



CONCEITO
ASSESSORIA E
SERVIÇOS

GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE

APOSTILA TÉCNICA DE QUALIFICAÇÃO

Oficina — Qualificação sobre o Programa de Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa

Cuidado integral, continuado e multiprofissional à pessoa idosa em situação de fragilidade — atuação compartilhada em rede entre as equipes Multiprofissionais (eMulti) e a Atenção Primária à Saúde (APS) no território.

PADI Programa de Atenção Domiciliar
à Pessoa Idosa · SUS / APS



PÚBLICO-ALVO

**Profissionais de Saúde
do SUS / APS**

PROGRAMA

**PADI · eMulti / APS
Atenção Domiciliar**

BASE NORMATIVA

**Portaria GM/MS
nº 11.609/2026**

Sumário Executivo

Esta apostila constitui o documento técnico de referência para as Oficinas de Qualificação dos profissionais de saúde no âmbito do Programa de Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa (PADI). O material sistematiza os fundamentos normativos, conceituais e operacionais do Programa, com ênfase no manejo da pessoa idosa em situação de fragilidade e na integração do cuidado compartilhado em rede entre as equipes Multiprofissionais (eMulti) e as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) no território.

O conteúdo está organizado em quatro módulos sequenciais: (1) Introdução ao PADI, que apresenta o contexto epidemiológico, os objetivos e a base legal do Programa; (2) Critérios de Fragilidade, que descreve o reconhecimento técnico da pessoa idosa frágil e os parâmetros de elegibilidade para a atenção domiciliar; (3) Fluxo de Atendimento eMulti/APS, que detalha o processo de trabalho compartilhado, a solicitação de cuidado, a construção do Plano de Cuidados e a coordenação territorial; e (4) Protocolos da Conceito, que consolida instrumentos e recomendações técnicas de gestão para a implantação, o monitoramento e a sustentabilidade do Programa no município.

Ao final da qualificação, espera-se que a equipe local esteja apta a identificar precocemente perdas de autonomia e independência, a operar o fluxo de cuidado compartilhado em rede e a cumprir os requisitos de cadastramento, monitoramento e prestação de contas que condicionam a manutenção do incentivo financeiro federal.

MÓDULO 1 Introdução ao PADI

1.1. Contexto epidemiológico e demográfico

O envelhecimento populacional brasileiro impõe reorganização das linhas de cuidado da Atenção Primária à Saúde (APS). Segundo o Censo IBGE 2022, o país conta com 32,1 milhões de pessoas idosas, correspondendo a 15,8% da população brasileira. Cerca de 70% dessas pessoas dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) para a atenção à sua saúde.

Os dados de morbidade funcional evidenciam a magnitude da demanda por cuidado domiciliar. Conforme a Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019) e o Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), aproximadamente 9,5% das pessoas com 60 anos ou mais — cerca de 3.050.782 indivíduos — apresentam limitações nas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), tais como tomar banho e alimentar-se. Registros do Sistema de Informação da Atenção Primária à Saúde (SIAPS) apontam cerca de 203,5 mil pessoas idosas domiciliadas ou acamadas.

Soma-se ao componente funcional o componente psicossocial. Revisão sistemática publicada na Nature Mental Health (LUCHETTI et al., 2024) demonstrou que a solidão e o isolamento social na velhice elevam em 31% o risco de desenvolvimento de demências e em 15% a probabilidade de comprometimentos cognitivos, configurando questão crescente de saúde pública. Esse cenário fundamenta a necessidade de intervenções territoriais estruturadas no âmbito do SUS, orientadas à prevenção do agravamento funcional e cognitivo.

1.2. Objetivo e escopo do Programa

O Programa de Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa (PADI) tem por finalidade ofertar cuidado integral, continuado e multidisciplinar às pessoas idosas em situação de fragilidade, com foco na prestação de atendimentos domiciliares regulares. O Programa opera no âmbito da APS, de forma complementar e integrada ao processo de trabalho das equipes de saúde do território.

O objetivo técnico central do PADI é reconhecer e intervir precocemente sobre perdas de autonomia e independência, buscando reverter ou retardar seu agravamento. A lógica assistencial preserva a coordenação do cuidado no território: ainda que serviços especializados possam ser acionados quando necessário, a responsabilidade pela condução longitudinal do caso permanece com a APS, apoiada pela equipe Multiprofissional (eMulti).

O conjunto de ofertas do Programa organiza-se em dois níveis. Para todas as pessoas idosas, prevê-se a distribuição da nova Caderneta da Pessoa Idosa, instrumento de acompanhamento longitudinal. Para as pessoas idosas em situação de fragilidade, prevê-se a Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa, com atendimentos domiciliares regulares executados pela eMulti vinculada ao PADI, em articulação com as equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP).

CONCEITO ASSESSORIA E SERVIÇOS LTDA.

Gestão Pública e Privada · Especializada em Gestão, Recursos e Treinamentos em Saúde.

1.3. Base normativa e financiamento

O PADI é instituído por meio de alteração das Portarias de Consolidação GM/MS nº 2, nº 5 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, que consolidam, respectivamente, as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS, as ações e serviços de saúde e o financiamento e a transferência de recursos federais. A minuta que institui o Programa define os critérios para repasse de incentivo financeiro adicional à eMulti no âmbito da APS.

O credenciamento dos municípios para fins de repasse foi operacionalizado pela Portaria GM/MS nº 11.609, de 18 de junho de 2026 (DOU de 19/06/2026, Edição 113, Seção 1, p. 110). O ato credencia municípios e o Distrito Federal a fazerem jus à transferência dos incentivos financeiros federais de custeio referentes ao PADI para as equipes Multiprofissionais da APS. Nos termos da referida Portaria:

- As transferências observam o disposto nas Portarias de Consolidação GM/MS nº 2 e nº 6, de 2017, e na Portaria de Consolidação SAPS/MS nº 1, de 2 de junho de 2021 (art. 1º, parágrafo único).
- O Anexo I estabelece o quantitativo de eMulti com incentivo adicional para implantação e manutenção do PADI, por município; o Anexo II relaciona o incentivo adicional de custeio por equipe credenciada e homologada (art. 2º, incisos I e II).
- A transferência é condicionada ao cadastramento e à devida atualização das informações no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde — SCNES (art. 3º), requisito de observância obrigatória pela gestão municipal.
- Os créditos orçamentários totalizam R\$ 163.167.750,00 para 2026 e R\$ 328.272.750,00 para 2027, onerando o Piso de Atenção Primária à Saúde — Incentivo financeiro da APS/eMulti (art. 4º).

O modelo de custeio prevê componente adicional mensal da ordem de R\$ 5 mil a R\$ 10 mil por equipe, composto por parcelas de equipe, de desempenho (resultado ótimo) e de deslocamento,

CONCEITO ASSESSORIA E SERVIÇOS LTDA.

Gestão Pública e Privada · Especializada em Gestão, Recursos e Treinamentos em Saúde.

variáveis conforme a modalidade de eMulti. Ressalta-se que o município, para habilitar-se ao repasse, deve verificar seu enquadramento nos Anexos da Portaria de credenciamento vigente e manter regularidade cadastral e de alimentação dos sistemas de informação.

Nota técnica de conformidade: a Conceito Assessoria não garante a aprovação de projetos, a liberação de recursos ou o êxito em auditorias. As orientações desta apostila visam à adoção das melhores práticas técnicas e legais para maximizar as chances de êxito das ações da gestão municipal, em estrita observância à legislação vigente.

MÓDULO 2 Critérios de Fragilidade

2.1. Conceito técnico de pessoa idosa em situação de fragilidade

Para fins do PADI, considera-se pessoa idosa em situação de fragilidade aquela que apresenta múltiplas comorbidades crônicas, declínio na reserva física ou mental e comprometimento funcional ou cognitivo. Trata-se de indivíduo que mantém acompanhamento com a equipe de saúde do território e que tem o cuidado complementado, de forma compartilhada em rede, pela eMulti vinculada ao PADI.

A fragilidade, no contexto da gestão do cuidado, não deve ser interpretada como sinônimo de idade avançada isolada, mas como uma síndrome multidimensional caracterizada pela redução da capacidade de resposta do organismo a estressores. Seu reconhecimento precoce é o eixo estruturante do Programa, pois permite intervenção oportuna sobre perdas de autonomia (capacidade de decisão) e de independência (capacidade de execução de atividades), com potencial de reversão ou retardo do agravamento.

2.2. Domínios de avaliação e sinais de alerta

A identificação da pessoa idosa frágil deve orientar-se por avaliação multidimensional conduzida pela equipe da APS, com apoio matricial da eMulti. Recomenda-se a observação sistemática dos seguintes domínios:

-  **Domínio funcional:** Verificação do desempenho nas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD): banho, vestir-se, alimentação, transferência, continência e higiene e nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD): uso de medicamentos, preparo de refeições, manejo financeiro, uso de transporte e telefone. A dependência progressiva nesses domínios sinaliza necessidade de atenção domiciliar.
-  **Domínio clínico.** Presença de múltiplas comorbidades crônicas, histórico de internações recorrentes, quedas de repetição e polifarmácia (uso simultâneo de múltiplos medicamentos),

CONCEITO ASSESSORIA E SERVIÇOS LTDA.

Gestão Pública e Privada · Especializada em Gestão, Recursos e Treinamentos em Saúde.

condição que demanda avaliação farmacêutica específica.

❶ **Domínio cognitivo e psicossocial:** Sinais de declínio cognitivo, sintomas depressivos, solidão e isolamento social, fatores de risco documentados para demências e comprometimento cognitivo. A avaliação da rede de apoio familiar e comunitária integra este domínio.

❷ **Domínio ambiental.** Condições do domicílio que elevam o risco de quedas e agravos, demandando avaliação para adaptação do ambiente e redução de riscos.

2.3. Critérios de elegibilidade ao atendimento domiciliar

A elegibilidade da pessoa idosa para os atendimentos domiciliares regulares do PADI decorre da conjugação entre a situação de fragilidade caracterizada e a restrição ao domicílio. São parâmetros orientadores para inclusão no Programa:

Primeiro, a caracterização da fragilidade a partir dos domínios funcional, clínico, cognitivo/psicossocial e ambiental. Segundo, a condição de pessoa idosa restrita ao domicílio, com dificuldade ou impossibilidade de deslocamento regular à unidade de saúde. Terceiro, a manutenção do vínculo com a equipe de saúde do território, condição que assegura a coordenação longitudinal do cuidado. Quarto, a pactuação do ingresso no Programa mediante construção de Plano de Cuidados individualizado.

Cabe destacar que a distribuição da nova Caderneta da Pessoa Idosa constitui oferta universal, dirigida a todas as pessoas idosas do território, ao passo que os atendimentos domiciliares regulares são reservados às pessoas idosas em situação de fragilidade elegíveis. A distinção entre as duas ofertas deve ser observada no processo de trabalho, evitando-se a inclusão indevida e assegurando a priorização dos casos de maior necessidade.

MÓDULO 3 Fluxo de Atendimento eMulti/APS

3.1. A equipe Multiprofissional (eMulti) e suas modalidades

A equipe Multiprofissional (eMulti) atua de forma complementar e integrada às equipes de saúde da APS, equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP), com processo de trabalho específico para a atenção às pessoas idosas restritas ao domicílio. A composição da eMulti é definida a partir de um rol de 27 categorias profissionais disponíveis, entre as quais: assistente social; farmacêutico(a); fisioterapeuta; fonoaudiólogo(a); nutricionista; profissional de educação física na saúde; psicólogo(a); terapeuta ocupacional; sanitarista; enfermeiro(a) e suas especialidades; e médicos(as) de diversas especialidades, incluindo geriatra e paliativista.

CONCEITO ASSESSORIA E SERVIÇOS LTDA.

Gestão Pública e Privada · Especializada em Gestão, Recursos e Treinamentos em Saúde.

As eMulti organizam-se em três modalidades, conforme carga horária e vinculação às eSF:

Modalidade	Carga horária	Vinculação (eSF)
Estratégica	100 horas	1 a 4 eSF
Complementar	200 horas	5 a 9 eSF
Ampliada	300 horas	10 a 12 eSF

No cenário de referência (competência 10/2025, e-Gestor/SAPS/MS), o país contava com 6.291 eMulti pagas, distribuídas em 4.068 municípios, sendo 3.354 estratégicas, 2.071 complementares e 866 ampliadas. A modalidade adotada pelo município deve observar o quantitativo credenciado nos Anexos da Portaria GM/MS nº 11.609/2026 e a correspondente configuração no SCNES.

3.3. Porta de entrada e solicitação de cuidado:

O fluxo de atendimento do PADI preserva a APS como porta de entrada e ordenadora do cuidado. O processo inicia-se com a equipe da APS (eSF ou eAP), responsável pela identificação da pessoa idosa em situação de fragilidade no território, a partir da avaliação multidimensional descrita no Módulo 2.

Caracterizada a necessidade de cuidado domiciliar especializado, a equipe da APS solicita o cuidado das equipes multiprofissionais do PADI. A eMulti passa então a atuar diretamente no cuidado, de modo complementar, sem substituir a equipe de referência do território. Essa lógica assegura que a coordenação do caso permaneça na APS, enquanto a eMulti agrega competências técnicas especializadas ao Plano de Cuidados.

Recomenda-se que a solicitação de cuidado seja formalizada e registrada nos instrumentos de trabalho e sistemas de informação da APS, garantindo rastreabilidade, continuidade e subsídio ao monitoramento dos indicadores do Programa.

3.2. Plano de Cuidados e ações prioritárias

O Plano de Cuidados é o instrumento técnico que organiza a atuação compartilhada entre APS e eMulti. Sua construção e execução são multiprofissionais e interdisciplinares, com definição de responsabilidades, metas e periodicidade das visitas domiciliares regulares para avaliação e planejamento do cuidado. As ações prioritárias mediante as quais a eMulti, via PADI, auxilia no cuidado à pessoa idosa incluem:

- Fisioterapia voltada à reabilitação e à preservação funcional;
- Nutrição, com avaliação e acompanhamento do estado nutricional;
- Serviço social, com avaliação de vulnerabilidades e articulação intersetorial;

CONCEITO ASSESSORIA E SERVIÇOS LTDA.

Gestão Pública e Privada · Especializada em Gestão, Recursos e Treinamentos em Saúde.

- Farmácia, com manejo da polifarmácia e conciliação medicamentosa;
- Psicologia, com suporte à pessoa idosa e à sua rede de apoio;
- Visitas domiciliares regulares para avaliação e execução do plano;
- Visita para adaptação do domicílio e redução do risco de quedas;
- Articulação com a Rede de Atenção à Saúde e a rede intersetorial;
- Inclusão progressiva de cuidados paliativos no plano, quando indicado.

O acompanhamento multiprofissional e interdisciplinar, bem como o suporte à rede de apoio da pessoa idosa, constituem eixos permanentes do Plano de Cuidados, revisados periodicamente conforme a evolução funcional e clínica.

3.3. Cuidado compartilhado em rede e coordenação territorial

O modelo assistencial do PADI é o do cuidado compartilhado em rede. A eMulti não opera de forma isolada nem substitui a equipe de referência: sua atuação é complementar à da APS, agregando competências especializadas ao cuidado longitudinal conduzido no território. A coordenação do cuidado permanece na APS mesmo quando serviços especializados externos são acionados.

As equipes atuam diretamente no cuidado e podem promover a constituição de redes comunitárias para a atenção integral da pessoa idosa, fortalecendo o suporte à sua rede de apoio. A articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e com a rede intersetorial — assistência social, entre outros setores — assegura a integralidade e a continuidade do cuidado, em consonância com o Plano Nacional de Cuidados e com o compromisso público de ampliação do acesso à APS em territórios estratégicos e populações em situação de vulnerabilidade.

De forma esquemática, o fluxo territorial do cuidado compartilhado organiza-se assim:

1. Identificação da pessoa idosa frágil pela APS (eSF/eAP) no território;
2. Avaliação multidimensional e caracterização da elegibilidade;
3. Solicitação de cuidado à eMulti vinculada ao PADI;
4. Construção conjunta do Plano de Cuidados (APS + eMulti);
5. Execução de visitas e ações prioritárias domiciliares regulares;
6. Articulação em rede (RAS e intersetorialidade) conforme necessidade;
7. Monitoramento, reavaliação periódica e registro nos sistemas de informação, sob coordenação permanente da APS.

MÓDULO 4 Protocolos da Conceito

Este módulo consolida recomendações técnicas de gestão elaboradas pela Conceito Assessoria e Serviços Ltda para apoiar a gestão municipal na implantação, no monitoramento e na sustentabilidade do PADI, em conformidade com a legislação vigente e com as diretrizes do Ministério da Saúde.

4.1. Implantação e cadastramento (SCNES)

A habilitação ao repasse do incentivo financeiro adicional é condicionada, nos termos do art. 3º da Portaria GM/MS nº 11.609/2026, ao cadastramento e à atualização das informações no SCNES. Recomenda-se à gestão municipal verificar o enquadramento e o quantitativo de eMulti credenciadas para o município nos Anexos I e II da Portaria de credenciamento vigente; manter o registro atualizado do estabelecimento, da equipe (INE) e dos profissionais no SCNES, na modalidade de eMulti correspondente (Estratégica, Complementar ou Ampliada); assegurar a compatibilidade entre a modalidade declarada, a carga horária e a vinculação às eSF; e formalizar internamente os fluxos de solicitação de cuidado e de construção do Plano de Cuidados.

4.2. Monitoramento, indicadores e prestação de contas

A sustentação do repasse — que inclui parcela de desempenho vinculada a resultado ótimo exige acompanhamento sistemático dos indicadores da Atenção Primária à Saúde (APS). Recomenda-se estabelecer rotina de monitoramento dos indicadores da APS pactuados, com foco na população idosa e nas metas do modelo de financiamento vigente; alimentar regularmente os sistemas de informação da APS (e-SUS APS/SIAPS), assegurando a fidedignidade dos registros de produção domiciliar; acompanhar a evolução funcional e clínica das pessoas idosas incluídas, documentando a execução do Plano de Cuidados; e implementar ciclos periódicos de análise de resultados,

CONCEITO ASSESSORIA E SERVIÇOS LTDA.

Gestão Pública e Privada · Especializada em Gestão, Recursos e Treinamentos em Saúde.

identificando oportunidades de melhoria e correção de rota para o alcance das metas e a consequente maximização dos repasses.

4.3. Instrumentos de gestão do SUS aplicados ao PADI

A incorporação do PADI deve refletir-se nos instrumentos de planejamento e gestão do SUS. Recomenda-se à Secretaria Municipal de Saúde contemplar as ações do PADI no Plano Municipal de Saúde (PMS) e na Programação Anual de Saúde (PAS), com metas e recursos correspondentes; registrar a execução e os resultados no Relatório Anual de Gestão (RAG) e nos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA); e utilizar o sistema DigiSUS Gestor para inserção, monitoramento e aprovação dos instrumentos, observando os prazos regulamentares. A coerência entre PMS, PAS, RDQA e RAG confere segurança técnica e jurídica à aplicação dos recursos e subsidia eventuais processos de auditoria e prestação de contas.

4.4. Checklist operacional

Instrumento de verificação rápida para a equipe local:

- ☐ Município enquadrado nos Anexos da Portaria de credenciamento vigente;
- ☐ eMulti cadastrada e atualizada no SCNES (modalidade, INE, profissionais);
- ☐ Fluxo de identificação e avaliação multidimensional da pessoa idosa frágil implantado na APS;
- ☐ Fluxo de solicitação de cuidado APS → eMulti formalizado;
- ☐ Plano de Cuidados individualizado construído e registrado;
- ☐ Visitas domiciliares regulares programadas e executadas;
- ☐ Articulação com a RAS e a rede intersetorial estabelecida;
- ☐ Indicadores da APS monitorados e sistemas de informação alimentados;
- ☐ Ações do PADI refletidas em PMS, PAS, RDQA e RAG (DigiSUS Gestor);
- ☐ Observância à LGPD no tratamento de dados sensíveis das pessoas idosas.

Referências normativas e técnicas

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 11.609, de 18 de junho de 2026. Credencia municípios a fazerem jus à transferência dos incentivos financeiros federais de custeio referentes ao Programa de Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa — PADI para equipes Multiprofissionais da APS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 jun. 2026, Edição 113, Seção 1, p. 110.

BRASIL. Ministério da Saúde. Minuta de Portaria que institui o Programa de Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa — PADI e altera as Portarias de Consolidação GM/MS nº 2, nº 5 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, definindo critérios para o repasse de incentivo financeiro adicional à eMulti no âmbito da APS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portarias de Consolidação GM/MS nº 2 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, e Portaria de Consolidação SAPS/MS nº 1, de 2 de junho de 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil).

LUCHETTI, Martina et al. A meta-analysis of loneliness and risk of dementia using longitudinal data from >600,000 individuals. *Nature Mental Health*, v. 2, n. 11, p. 1350-1361, out. 2024.



Modelo de Plano de Cuidado Compartilhado

Este documento apresenta o Plano de Cuidado Compartilhado que será utilizado nas **atividades simuladas** a partir do Módulo VII — Disciplina 15.

Para que você possa conhecê-lo previamente e se familiarizar com sua estrutura, disponibilizamos, abaixo, o modelo que será adotado ao longo das atividades propostas.

1. Identificação do usuário(a)

Nome completo:

Nome do Responsável (se aplicável):

Nome social:

CPF e/ou CNS: _____

Data de nascimento: (___/___/____)

Idade: _____

Nome da mãe:

Identificação do Prontuário:

Registrar as informações de identificação do usuário e do acompanhamento, como número do prontuário/cartão SUS, equipe ou unidade de referência, data do atendimento e demais dados necessários para organização e identificação do caso.

Gênero: _____

Orientação sexual: _____

Raça/Cor: _____

Grupo étnico (povos indígenas, quilombolas e etc.):

Grau de escolaridade: _____

Profissão: _____

Estado Civil: _____

Endereço/Localidade (incluir pontos de referência):

Informações de contato (incluir Telefone / Whatsapp / E-mail da pessoa e/ou de uma pessoa de referência – familiar, vizinho, rede de apoio): _____

Nome / contato do Agente Comunitário de Saúde (se houver):

2. História de Vida:

Elencar as vivências significativas, condições socioeconômicas, barreiras geográficas, possíveis situações com impactos na saúde como: história de abusos, maus tratos, abandono, insegurança alimentar, situação de rua, barreiras socioeconômicas e geográficas de acesso a saúde e educação, participação em grupos / instituições, rotina, trabalho, etc.

3. História Familiar e condição socioeconômica:

Registrar doenças, condições de saúde e fatores de risco, e apoio familiar / rede de apoio; renda familiar / avaliação socioeconômico, condições de moradia.

4. Outras informações relevantes do caso:

Registrar informações adicionais que contribuam para a compreensão integral do caso e para o planejamento do cuidado, incluindo aspectos não contemplados nos tópicos anteriores, como crenças, preferências, dificuldades específicas, potencialidades, necessidades identificadas pela equipe ou demais situações consideradas importantes para o acompanhamento.

Linhas de Cuidado:

Diagnóstico / Condições de Saúde	Problemas Avaliados (decorrentes ou não do diagnóstico /condição de saúde)	Ofertas e Recursos (de acordo com a rede do sujeito e disponibilidade no território)
Descrever de forma objetiva e concisa os principais diagnósticos ou condições de saúde. Exemplos: • Hipertensão arterial sistêmica. • Diabetes mellitus tipo 2. • Obesidade. • Tabagismo. • Ansiedade.	Escrever de forma sucinta qual problema está relacionado a condição avaliada. Exemplos: • Dificuldade na adesão terapêutica medicamentosa. • Reside distante do centro de referência de idosos).	Listar recursos disponíveis e apoio necessário para o cumprimento do plano: 1. Apoio da família. 2. Grupos na Unidade Básica (exemplo: grupo de caminhada, grupo antitabagismo). 3. Participação em rodas de conversa. 4. Visitas domiciliares do ACS. Encaminhamentos e serviços da RAS disponíveis. Exemplos: • Centro de atenção psicossocial. • e-Multi APS. • Ambulatório de Diversidade de Gênero. • Profissionais especialistas.

Planejamento do Cuidado:

Data	Registrar a data de elaboração, atualização ou acompanhamento do plano de cuidado.
Problema / Condição Avaliada	Registrar os problemas, condições de saúde e necessidades identificadas, incluindo diagnósticos clínicos, questões sociais, aspectos emocionais, dificuldades de adesão ao tratamento, capacidade de autocuidado e demais fatores relevantes para o acompanhamento do caso.
Intervenções	Descrever as ações, estratégias e condutas planejadas pela equipe para o acompanhamento e manejo das necessidades identificadas.
Metas e Prazo	Definir os objetivos a serem alcançados, estabelecendo metas viáveis, bem definidas e com prazo previsto para sua realização.
Responsáveis / Área Técnica / Serviço	Identificar os profissionais responsáveis pelo desenvolvimento das ações e alcance das metas, considerando o trabalho interprofissional, bem como a área técnica, equipe ou serviço de atuação.
Monitoramento	Registrar a forma e a periodicidade previstas para o acompanhamento das metas e intervenções propostas.
Avaliação e Revisão	Registrar a avaliação das ações realizadas, necessidade de ajustes no plano de cuidado, data da revisão e profissional responsável.

Estágio de Predisposição para a Mudança (Modelo Transteórico de Prochaska e Diclemente):

Comportamento	Estágio para Mudança
<i>Registrar o comportamento, hábito ou condição que demanda acompanhamento ou mudança, relacionado à saúde, autocuidado ou adesão ao tratamento.</i>	<i>Identificar o estágio de predisposição para a mudança, conforme o Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente — pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção ou recaída — considerando a percepção e o envolvimento do usuário no processo de mudança.</i>

Acesso citação de Prochaska e Diclemente:
https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872008000100012.

Após a construção do plano de cuidado pela equipe multiprofissional, considerando a articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), **elabore um plano de cuidado para e com o usuário**, utilizando a abordagem centrada na pessoa.

O plano deve apresentar explicações e pactuações adequadas ao letramento em saúde do usuário, considerando o Modelo Transteórico de Mudança de Prochaska e DiClemente, além das informações identificadas na avaliação prévia, como rede de apoio, história de vida e familiar, condições socioeconômicas, aspectos subjetivos e demais fatores relevantes para o acompanhamento do caso.



Modelo do Plano de Autocuidado

1. Identificação

Nome do(a) usuário(a):

2. Diagnóstico/Condições de Saúde:

Registrar os diagnósticos, condições de saúde e necessidades identificadas, incluindo as pactuações realizadas com o usuário, bem como os fatores facilitadores e dificultadores relacionados ao cuidado, adesão ao tratamento e alcance das metas estabelecidas.

3. Profissionais Responsáveis:

Identificar os profissionais envolvidos no acompanhamento do caso e no desenvolvimento das ações previstas no plano de cuidado.

Planejamento do Cuidado/Autocuidado:

Dimensão	Ação de Cuidado / Autocuidado	Frequência / Meta	Responsável	Monitoramento	Reavaliação
Alimentação	<i>Descrever as ações de cuidado e autocuidado pactuadas com o usuário, familiares, rede de apoio ou equipe de saúde, de acordo com as necessidades identificadas.</i>	<i>Definir a frequência das ações propostas e as metas a serem alcançadas, considerando objetivos claros, possíveis e compatíveis com o contexto do usuário.</i>	<i>Identificar os responsáveis pela realização ou acompanhamento das ações, especificando se será o próprio usuário, familiar, rede de apoio, profissional de saúde ou serviço envolvido.</i>	<i>Registrar a forma e a periodicidade previstas para o acompanhamento das ações e metas estabelecidas.</i>	<i>Registrar a avaliação das ações desenvolvidas, necessidade de ajustes no plano de cuidado e data prevista ou realizada para reavaliação.</i>
Medicação					
Atividade Física					
Sono e Descanso					
Saúde Mental					
Incluir outras dimensões pertinentes ao contexto de vida do usuário.					



CONCEITO ASSESSORIA E SERVIÇOS LTDA.

Gestão Pública e Privada · Especializada em Gestão, Recursos e Treinamentos em Saúde.

ANOTAÇÕES



CONCEITO ASSESSORIA E SERVIÇOS LTDA.

Gestão Pública e Privada · Especializada em Gestão, Recursos e Treinamentos em Saúde.

ANOTAÇÕES