames).

ii. No caso de medicamentos do Componente Básico, deve-se verificar a vigência das prescrições de uso contínuo no município e quando a sua renovação deverá ser feita pelo prescritor.

7. FLUXO DE ÓBITOS

Considerando a Resolução do CFM nº 1.779/2005, a declaração de óbito (DO) deve ser emitida pelo médico que vinha prestando assistência ao paciente, sempre que possível. Nos casos de **morte natural** (na ausência de sinais externos de violência e sem causas suspeitas) com assistência do paciente em tratamento sob regime domiciliar (Estratégia da Saúde da Família, internação domiciliar, Programa de Atenção Domiciliar, entre outros), a declaração de óbito deverá ser fornecida pelo médico pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, ou pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbito), caso o médico não consiga correlacionar o óbito com o quadro clínico concernente ao acompanhamento do paciente.

Em complemento, segundo o “Manual de Instruções para Preenchimento da Declaração de Óbitos”, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022), a DO será emitida pelo médico responsável pela assistência, ou designado pela instituição que prestava assistência, ou pertencente ao programa ao qual o paciente estava cadastrado, ou Unidade de Saúde da Família mais próxima do local onde ocorreu o óbito, ou médico do SVO.

8. MONITORAMENTO E INDICADORES

A equipe de SAD deverá emitir e enviar relatórios periodicamente para monitoramento pela equipe técnica da Rede de Urgência e Emergência Estadual. O propósito do monitoramento de indicadores é induzir o alinhamento dos serviços aos seus objetivos e a melhoria das informações que caracterizam o SAD.

Quadro 2 – Indicadores obrigatórios de monitoramento do Programa Estadual de Atenção Domiciliar.

Indicador	Fonte	Método de cálculo	Resultado mínimo mensal esperado
Percentual mensal de usuários do SAD procedentes de hospitais e de serviços de urgência.	Ficha de avaliação de Elegibilidade de atenção domiciliar do SISAB	Total de usuários procedentes de internação hospitalar + total de usuários procedentes de serviços de urgência/emergência no mês / Total de usuários admitidos no mesmo período (x 100)	- Para municípios com 500 mil habitantes ou mais: $\geq 40\%$; - Para municípios com menos de 500 mil habitantes: $\geq 30\%$.
Percentual mensal de desfecho “alta”	Ficha de atendimento da atenção domiciliar do SISAB	Total de usuários com desfechos “alta clínica” + Total de usuários com desfechos “encaminhamento para AB (AD1)” no mês/ Total de usuários em acompanhamento no SAD no mesmo período (x 100).	$\geq 10\%$

Fonte: DAHU/SAS/MS.

Quadro 3 – Indicadores sugeridos para o monitoramento do Programa Estadual de Atenção Domiciliar.

Indicador	Periodicidade	Descrição	Método de cálculo	Fonte
1–Média de permanência geral por equipe	Semestral	Tempo médio de permanência dos usuários no SAD.	Total de dias de permanência dos usuários que tiveram alta do SAD no período/ Total de usuários que tiveram alta do SAD no mesmo período.	e-SUS e registro local
2–Percentual de encaminhamentos para internação hospitalar ou serviços de urgência	Semestral	Percentual de usuários encaminhados para internação hospitalar ou serviços de urgência por grupo de CID.	Total de usuários encaminhados para internação hospitalar ou serviços de urgência por grupo de CID no período/ Total de usuários com o mesmo grupo de CID no mesmo período (x 100).	e-SUS e registro local
3–Proporção de atendimentos realizados por categoria profissional	Semestral	Proporção de atendimentos realizados por cada categoria profissional das equipes de EMAD e EMAP.	Total de atendimentos por CBO no período/ Total de atendimentos do SAD ou equipe no mesmo período.	e-SUS e registro local
4–Percentual de óbitos declarados no domicílio	Anual	Percentual de usuários do SAD que vieram a óbito no domicílio com declaração de óbito emitida pelo médico da EMAD.	Total de declarações de óbito emitidas pelo médico da EMAD no período/ Total de óbitos de usuários do SAD ocorridos no domicílio no mesmo período (x 100)	e-SUS e registro local
5–Média de visitas por usuário	Mensal	Média de visitas recebidas por usuário do SAD.	Total de visitas realizadas pelo SAD no período/ Total de usuários do SAD no mesmo período.	e-SUS e registro local
6–Média de visitas por equipe (no caso de SADs com mais de uma EMAD)	Mensal	Média de visitas realizadas por equipe em determinado período.	Total de visitas realizadas pelas equipes no período/ Total de equipes no mesmo período.	e-SUS e registro local
7– Percentual de admissão em AD no período	Mensal	Percentual de usuários em AD admitidos no período	Total de usuários admitidos no SAD no período/ Total de usuários do SAD no mesmo período (X 100).	e-SUS e registro local
8-Percentual de reinternação	Mensal	Percentual de usuários com nova internação hospitalar num período menor que 48 horas da admissão do programa.	Total de usuários reinternados e/ou atendidos na Unidade de Pronto Atendimento(UPA/PA) / Total de usuários do SAD no mesmo período (X 100).	Registro local
9 – Proporção de atendimentos realizados por categoria profissional de composição do Atenção Domiciliar.	Mensal	Proporção de atendimentos realizados por cada categoria profissional das equipes de EMAD e EMAP.	Total de atendimentos por CBO no período/ Total de atendimentos do SAD ou equipe no mesmo período.	e-SUS e registro local

Fonte: DAHU/SAS/MS.

9. ORIENTAÇÕES GERAIS

Outras informações estarão acessíveis nos documentos formais disponíveis e emitidos pela SESA. Demais informações técnicas oficiais sobre programas de atenção domiciliar estão disponíveis nos sítios eletrônicos oficiais do Ministério da Saúde.

10. REFERÊNCIAS

1. NERY, B.L.S; FAVILLA, F.A.T; ALBURQUEQUE. A.P.A; SALOMON, A.L.R. Características dos serviços de atenção domiciliar. **Rev. Enferm.** UFPE on line. 2018;12(5):1422-9. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/230604/28903>
2. SILVA, K.L; SILVA, Y.C; LAGE, É.G; PAIVA, P. A; DIAS, O.V. **Por que é Programa de Atenção Domiciliar ? A percepção de usuários e cuidadores da atenção domiciliar.** Cogitare Enferm. 2017;22(4): 49660.
3. CASTOR, C.; LANDGREN, K; HANSSON, H; KRISTENSSON. H.I. **A possibility for strengthening family life and health: Family members' lived experience when a sick child receives home care in Sweden.** Health Soc Care Community. 2018;26(2):224-31.
4. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Domiciliar: Programa de Atenção Domiciliar** . Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 2012.
5. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de monitoramento e avaliação : Programa de Atenção Domiciliar** . Departamento de Atenção Básica, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência , Brasília, 2016.
6. RIBEIRÃO PRETO. **Manual do Serviço de Assistência Domiciliar**, Secretaria Municipal da Saúde. Ribeirão Preto, 2007.
7. BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito.** 4a ed. Brasília, 2011.
8. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº1779 de 11 de novembro de 2005. **Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de óbito.** Revoga a Resolução CFM n. 1601/2000. Disponível em < http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2005/1779_205.htm>

ALYSSON ALMEIDA LORENTZ

Área Técnica Estadual de Rede de Urgência e Emergência- RUE/NEAE/GEPORAS/SESA

AMANDA ROCHA VIEIRA DE MELLO

Área Técnica Estadual de Rede de Urgência e Emergência- RUE/NEAE/GEPORAS/SESA

CARLOS ROBERTO GUERRA FREITAS

Coordenador Estadual da Rede de Urgência e Emergência/NEAE/GEPORAS

Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

DAYS KOEHLER BEHNING

Gerência de Política e Organização das Redes de Atenção em Saúde

Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde

JOSÉ MARIA JUSTO

Subsecretaria de Estado de Atenção à Saúde

Secretaria de Estado da Saúde

ASSINATURAS (5)

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

ALYSSON ALMEIDA LORENTZ
FISIOTERAPEUTA - QSS
NEAE - SESA - GOVES
assinado em 07/11/2022 17:20:16 -03:00

CARLOS ROBERTO GUERRA FREITAS
MEDICO - DT
NERUE - SESA - GOVES
assinado em 07/11/2022 17:47:37 -03:00

DAYS KOEHLER BEHNING
GERENTE QCE-03
GEPORAS - SESA - GOVES
assinado em 07/11/2022 18:03:21 -03:00

AMANDA ROCHA VIEIRA DE MELLO
ENFERMEIRO - DT
NEAE - SESA - GOVES
assinado em 08/11/2022 09:40:58 -03:00

JOSE MARIA JUSTO
SUBSECRETARIO ESTADO QCE-01
SSAS - SESA - GOVES
assinado em 08/11/2022 08:12:21 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 08/11/2022 09:40:58 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por ALYSSON ALMEIDA LORENTZ (FISIOTERAPEUTA - QSS - NEAE - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2022-T76WG7>