

Um Breve Relato da Atenção Domiciliar em Manaus-AM

A brief report of Home Care Attention in Manaus-AM

Leida Reny Borges Bressane

Nutricionista, Mestre em Ciência de Alimentos. Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas – SES-AM, Secretaria Executiva Adjunta de Políticas em Saúde – SEAPS /Departamento de Redes de Atenção a Saúde - DERAS/ Gerencia de Atenção Domiciliar – GEAD/Programa Melhor em Casa/Núcleo de Educação Permanente – NEP-SAD.

E-mail: leidabbressane@gmail.com

Resumo

O aumento populacional, o processo de urbanização e o envelhecimento da população contribuem para o avanço das doenças crônico-degenerativas, psicossomáticas, neoplasias, violência urbana, acidentes no trânsito, entre outros fatores que convergem para uma transição epidemiológica. O modelo de Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde surge como a possibilidade de potencializar soluções e respostas que atendam às demandas da população, que possa ser reconhecida como importante componente da Rede, integrada e articulada aos diversos serviços, contribuindo para o aumento da rotatividade dos leitos da Rede de Urgência e Emergência com vistas à promoção do cuidado humanizado na sua Integralidade. A Educação Permanente em Saúde Humanizada mostra-se como importante ferramenta a ser utilizada para a revisão das práticas, reorganização e qualificação dos processos de trabalho em saúde, envolvendo o profissional e o gestor na oferta de cuidados com perspectiva de aumentar a qualidade da atenção.

Palavras-chave: Atenção Domiciliar à Saúde; SUS; Educação Permanente

Abstract

Population increase, urbanization process and population aging contribute to the advancement of chronic-degenerative and psychosomatic diseases, neoplasms, urban violence, traffic accidents, among other factors that converge towards an epidemiological transition. The Home Care model presente in the Unified Health System emerges as the possibility of enhancing solutions and responses to the demands of population, which can be recognized as an important component of the Network, integrated and articulated to other services, contributing to the increase in the turnover of hospital beds in Urgency and Emergency Network to promote humanized care in its entirety. Continuing Education in Humanized Health is an important tool to be used for the review of practices, reorganization and qualification of health work processes, involving health

professionals and managers in the provision of care with a perspective to increase the quality of care.

Keywords: Home Care Services; Unified Health System; Continuing Education

Introdução

O aumento populacional, o processo de urbanização, a violência e o envelhecimento da população crescendo em escala vertiginosa, contribuem para o avanço de diversas doenças, principalmente as crônicas-degenerativas, psicossomáticas, neoplásicas e as cardiovasculares com suas graves sequelas. Esses fatores, entre outros, convergem para uma importante transição epidemiológica. Nesse cenário, a cidade de Manaus não fica excluída da necessidade de reformulação do modelo tradicional de atenção à saúde para uma proposta mais eficiente e eficaz, que possa preencher lacunas e apresentar soluções para a redução da procura por leitos hospitalares e aumento da rotatividade dos mesmos ao mesmo tempo em que ofereça um cuidado humanizado e integrado às Redes de Atenção à Saúde- RAS¹⁻³.

A Portaria GM/MS nº 2.527, publicada em outubro de 2011, apresenta uma nova proposta de modelo, sendo a Atenção Domiciliar (AD) uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizando-se por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, bem como ações de reabilitação a serem prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às RAS⁴.

A Atenção Domiciliar

A Atenção domiciliar surgiu em meados de 1947 como alternativa ao cuidado hospitalar, que até então era detentor exclusivo de espaço para atenção ao doente, apresentando como proposta a retomada do domicílio como espaço de cuidado contribuindo para a redução da procura hospitalar. Esse modelo de atenção à saúde expandiu-se na Europa e América do Norte, apresentando novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde e trazendo grande potencial de inovação aos hospitais⁵.

No Brasil, somente a partir da década de 1990, percebe-se a necessidade de regulamentação da Atenção Domiciliar, bem como de seu funcionamento e, principalmente, a elaboração de políticas públicas de modo a incorporar sua oferta às práticas institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS), demanda proveniente das iniciativas de serviços de atenção domiciliares já existentes, em grande maioria constituída por serviços privados. Oportunamente, a Portaria nº 2.416 de 1998 normatiza e estabelece requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Alguns programas de Atenção Domiciliar existentes destacaram-se na década de 2000, iniciativas das secretarias municipais de saúde e de hospitais, como o de Atenção Domiciliar Terapêutica para AIDS (ADT-AIDS) e o programa direcionado à Atenção dos Idosos, porém sem políticas de incentivo ou regulamentação de financiamento⁶.

A Regulamentação técnica para funcionamento e estruturação dos Serviços de Atenção Domiciliar – SAD foi lançada em 2006 por meio da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária -RDC/ ANVISA nº 11, de 26 de janeiro de 2006. No mesmo ano, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria GM nº 2.529 de 19 de outubro de 2006, que finalmente instituiu a internação domiciliar como um conjunto de atividades prestadas no domicílio às pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para esse fim⁷.

Pode-se considerar que os maiores avanços na AD no Brasil ocorreram a partir de 2011, com o lançamento da Política Nacional de Atenção Domiciliar pelo governo federal instituiu-se o Programa Melhor em Casa, por meio da Portaria nº 2.029 de 24 de agosto de 2011, posteriormente substituída pelas Portarias GM n. 2527 de 27 de outubro de 2011 e portaria GM nº 963 de 27 de maio de 2013, bem como a criação de um grupo de trabalho (GT) formado pelo conjunto das áreas técnicas do Ministério da Saúde (Coordenação-Geral de Gestão Hospitalar – CGHOSP/DAE; Departamento de Atenção Básica; Departamento de Regulação, Avaliação e Controle – DRAC e Área Técnica de Saúde do Idoso/DAPES) e a relevante publicação do Caderno de Atenção Domiciliar volume 1, importante norteador para a implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar⁸.

Com a finalidade de ampliar a oferta dessa modalidade, a AD no Brasil vem passando por avanços e adaptações, sendo regida atualmente, pela Portaria GM - MS nº 825 de 25 de abril de 2016⁹, a qual deixa claro que o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) tem caráter complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência; e substitutivo ou complementar à internação hospitalar, onde os SAD são compostos por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar(EMAD) e por Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP)^{4,8,9}.

Relato de Experiência

Atenção Domiciliar em Manaus-AM

A Atenção Domiciliar em Manaus, assim como em outros estados brasileiros, teve sua primeira experiência em 2003, sem políticas de incentivo ou regulamentação de financiamento, por iniciativa da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas, com o então denominado projeto piloto “Saúde em Casa”. Iniciou com apenas 01 (uma) equipe multiprofissional sediada na própria Secretaria Estadual de Saúde por meio da Secretaria Executiva Adjunta da Capital (SEA Capital), Gerência de Assistência Domiciliar e Programas Comunitários (GADPC). Os profissionais atuavam divididos em dois turnos, manhã e tarde, com equipe composta por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, técnicos de enfermagem, assistente social, psicólogo e nutricionista. A equipe dividia o mesmo espaço físico e o apoio administrativo com o Projeto “Escola Cidadã”, também integrante da mesma gerência. Na época, não havia ainda veículo nem condutores para o transporte das equipes, era uma peregrinação diária nos setores da secretaria em busca de um veículo disponível e quando se conseguia, eram os que estavam parados devido a necessidade de manutenção, como por exemplo, uma Kombi com estado de conservação duvidoso, ambulância restaurada, porém sem climatização. Algumas vezes o veículo emprestado emperrava durante a rota de visitas aos pacientes e lá se ia toda a equipe empurrando o carro até voltar a funcionar, sob forte sol e a alta temperatura do conhecido calor amazônico.

Apesar das adversidades, algumas situações contribuíram para acrescentar leveza e uma crescente paixão pelo trabalho, além de fortalecer o vínculo entre equipe, paciente, cuidador e família. O bom entrosamento entre os integrantes da equipe, a satisfação de poder levar o cuidado às pessoas enfermas, a maioria em vulnerabilidade social, a gratidão pela melhora do estado de saúde do paciente, muitas vezes expressa num olhar terno de agradecimento, um inesperado cafezinho feito com zelo e carinho para aguardar a equipe no final da tarde, provocavam sentimento de saudade antecipada e uma sensação de aperto no peito no momento do preparo da alta e da despedida do programa.

Da equipe inicial, formada em 2003, permanecem atuando no Serviço apenas esta autora e uma enfermeira, os outros integrantes seguiram caminhos em outros setores da rede de saúde. Tudo

passa, ficam as experiências, lições e recordações de um tempo muito bom, cheios de desafios, vivências, algumas de superação, de alegrias, outras tristes como a morte de pacientes que se tornam muito próximos, seja pela longa permanência no serviço ou empatia com a equipe, ou ainda a recente dor da perda de colegas que deram sua importante contribuição na Atenção Domiciliar de Manaus e que infelizmente partiram precocemente vítimas da terrível pandemia de COVID-19.

No começo do então Projeto Saúde em Casa, a equipe atendia aos usuários moradores de todos os bairros da cidade de Manaus, o que tornava as rotas longas e demoradas. A capacidade máxima de acompanhamento era de apenas 25 pacientes, o que em pouco tempo de funcionamento foi se tornando insuficiente para atender à crescente demanda de usuários, ocasionando fila de espera para admissão no serviço. O momento da alta por melhora clínica tornou-se um grande desafio para a equipe, o usuário que estava em acompanhamento resistia em receber alta por temer ficar sem assistência. Na época, a cobertura territorial pela Atenção Básica era insuficiente para atender a todos os bairros de Manaus.

À medida em que o serviço avançava em atendimentos, cresciam também as necessidades complementares ao tratamento dos pacientes acamados, como por exemplo, o transporte da equipe, acesso a exames complementares, necessidade de remoção dos pacientes para procedimentos rotineiros como troca de sondas e exames de raios-X, necessidade de incremento de materiais de saúde, como fraldas, medicamentos, nutrição enteral, materiais para curativos, órteses, próteses, etc.

A partir de julho de 2013, período em que foi moldada a portaria GM/MS nº 963 de 27 de maio de 2013, posteriormente revogada e substituída pela atual, GM/MS nº 825 de 25 de abril de 2016, o Serviço de Atenção Domiciliar passou a denominar-se “Melhor em Casa”, com habilitação de maior número de equipes para atender as demandas de Saúde e a redução da fila de espera pelo serviço. Diversas medidas foram tomadas pela secretaria para viabilizar a ampliação do serviço e o número de vagas, como a contratação de serviço terceirizado para complementação do quadro de profissionais das novas equipes habilitadas, contratação de serviço de transporte/conductor para as equipes, necessidade de elaboração de novos fluxos, protocolos e rotas com divisão de pacientes por território e, principalmente, a necessidade de dialogar com a RAS para as pactuações necessárias à implementação do serviço em Manaus (Quadro 1).

O SAD de Manaus foi gradativamente expandindo sua capacidade de atendimento e aumentando a implantação das equipes nos principais hospitais de pronto atendimento de Manaus, iniciando no Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto, em seguida no Hospital e Pronto Socorro João Lucio, Hospital e Pronto Socorro Platão Araújo e por último no Hospital Universitário Francisca Mendes (HUFM) e Fundação de Medicina Tropical (FMT).

Após sete anos de existência do SAD/Melhor em Casa de Manaus, muitos desafios foram vencidos. Atualmente o SAD de Manaus está sob a Gerência de Atenção Domiciliar (GEAD), subordinada ao Departamento de Redes de Atenção à Saúde (DERAS) e à Secretaria Executiva Adjunta de Políticas em Saúde (SEAPS) na Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas (SES/AM). A GEAD é composta por equipe técnica matricial responsável por coordenar, acompanhar e monitorar todas as equipes.

Conforme a portaria que redefine a Atenção Domiciliar, GM/MS nº 825 de 25 de abril de 2016, o SAD/Melhor em Casa/Manaus está constituído por 09 (nove) Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e 03 (três) Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), totalizando 12

Equipes implantadas em 05 (cinco) Bases Hospitalares de Manaus, abrangendo as cinco Zonas/Distritos da cidade: Sul, Centro-Sul, Oeste, Norte e Leste. As EMAD são formadas por Médicos, Enfermeiros, Fisioterapeutas e Técnicos de enfermagem, a décima equipe com atendimento em Pediatria está em fase de estruturação para implantação em um hospital infantil de Manaus. As EMAP são compostas por Assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo. A quarta EMAP está em processo de solicitação de habilitação pelo Ministério da Saúde. O serviço conta também com apoio de motoristas estatutários responsáveis pelo transporte das equipes, além de administrativos na sede e nas bases. Em decorrência da Pandemia por COVID-19, uma das EMAD está atualmente em transição para outra unidade hospitalar objetivando prestar suporte aos pacientes desospitalizados com sequelas da doença. O atendimento do serviço está organizado por meio da territorialização, com acompanhamento do usuário em seu domicílio de acordo com a proximidade de seu endereço ao da Base Hospitalar e a equipe que o assiste (Quadro 2).

O SAD – Melhor Em Casa de Manaus possui sede administrativa (Figura 1) com localização de fácil acesso aos usuários, funcionamento das 07h00 às 19h00. Atualmente, mais de 130 profissionais fazem parte do serviço composto por regime de trabalho misto, com servidores estatutários, terceirizados e Regime Especial de Contratação (RET). O SAD de Manaus ampliou sua capacidade de atendimento para uma média de 450 pacientes, exceto no período de pico da pandemia por COVID-19, no qual houve a necessidade de redução das altas dos pacientes em acompanhamento pelo programa em decorrência da necessidade de isolamento social. O SAD realiza mais de 30.000 procedimentos de saúde em domicílio por ano (visitas domiciliares, trocas de dispositivos, curativos, entre outros).

A articulação e o apoio junto a Rede de Assistência à Saúde foram fundamentais para implantação das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar dentro das unidades hospitalares com a criação de Bases do Melhor em Casa, com estrutura física e administrativa para o serviço, sala, móveis, computador, acesso à *internet*, telefone, local para estacionamento dos veículos de transporte das equipes, além da disponibilização de exames complementares mais simples aos usuários acompanhados pelo serviço. A remoção dos pacientes para exames complementares é realizada por transporte social disponibilizado pela Rede. O transporte das equipes é realizado com veículos identificados e com condutores para cada equipe. Nas situações de urgência dos pacientes, o atendimento é realizado via SAMU. As trocas de sondas e traqueostomias eletivas são realizadas em domicílio, poucas situações são encaminhadas para os serviços de urgência, exames mais complexos são agendados via Sistema de Regulação (SISREG). Os materiais de saúde e insumos são fornecidos aos pacientes pelo próprio SAD por meio de parceria com a Central de Medicamentos do Amazonas (CEMA).

O SAD de Manaus tem muito orgulho da criação de seu Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização da Atenção Domiciliar da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (NEPSAD/SES-AM), primeiro núcleo em Educação Permanente em Saúde (EPS) dentre as áreas técnicas da sede administrativa e também o primeiro na Atenção Domiciliar no Estado do Amazonas. Atualmente 04 (quatro) municípios, além de Manaus, possuem equipes de Atenção Domiciliar habilitadas: Iranduba, Tabatinga, Benjamin Constant e Lábrea.

O NEPSAD/SES-AM é regulamentado pela Portaria Estadual GS n. 787/2019 e foi implantado por meio de Oficina realizada em setembro de 2018 (Figura 2). O Núcleo é composto por trabalhadores do SAD/Manaus, com apoio e participação do grupo técnico e da coordenação do Serviço, possui local com sala para diálogos, acolhimento, treinamento e reuniões junto às

equipes. A Tese de Doutorado de Davi Cunha (2020)¹⁰ apresenta-se como importante contribuição à construção de conhecimento na área, utilizou como campo investigativo de sua pesquisa o SAD – Melhor em Casa de Manaus, demonstrando que não somente esse campo principia no entendimento do conceito e método em EPS como infere que o mesmo acontece em outros programas da SES-AM, lançando o desafio de transformar as equipes silenciosas existentes em grupos de pessoas que valorizam o aprendizado que resulta da interação e do encontro. A pesquisa evidencia a potência que o SAD Manaus tem em reagir às formas cristalizadas de transmissão de conhecimento e passar a utilizar o conhecimento adquirido tanto na academia como no cotidiano, como geradores de novos saberes com a consideração de que todos são sujeitos do conhecimento.

Como ter acesso ao SAD Melhor em Casa

Para acesso ao Serviço de Atenção Domiciliar – Melhor em Casa, é necessário encaminhamento, seja por via hospitalar ou pela Atenção Básica, conforme fluxograma de acesso ao Serviço (Figura 3). Em seguida, faz-se necessária avaliação pela Equipe Multiprofissional do SAD, utilizando-se os critérios de elegibilidade baseados no formulário E-Sus de Elegibilidade. Após a realização de triagem e avaliação inicial, o usuário é classificado de acordo com as três modalidades de cuidado, que definem os níveis de complexidade do atendimento domiciliar, preconizada pela Portaria GM/MS nº 825 de 25 de abril de 2016. A Portaria também define o regramento para funcionamento do serviço, bem como a habilitação das equipes e o repasse de recursos.

A divisão em modalidades de cuidado de Atenção Domiciliar, AD1, AD2 e AD3 é de grande relevância para a compreensão do perfil de atendimento e, conseqüentemente, o planejamento de recursos humanos e materiais. A identificação dos perfis influencia na periodicidade de visitas e na intensidade dos cuidados a serem realizados aos pacientes em acompanhamento pelo SAD. A não compreensão do perfil de elegibilidade para o serviço tem sido motivo de constantes debates e discussões envolvendo a rede assistencial de saúde, os entes federados e, frequentemente, contribuído para a judicialização da saúde.

Nesse contexto, conforme a portaria vigente que redefine a Atenção Domiciliar no SUS, na Atenção Domiciliar do tipo 1 (AD1), a assistência em saúde deverá ser de responsabilidade das equipes de atenção básica, não possuindo perfil de elegibilidade para o SAD – Melhor em Casa. Nesse caso a pessoa deverá ser referenciada para acompanhamento pela Atenção Básica por meio das equipes da Estratégia Saúde da Família, direcionadas para apoio complementar dos centros de reabilitação e ambulatórios de especialidades. No perfil AD1, as pessoas atendidas apresentam quadro de doenças crônicas e/ou sequelas das mesmas, porém com quadro de saúde estável, sem a presença de dispositivos ou feridas que requeiram maiores cuidados.

A modalidade AD2 considera pessoas elegíveis para o SAD aquelas que apresentam média complexidade de atendimento, com finalidade principal de abreviar ou evitar hospitalizações desnecessárias. Frequentemente possuem perfil de pacientes acamados ou com dificuldades para deambular, com alta hospitalar prevista, porém apresentando necessidade de continuidade dos cuidados de saúde em domicílio. Ou ainda pacientes com alta hospitalar que apresentem dispositivos, como nos casos de traqueostomia, sonda vesical ou enteral, feridas. Outra situação que pode caracterizar AD2, são os pacientes com quadro de desnutrição ocasionada por longa permanência hospitalar. Em suma são situações que necessitam cuidados por equipe multiprofissional em domicílio e, conseqüentemente, orientação e treinamento de um cuidador. Esta pessoa, geralmente de origem familiar ou contratada para esse fim, deverá ser identificada,

orientada e capacitada pela equipe assistencial para a realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades.

A modalidade AD3 contempla pessoas com qualquer das situações já listadas na modalidade AD2, mas que apresentem maior complexidade no atendimento. Porém devem apresentar quadro de saúde estável e com condições de permanência no domicílio, podendo receber visitas de acompanhamento semanais, conforme preconizado pela portaria GM n. 825 de 25 de abril de 2016.

Quanto aos critérios de exclusão/não admissão no SAD, não são elegíveis usuários com necessidade de ventilação mecânica com monitorização contínua de enfermagem intensiva ou de propedêutica complementar em sequência de urgência, tratamento cirúrgico de urgência, falta de cuidador identificado e usuários residentes fora da área de abrangência pactuada; bem como usuários com perfil para a Atenção Básica.

Considerações finais

Ainda que apresente grandes avanços, a RAS precisa superar muitos obstáculos. A centralização que fragmenta a oferta de serviços, a dificuldade de dialogar entre si, a atenção voltada às condições agudas e às agudizações de condições crônicas, o que aponta para uma necessária e importante quebra de paradigmas, modelos de atenção ainda centrados na doença, diagnóstico e a terapêutica, herança de uma formação acadêmica voltada para o tecnicismo que contribui negativamente para a construção do diálogo e o cuidado humanizado.

Diante desse cenário, o modelo de AD surge como a possibilidade de potencializar soluções e respostas que atendam às demandas da população, que possa ser reconhecida como componente importante da Rede, estar integrada e melhor articulada aos diversos serviços para que possa desempenhar seu papel como porta de saída da Rede de Urgência e Emergência, com vistas à promoção do cuidado na sua integralidade, focado na pessoa e no cuidado humanizado, devendo ser ampliada no âmbito do sistema público de saúde.

O fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde na sua integralidade torna imprescindível a existência de outros tantos componentes que atuem articulados na sua estruturação, objetivando reduzir ou até mesmo superar a fragmentação do cuidado, visando proporcionar atendimento oportuno às pessoas que necessitem de cuidados. A Atenção Domiciliar deve conquistar seu espaço e estar integrada e bem articulada aos diversos serviços da Rede, indispensável para a promoção do cuidado humanizado e focado na pessoa. Nesse contexto, a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos no processo de trabalho mostra-se como importante ferramenta a ser utilizada para a revisão das práticas, reorganização e qualificação dos processos de trabalho em saúde, envolvendo o profissional e o gestor na oferta de cuidados com perspectiva na qualidade da atenção.

Referências

¹ Mendes EU. (2001). **As redes de atenção à saúde**. Brasília: *Organização Pan-Americana da Saúde*, 2ª edição, 549 p.: il. ISBN: 978-85-7967-075-6.

² Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Jourdan AMG, Portela MC, Campos MRC. (2004). Transição Epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciê. Saúde Coletiva**. 9(4): 897-908. ISSN 1678-4561.

- ³ Backes, MTS; Rosa, LM; Fernandes, GCM; Becker, SG; Meirelles, BHS; Santos, SMA. (2009). Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. Enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, jan/mar; 17(1):111.
- ⁴ Brasil. (2011). Ministério da saúde. **Portaria GM n. 2527 de 27 de outubro de 2011**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Serviço Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [acesso em 20 Set 2020]. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html
- ⁵ Feuerwerker, LCM & Merhy, EE. (2008). A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Ver. **Panam. Salud Publica**. 24(3):180–8.
- ⁶ Loyola CMD. (2008). Cuidado Continuado. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. p. 959-978;
- ⁷ Brasil. (2006). Ministério da Saúde. **Resolução RDC nº11 de 22 de janeiro de 2006**. Dispõe sobre o regulamento Técnico do Funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar [Internet]. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, seção I, Supl. N.21, p. 1-2 de 30 de janeiro de 2006. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html
- ⁸ Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Volume 1. Brasília: MS;
- ⁹ Brasil. (2016). Ministério da Saúde. **Portaria GM - MS nº 825 de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde.
- ¹⁰ Cunha DA. (2020). **Aprender a interagir: tensões e lições da educação permanente em saúde na atenção domiciliar na Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas**. Tese de doutorado, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil.

Anexos

Quadro 01- *Distribuição Populacional de Manaus por Distrito de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Manaus - SEMSA, 2013.*

LOCAL	POPULAÇÃO	%
Distrito de Saúde Norte	551.149	27,805
Distrito de Saúde Sul	483.156	24,375
Distrito de Saúde Leste	492.729	24,857
Distrito de Saúde Oeste	442.107	22,304
Distrito de Saúde Rural	13.036	0,657
Total	1.982.177	100

Fonte: Departamento de Informação, Controle, Avaliação e Regulação – DICAR, SEMSA, 2013.

Quadro 02- *Distribuição do SAD de Manaus por Zona/ Distritos de Saúde/Hospitais/ Equipes/Veículos e condutores.*

Zona/ Distritos de Saúde	Hospitais com Equipes do SAD Manaus, AM	Nº de Equipes
Sul, Centro Sul e Oeste	HPS 28 de Agosto	3 EMAD 1 EMAP
	Hospital Fundação Medicina Tropical	1 EMAD
Leste	HPS Dr. João Lúcio Pereira Machado	2 EMAD 1 EMAP
Norte	HPS Platão Araújo	2 EMAD 1 EMAP
	H. Universitário D. Francisca Mendes	1 EMAD

Fonte: Gerência de Atenção Domiciliar, Manaus/AM, 2013.

Figura 01: Sede do SAD – Melhor em Casa de Manaus, AM



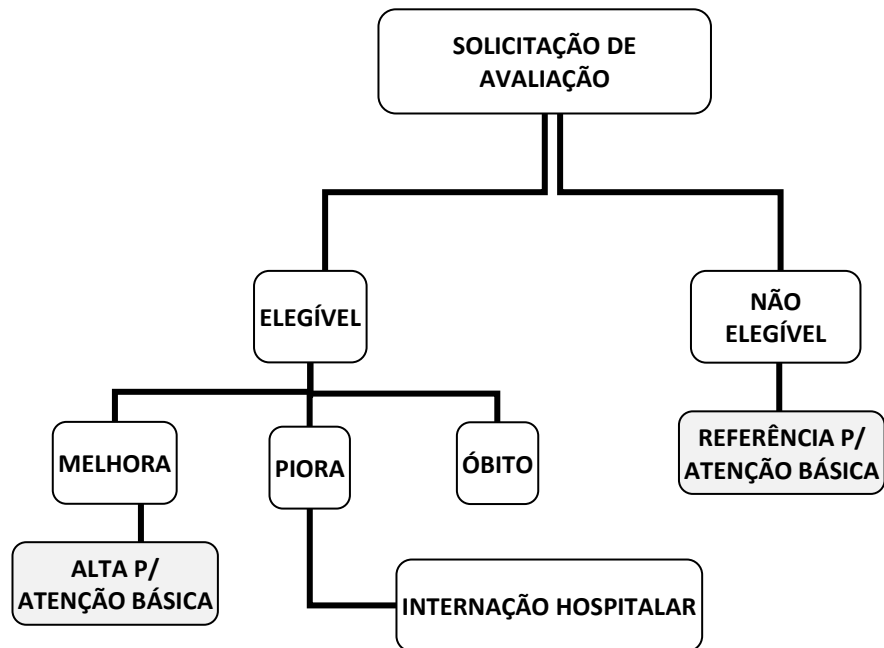
Fonte: A autora, 2020.

Figura 02: Oficina de Implantação do NEPSAD – Melhor em Casa de Manaus, AM, 2018.



Fonte: Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização da Atenção Domiciliar, 2018.

Figura 03: Fluxograma de acesso ao SAD/Melhor em Casa de Manaus – AM.



Fonte: Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização da Atenção Domiciliar, 2020.