



**Melhor em Casa**

A SEGURANÇA DO HOSPITAL NO  
CONFORTO DO SEU LAR

**Manual Instrutivo para  
Adesão dos Hospitais do S.O.S  
Emergências ao Programa  
Melhor em Casa**

**Brasília, 19 de junho de 2013**

## ÍNDICE:

1. Introdução	03
2. Características Técnicas do Serviço de Atenção Domiciliar - SAD:	
2.1 Descrição do funcionamento da EMAD ligada aos Hospitais integrantes do S.O.S Emergências	05
2.2 Critérios de Inclusão nas Modalidades de Atenção Domiciliar	08
2.3 Infraestrutura	09
4. Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação	10
5. Adesão e custeio	11
6. ANEXO A: Tabela 1 - Indicadores sugeridos de Desospitalização	13
7. ANEXO B: Roteiro técnico para elaboração do Projeto de Implantação da Equipe de Atenção Domiciliar no âmbito do SOS Emergências	15

## 1. Introdução:

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.

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).

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

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

Desta forma, podemos ter várias situações:

- Assim, uma [equipe de saúde da família](#) (ESF) pode indicar a inserção de um idoso acamado em decorrência de seqüela de AVC, inserido na modalidade AD1, e que evoluiu com pneumonia comunitária, na modalidade AD2 sob cuidados de uma [Equipe multiprofissionais de Atenção Domiciliar](#) (EMAD);
- Da mesma forma, um politraumatizado que dá entrada na porta de urgência/emergência de um Hospital [do Programa S.O.S Emergências](#), 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 [Equipe multiprofissionais de Apoio](#) (EMAP).

- Por outro lado, um paciente que está hospitalizado pode ter condições e indicação de concluir/continuar o plano de cuidados em casa, sob os cuidados de uma EMAD, liberando um leito que funciona como retaguarda da emergência deste mesmo hospital.

Podemos classificar a atenção domiciliar de acordo com o tipo de serviço que a indica:

- **Pré-hospitalar:** quando a AD é a indicada como alternativa à internação hospitalar. 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, tal qual uma regulação estruturada, o estabelecimento de protocolos clínicos que ajudem a definir a indicação da AD e a modalidade a qual o paciente estará inserido, e a capacidade de comunicação entre as equipes e os serviços, de modo que tenhamos uma “rede quente”, viva, que consiga dar respostas em tempo oportuno, de forma qualificada e resolutiva.

A Atenção Domiciliar foi redefinida em 2011 no âmbito do SUS e as normativas evoluíram no sentido de ampliar a elegibilidade dos municípios. Recentemente, a possibilidade de adesão ao Melhor em Casa foi universalizada para todos os municípios brasileiros através da Portaria 963 de 27 de maio de 2013 que revogou e substituiu as anteriores e alterou a forma de financiamento federal para custeio das equipes.

Ainda de acordo a portaria citada, a Atenção Domiciliar é um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e deverá ser estruturada de forma articulada e integrada aos outros componentes e à Rede de Atenção à Saúde.

Os serviços de atenção domiciliar (SAD) têm se constituído como um potente dispositivo para evitar internações hospitalares desnecessárias nas Portas de Entrada de Urgências e Emergências, além de proporcionar o abreviamento de internações hospitalares, quando indicado clinicamente, com a ampliação dos leitos de retaguarda.

Atualmente, o governo federal, juntamente com estados, municípios e gestores hospitalares, promove o enfrentamento das principais necessidades dos hospitais do país, com o objetivo de melhorar a gestão, qualificar e ampliar o acesso aos usuários em situações de urgência, reduzir o tempo de espera, e garantir atendimento ágil, humanizado e com acolhimento.

A Portaria 1600 de 07 de julho de 2011 reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. O Programa SOS Emergências, lançado em 08 de novembro de 2011, é uma ação estratégica do Ministério da Saúde em conjunto com os estados, municípios e Distrito Federal, para a melhoria do atendimento de urgência e emergência à população.

O programa é regulamentado pela Portaria de nº 1.663, de 6 de agosto de 2012 e sua finalidade é atuar de forma mais organizada, ágil e efetiva sobre a oferta da assistência nas grandes emergências do país, além de estimular ou induzir a organização e implantação da Rede Urgência e Emergência (RUE) e assessorar tecnicamente a equipe do hospital para a melhoria da gestão e qualidade assistencial. Esta iniciativa alcançará até 2014, os 40 maiores hospitais brasileiros, abrangendo os 26 estados e o Distrito Federal.

Considerando o potencial de desospitalização da Atenção Domiciliar, a **Portaria 1208 de 18 de junho de 2013** integra o Programa Melhor em Casa e o Programa SOS Emergências, possibilitando que cada hospital do Programa possua uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD tipo I), para além do teto máximo de equipes do SAD do município, com o objetivo de realizar busca ativa de pacientes elegíveis, apoiar e matriciar as equipes do hospital para identificação destes e realizar desospitalização segura e efetiva, articulada e integrada com a rede de saúde do território.

## **2. Características Técnicas do Serviço de Atenção Domiciliar - SAD:**

### **2.1 Descrição do funcionamento da EMAD ligada aos Hospitais integrantes do S.O.S Emergências:**

Como visto na introdução, a atenção domiciliar se constitui como uma “porta de saída” qualificada para os serviços de urgência/emergência, sendo fundamental um

constante diálogo dos hospitais e outros estabelecimentos que possuam estes serviços com as Equipes de Atenção Domiciliar do Programa Melhor em Casa no território.

No entanto, devido ao fato dos hospitais inseridos no **S.O.S Emergências** serem de grande porte e desempenharem papel estratégico na rede de atenção à saúde a qual compõem, poderão contar com Equipes de Atenção Domiciliar (01 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar – EMAD tipo I por hospital) destacadas exclusivamente para potencializar/qualificar esta articulação com o território (Atenção Básica e Serviço de Atenção Domiciliar), visando as dimensões pré-hospitalar (evitando internações desnecessárias a partir das portas de urgência/emergência) e pós-hospitalar (abreviando internações e disponibilizado leitos de retaguarda). A EMAD tipo I é composta por profissionais médicos, com somatório de carga horária semanal (CHS) mínima de 40 horas; enfermeiros, com somatório de CHS mínimo de 40 horas; auxiliares/técnicos de enfermagem com CHS mínimo de 120 horas; profissional fisioterapeuta e/ou assistente social com CHS mínimo de 30 horas.

A EMAD tipo I vinculada ao Hospital do Programa SOS Emergências não estará contabilizada no teto máximo de equipes do SAD determinado pela Portaria 963 de 27 de maio de 2013. Vale ressaltar que esta EMAD faz parte do Programa Melhor em Casa, devendo trabalhar de forma integrada com o Serviço de Atenção Domiciliar do município e/ou estado.

A equipe do SOS deverá responsabilizar-se pelo cuidado dos usuários desospitalizados, de forma articulada com a atenção básica, cuja residência não tenha equipes do Serviço de Atenção Domiciliar de referência no território. A transição do cuidado poderá ser feita para a atenção básica, nos casos de usuários classificados na modalidade AD1. Já a transição para as demais equipes de atenção domiciliar ocorrerá quando os pacientes elegíveis, classificados nas modalidades AD2 e AD3, residirem no território com equipes de referência do SAD. Quando necessário ao cuidado dos pacientes no domicílio, as EMAPs (Equipes Multiprofissionais de Apoio) do território e/ou o NASF deverão ser acionados.

A equipe deverá estar integrada a todos os setores do hospital, de forma a apoiar e matriciar os trabalhadores na identificação de pacientes elegíveis para atenção domiciliar,

articulada com o Núcleo Interno de Regulação - NIR e participar do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar – NAQH, compartilhando a implantação e o planejamento das atividades relacionadas a desospitalização através da atenção domiciliar.

Para a desospitalização segura, a alta deverá ocorrer de forma programada, de acordo com a complexidade do cuidado necessário no domicílio, sendo a abordagem familiar de forma humanizada e acolhedora fundamental no processo. A identificação e capacitação do cuidador ainda no ambiente hospitalar, possibilitando maior autonomia do cuidador e do paciente, poderá diminuir a ocorrência de reinternações.

Desta forma, são **atributos da EMAD** ligadas aos Hospitais integrantes do **S.O.S Emergências**:

- Trabalhar em equipe multiprofissional, integrada com o território (Melhor em Casa e EAB), realizando a transição do cuidado para estas equipes;
- Responsabilizar-se pelo cuidado dos usuários desospitalizados, quando forem classificados como AD2/AD3 e não existir EMAD no território (município não aderiu ao Melhor em Casa ou aderiu, mas ainda não existe cobertura na área de residência do usuário). Neste caso, a EMAD deverá realizar o cuidado de forma articulada à atenção básica;
- Realizar busca ativa no hospital (porta de urgência/emergência e nos leitos) para identificar usuários elegíveis, a partir de protocolos de elegibilidade (Portaria 963 e protocolo de elegibilidade local);
- Apoiar implantação do “protocolo para desospitalização” em todo o hospital, de forma articulada ao Núcleo Interno de Regulação (NIR);
- Compôr a equipe do NAQH (Núcleo de Acesso e Qualidade hospitalar) participando das reuniões e compartilhando o processo de planejamento para a implantação e desenvolvimento das atividades relacionadas à Atenção Domiciliar;
- Fazer apoio matricial para conjunto de setores e equipes do hospital na identificação de pacientes elegíveis para a atenção domiciliar;
- Apoiar na alta programada de usuários internados, através do estabelecimento de fluxos e protocolos com todos os setores do hospital.

- Apoiar na identificação e capacitação do cuidador ainda dentro do ambiente hospitalar, possibilitando desospitalização segura, maior autonomia do cuidador e do paciente, diminuindo a necessidade e frequência de reinternações;
- Promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares e/ou cuidador dos usuários; abordando-os como sujeitos do processo e executor das ações e cuidados, de forma a respeitar os seus limites e potencialidades;
- Acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de Atenção Domiciliar;
- Promover reuniões para cuidadores e familiares;
- Participar da educação permanente promovida pelos gestores;
- Assegurar, em caso de óbito, que o médico da EMAD, nas modalidades AD2 e AD3, ou o médico da Equipe de Atenção Básica, na modalidade AD1, emita o atestado de óbito.

## **2.2 Critérios de Inclusão nas Modalidades de Atenção Domiciliar**

- **Critérios de inclusão na modalidade AD1:**

- I - apresentar problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde;
- II - necessitar de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, e de menor frequência, dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); e
- III - não se enquadrar nos critérios previstos para o AD2 e AD3 descritos na Portaria.

- **Critérios de inclusão na modalidade AD2:**

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



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

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

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

XI - necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória;

XII- necessidade de cuidados paliativos;

XIII - necessidade de medicação endovenosa ou subcutânea;

- **Critérios de inclusão na modalidade AD3:**

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

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

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

a) Suporte Ventilatório não invasivo:

i. Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP);

ii. Pressão Aérea Positiva por dois Níveis (BIPAP);

b) diálise peritoneal; e

c) paracentese.

➤ **São critérios para não inclusão no SAD, em qualquer das três modalidades, a presença de pelo menos uma das seguintes situações:**

I - necessidade de monitorização contínua;

II - necessidade de assistência contínua de enfermagem;

III - necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência;

IV - necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou

V - necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva contínua.

### **2.3 Infraestrutura**

A equipe que estará sediada no Hospital deverá contar com infraestrutura especificamente destinada ao seu funcionamento, que contemple:

- equipamentos,
- material permanente e de consumo;
- aparelho telefônico; e
- veículo(s) para garantia da locomoção das equipes.

Os equipamentos e os materiais citados acima, bem como os prontuários dos usuários atendidos nas modalidades AD2 e AD3 deverão ser instalados na estrutura física do Hospital ao qual a equipe estará vinculada. Importante salientar a necessidade da segunda via dos prontuários que permanecerão no domicílio.

### **3. Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação**

Os procedimentos produzidos pela equipe no cuidado domiciliar deverão ser informados no Registro das Ações Ambulatoriais em Saúde - Atenção Domiciliar (RAAS-AD), ou outro que o substituir. Já os dados e indicadores referentes a busca ativa, atividades dentro do ambiente hospitalar e de articulação com a rede que resultam na desospitalização de pacientes elegíveis deverão ser informados via FormSUS, sendo importante e condicionante para acompanhamento, repasse dos recursos e cálculo dos indicadores.

Os indicadores de desospitalização que deverão ser informados através do FormSUS encontram-se na **Tabela 1**. podem ser consultados no Manual de Monitoramento e Avaliação do Programa Melhor em Casa.

A descrição dos indicadores têm como objetivo apoiar a coordenação do SAD e as equipes a realizarem análise do serviço ofertado, diagnóstico do processo de trabalho e levantamento de alternativas e soluções para a melhoria da qualidade da atenção domiciliar. A descrição completa de todos os indicadores sugeridos, especialmente os referentes ao cuidado domiciliar, informados através do RAAS-AD encontram-se no Manual de Acompanhamento e Monitoramento da Atenção Domiciliar disponível no site [dab.saude.gov.br/melhoremcasa](http://dab.saude.gov.br/melhoremcasa).

#### 4. Adesão e custeio:

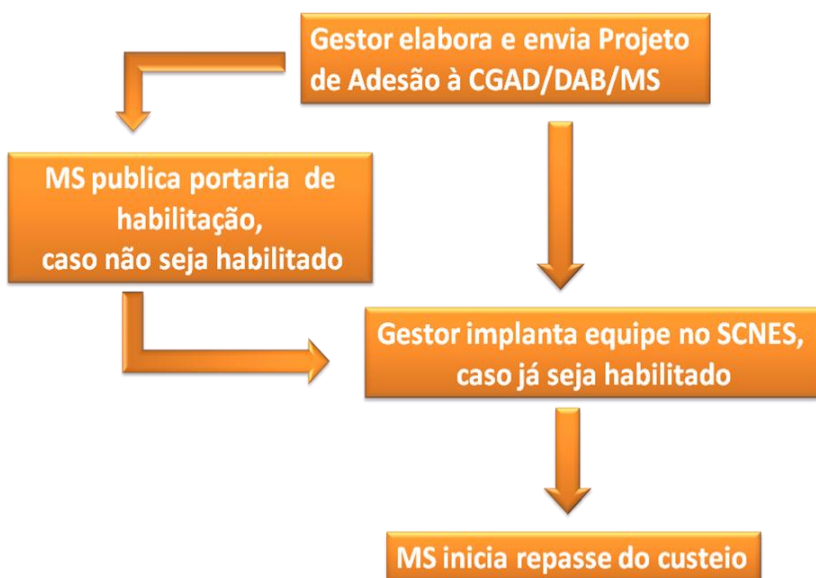
##### 4.1 Adesão:

Para integração do Programa Melhor em Casa e SOS Emergências, o gestor municipal ou estadual deve encaminhar ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS) o **Projeto de Implantação da Equipe de Atenção Domiciliar no âmbito do SOS Emergências (ANEXO A)**, para análise técnica. A partir da aprovação do projeto, o Ministério da Saúde publicará Portaria de Habilitação, caso o estabelecimento não seja habilitado, e o repasse financeiro será realizado mensalmente mediante a implantação da equipe no SCNES pelo gestor local.

Somente os hospitais ligados ao **Programa S.O.S Emergências** poderão contar com a EMAD de que trata este documento, através da adesão do gestor local (gestão própria ou contrato de gestão).

No caso de Hospitais Estaduais ligados ao Programa SOS Emergências, tanto o gestor estadual quanto o gestor municipal podem pleitear a implantação da equipe, a depender da pactuação local e o repasse será feito ao fundo respectivo do gestor responsável pela contratação e gestão da equipe.

Do mesmo modo, no caso dos Hospitais Filantrópicos, a partir de pactuação local entre gestores municipal e estadual, um dos gestores poderá pleitear a equipe, celebrar contrato de gestão com o hospital, e o custeio será repassado ao fundo de saúde respectivo.



**Obs:** Os hospitais não poderão aderir autonomamente, sendo necessária a adesão do gestor municipal, estadual e/ou do Distrito Federal.

#### **4.2 Custeio:**

Cada hospital ligados ao **Programa S.O.S Emergências** poderá contar, apenas, com uma EMAD tipo I, considerada como extra-teto e contará com custeio mensal de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) por equipe determinado na Portaria 1026 de 03 de junho de 2013, a ser repassado mensalmente na modalidade fundo a fundo, via PAB variável. O custeio não será, portanto, repassado ao hospital e sim aos Fundos Municipal, Estadual ou do Distrito Federal, a depender de qual esfera administrativa o hospital está ligado.

## ANEXO A

**Tabela 1 - Indicadores sugeridos de Desospitalização:**

<b>Indicador</b>	<b>Descrição</b>	<b>Tipo</b>	<b>Método de Cálculo</b>	<b>Fonte</b>
<b>PROPORÇÃO DE USUÁRIOS EM INTERNAÇÃO HOSPITALAR DESOSPITALIZADOS</b>	Percentual (%) de usuários que estavam em internação hospitalar e que foram desospitalizados para a Atenção Domiciliar (AD1, AD2, AD3) independente de qual serviço passa a acompanhá-lo no domicílio.	Monitoramento	Divisão entre o Número de usuários em internação hospitalar que foram desospitalizados no período sobre Número total de internados no mesmo período X 100.	FormSUS
<b>PROPORÇÃO DE USUÁRIOS DA PORTA DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA QUE FORAM DESOSPITALIZADOS</b>	Percentual (%) de usuários que estavam na porta de urgência/emergência e que foram desospitalizados para a Atenção Domiciliar independente de qual serviço passa a acompanhá-lo no domicílio em relação ao total usuários que permaneceram por mais de 24 horas na porta de urgência/emergência.	Monitoramento	Divisão entre os usuários que estavam na porta de urgência/emergência e que foram desospitalizados para a Atenção Domiciliar em relação ao total usuários que permaneceram por mais de 24 horas na porta de urgência/emergência no mesmo período X 100.	FormSUS
<b>PROPORÇÃO DE VAGAS NÃO ATENDIDAS PELO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD) DO TERRITÓRIO, CASO EXISTA</b>	Percentual (%) de negativas de solicitações de vagas para o Serviço de Atenção Domiciliar que trabalha no território (caso exista).	Monitoramento	Divisão entre o Número de pedidos negados de internação domiciliar para o SAD do território e o total de pedidos de internação domiciliar para o SAD do território no mesmo período X 100.	FormSUS
<b>PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES DOMICILIARES REALIZADAS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO DOMICILIAR (EMAD) DO S.O.S</b>	Percentual (%) de usuários desospitalizados que são admitidos pela EMAD do S.O.S. em relação ao total de pacientes desospitalizados no mesmo período.	Monitoramento	Divisão entre o número de usuários desospitalizados que são acompanhados pela EMAD do S.O.S. em relação ao total de pacientes desospitalizados no mesmo período X 100.	FormSUS
<b>PROPORÇÃO DE USUÁRIOS DESOSPITALIZADOS PARA O SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD) DO TERRITÓRIO, CASO EXISTA</b>	Percentual (%) de usuários desospitalizados e que passaram a ser acompanhados pelo SAD do território (caso exista).  Avaliar a capacidade de articulação da equipe com a rede de atenção a saúde.	Monitoramento	Divisão entre o número de usuários desospitalizados e que passaram a ser acompanhados pelas demais equipes do SAD do território sobre o total de usuários desospitalizados no mesmo período X 100.	FormSUS
<b>PROPORÇÃO DE USUÁRIOS DESOSPITALIZADOS PARA A ATENÇÃO BÁSICA</b>	Percentual (%) de usuários desospitalizados e que passaram a ser acompanhados pela Atenção Básica.  Avaliar a capacidade de articulação com	Monitoramento	Divisão entre o número de usuários desospitalizados e que passaram a ser acompanhados pela Atenção Básica sobre o total de usuários desospitalizados no	FormSUS

	rede de atenção a saúde.		mesmo período X 100.	
<b>TEMPO MÉDIO EM DIAS DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR PELA EMAD DO SOS EMERGÊNCIAS</b>	Somatório do tempo de internação domiciliar em dias dos pacientes acompanhados pela equipe de EMAD do SOS Emergências após alta da atenção domiciliar/ Número total de pacientes que receberam alta da EMAD do SOS Emergências	Resultado	Divisão entre a Soma do tempo de internação domiciliar em dias dos pacientes acompanhados no domicílio e receberam alta da EMAD do SOS Emergências sobre o Número total de pacientes que receberam alta domiciliar da EMAD do SOS Emergências.	FormSUS
<b>CAPACIDADE MENSAL DE PACIENTES ACOMPANHADOS PELA EMAD DO SOS NO PERÍODO DE 30 DIAS.</b>	Avaliar a capacidade da Equipe do Hospital do SOS Emergências de acompanhamento de usuários no determinado período.	Resultado	Somatório do total de usuários acompanhados pela EMAD do Hospital do SOS Emergências no período de 30 dias. (Somatório dos pacientes que permaneceram em AD do mês anterior + número de pacientes admitidos no mês).	FormSUS
<b>PROPORÇÃO DE SAÍDA EM AD</b>	Avaliar a totalidade de pacientes que saíram (alta clínica, alta para atenção básica, encaminhamento para urgência/emergência ou internação hospitalar, etc.) da EMAD em determinado período. (Sugerimos 30 dias)	Monitoramento	Número de total de saídas geradas na EMAD no período de 30 dias / Número total de Internações Domiciliares no mesmo período x 100	RAAS-AD (SIA)

## ANEXO B

### ROTEIRO TÉCNICO PARA ELABORAÇÃO DO PROJETO DE IMPLANTAÇÃO DA EQUIPE DE ATENÇÃO DOMICILIAR NO ÂMBITO DO SOS EMERGÊNCIAS:

1. **Diagnóstico Situacional Simplificado do Município e do Hospital do SOS Emergências (simplificado – máximo de 2 páginas)**: Caracterização do município e do Hospital participante do Programa SOS Emergências, a partir de dados sócio demográficos e do perfil epidemiológico municipal ou regional, descrição dos serviços de saúde existentes, incluindo SAD caso já existente no território e descrição da realidade atual do Hospital do Programa do SOS Emergências.
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 Implantação da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar tipo I e o estabelecimento de saúde ao qual estará vinculado, no caso o Hospital do SOS Emergências.
  - 3.2 Quadro de Pessoal da EMAD tipo I, contendo a carga horária dos profissionais que compõem a equipe.
  - 3.4 Descrição do funcionamento do SAD, com garantia de cobertura de 12 (doze) horas diárias, inclusive nos finais de semana e feriados.
  - 3.5 Descrição do território atualmente descoberto pelas equipes do SAD no município, onde a equipe deverá responsabilizar-se pelo cuidado domiciliar. Caso não exista território descoberto no município, descrição da pactuação de divisão de responsabilidades para o cuidado domiciliar no território entre a EMAD do Hospital do SOS Emergências e as demais EMADs do território, por exemplo: a EMAD do SOS.
  - 3.6 Descrição do cronograma de implantação da equipe.
  - 3.7 Mobiliário, equipamentos e veículos para locomoção da equipe.
  - 3.8 Vinculação com as Unidades de Atenção Básica e de Especialidades e de Diagnóstico Complementar de referência formal dos Serviços de Atenção Domiciliar.

3.9 Vinculação com Unidades de Urgência e Emergência de referência formal dos Serviços de Atenção Domiciliar.

3.10 Modelo de Prontuário (preferencialmente deve ser único e referente à unidade de vinculação dos Serviços de Atenção Domiciliar).

3.11 Descrever o programa de qualificação do cuidador.

4. **Descrever o programa de educação permanente para a EMAD;**

5. **Proposta Local de Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação:** a proposta de avaliação e acompanhamento deve ser local, mas observando, minimamente, os indicadores sugeridos neste Manual e no Manual de Monitoramento e Avaliação.