

INSTRUÇÃO NORMATIVA - CAB/SEABVES Nº1/2023

Serviço de Atenção Domiciliar - Programa Melhor em Casa

Atualizada em 20/06/2024 – 4º versão

I. INTRODUÇÃO

O ciclo completo da Assistência Hospitalar não se esgota exclusivamente na atenção dispensada aos pacientes durante o período de internação intra-hospitalar propriamente dita. O sucesso terapêutico depende da possibilidade concreta de adotar-se a sequência de cuidados que devem ser observados após a alta hospitalar. Para isso, é fundamental que os pacientes desospitalizados possam, de acordo com suas reais necessidades, ser acompanhados e apoiados por equipes multiprofissionais, capazes de dispensar os cuidados de saúde apropriados, mesmo em ambiente domiciliar.

A Atenção Domiciliar (AD) é uma prática mundial em termos de saúde, historicamente descrita desde a Antiguidade, anterior ao desenvolvimento de cuidados de saúde em ambulatórios e hospitais. No século passado, houve uma retomada deste tipo de cuidado, representada pelas práticas de medicina de família e comunitária bem como pela crescente criação de Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). No Brasil, esta retomada se dá especialmente no final do século XX, a partir dos anos 90, num cenário de sobrecarga do sistema de saúde, mas também com o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde SUS.

As mudanças ocorridas no perfil epidemiológico e demográfico populacional impulsionam a Saúde Pública a repensar o modelo assistencial, de modo que seja possível, além de garantir o direito à saúde, lidar de forma mais eficiente e eficaz com as necessidades dos usuários.

A transição epidemiológica e demográfica é traduzida pelo aumento da população idosa, conseqüentemente com aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas que absorve recursos consideráveis por parte desta população, chegando a ocupar 50% dos leitos hospitalares em alguns países, com tempo de permanência duas vezes maior que os demais grupos etários.

A Rede Hospitalar Pública mantém-se sob pressão de demanda há muitos anos, traduzindo-se na prática por longas filas de espera, principalmente para os procedimentos eletivos. A limitação de recursos disponíveis, o alto índice de permanência nos leitos hospitalares, tanto clínicos como cirúrgicos concorrem para o acúmulo da demanda reprimida, retardando o atendimento e na maioria dos casos, tornando-os mais complexos e, portanto, de maior custo.

Soma-se também que, a queda do poder aquisitivo da nossa população está promovendo a migração do atendimento privado para o setor público, sobrecarregando-o progressivamente.

O Programa Melhor em Casa - SAD/PMec no município de São Paulo tem entre seus principais eixos atuar exatamente na “desospitalização” e “desupalização”, tanto na fase pré-hospitalar (evitando a hospitalização, atuando em UPAS e serviços de Pronto Atendimento ou Pronto-Socorros) como pós-hospitalar (realizando a desospitalização segura), o que aumenta concomitantemente a capacidade de internação por leito, otimizando os leitos gerais.

Atenção Domiciliar (AD) constitui-se como 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 no domicílio, com garantia de continuidade do cuidado e integrada às Redes de Atenção à Saúde.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA, ESPECIALIDADES E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENADORIA DA ATENÇÃO BÁSICA

Configura-se como atividade a ser realizada pelos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD/PMec) e na atenção primária pelas equipes multiprofissionais da atenção básica e para atender pessoas incapacitadas ou com dificuldade de locomoção (acamados ou domiciliados).

A AD tem assumido cada vez mais um papel relevante na RAS, não só pela sua capacidade de personalizar o cuidado, mas também de otimizar recursos, promovendo a humanização do cuidado, com especial sensibilidade no olhar e na escuta, propondo soluções criativas, compartilhadas e singulares, envolvendo a família, os cuidadores e o próprio usuário na responsabilidade dos cuidados. Ao atuar dentro dos domicílios, a AD pode também integrar-se à RAS como um importante observatório do sistema (Savassi et al, 2022)

A AD visa proporcionar ao paciente um cuidado contextualizado a sua cultura, rotina e dinâmica familiar, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções

A Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) deverá ser referência para uma população de 100 mil habitantes, com base no local de residência do usuário, e poderá estar alocada nos diversos tipos de estabelecimentos de atenção à saúde, tais como hospitais, Unidades de Pronto-Atendimento - UPA, Unidades Básicas de Saúde - UBS.

A organização do SAD/PMec é feita a partir de arranjos diferenciados compostos por EMAD responsáveis pelo cuidado de pacientes com características específicas, podendo-se, nesses casos, adscrever usuários de uma base territorial mais ampla do que 100 mil habitantes. A Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) será responsável por uma população de 100.000 a 300.000 habitantes, irá dar suporte e complementar as ações de saúde domiciliar para até 3 EMADs, quando solicitado pela EMAD de sua referência.

Existem três níveis de complexidade de atenção domiciliar (modalidades AD1, AD2 e AD3), sendo os de nível 2 e 3 os que recebem atendimento em domicílio pela EMAD e EMAP, no mínimo, uma vez por semana. As equipes estão distribuídas estrategicamente pela rede municipal, de modo a atender as demandas que vêm dos serviços pré-hospitalares, hospitalares e atenção básica.

II. PÚBLICO BENEFICIÁRIO

Usuários moradores do território de abrangência/influência das Unidades Básicas de Saúde das respectivas Coordenadorias Regionais de Saúde da cidade de São Paulo, de todas as idades, sexo, admitidos segundo os critérios de elegibilidade estabelecidos no Programa Melhor em Casa - SAD/PMec.

III. MODALIDADES ATENÇÃO DOMCILIAR

A Atenção Domiciliar está organizada em três modalidades definida a partir da complexidade dos cuidados necessários, assim sendo:

- Modalidade AD1 – atendimento realizado pela Unidade Básica de Saúde

Destina-se a pacientes que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; e/ou pacientes que necessitem de cuidados menor intensidade, de menor frequência de visitas e com menor necessidade de recursos de saúde, conforme o Plano Terapêutico Singular (PTS).

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA, ESPECIALIDADES E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

COORDENADORIA DA ATENÇÃO BÁSICA

- Modalidade AD2 e AD3 – pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD/PMeC)

Os casos de maior complexidade, AD2 e AD3, serão acompanhados pelas Equipes Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e de Equipes Multiprofissional de Apoio (EMAP). Realizarão o cuidado longitudinal com 01 (uma) ou mais visitas semanais.

- Modalidade AD2: usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de cuidados multiprofissionais, transitórios e intensificados, minimamente semanais. Indicado para afecções agudas, crônicas agudizadas, cuidados paliativos sequenciais, prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.

- Modalidade AD3: usuários semelhantes aos da modalidade AD2, que necessitam de cuidados predominantemente multiprofissionais e uso de equipamentos ou procedimentos de maior complexidade. Inclui ventilação mecânica domiciliar, nutrição parenteral, diálise peritoneal, drenagens repetidas, cuidados paliativos em fase final de vida e condições crônico-degenerativas progressivas.

IV. FUNCIONAMENTO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD/PMeC)

Os SAD/PMeC - equipes EMAD e EMAP deverão ser organizadas no formato de cuidado horizontal (diarista) de segunda a domingo, com jornada de 12 (doze) horas/dia de funcionamento, garantindo a continuidade do cuidado nos finais de semana e feriados, podendo utilizar nesses casos o regime de plantão, de forma a assegurar a continuidade da atenção em saúde.

As admissões para as modalidades AD 2 e AD 3 poderão ser demandadas de qualquer equipamento de saúde: dos serviços pré-hospitalares, hospitalares e atenção básica e demanda espontânea, desde que o paciente seja morador no território de abrangência/influência da unidade de saúde (sede do SAD/PMeC).

Os SAD/PMeC deverão fazer busca ativa nos serviços (dos serviços pré-hospitalares e hospitalares) a fim de captar pacientes que necessitam de acompanhamento domiciliar de pessoas com necessidades de cuidados intermediários entre o hospital e a rede básica.

A admissão no SAD/ PMeC se dará por meio de encaminhamento ou busca ativa com a utilização de protocolos de elegibilidade, como instrumento de avaliação e complexidade de atenção domiciliar (IAEC-AD) [nota tecnica IAEC AD jan 24.pdf \(prefeitura.sp.gov.br\)](#), de modo a evitar a demanda espontânea do usuário.

O encaminhamento do paciente ao SAD/PMeC para a primeira avaliação deverá:

- Ser realizado, prioritariamente, por meios digitais, como e-mail ou sistema informatizado;
- Utilizar o instrumento de avaliação e complexidade de atenção domiciliar (IAEC-AD);
- Ser preenchido por profissional devidamente identificado e assinado com registro profissional e telefone de contato.
- Não será admitido paciente diretamente pela EMAP para reabilitação.

Os pacientes não residentes no território de abrangência/influência da unidade de saúde com equipes do SAD/ PMeC, em alta hospitalar e elegíveis ao atendimento domiciliar deverão ser contra referenciados às EMADs de suas respectivas residências.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA, ESPECIALIDADES E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

COORDENADORIA DA ATENÇÃO BÁSICA

Para o encaminhamento dos usuários elegíveis ao Programa Melhor em Casa - SAD/PMec, deverá ser utilizada a ferramenta “**BUSCA EMAD**” que permite a consulta de referência e contra- referência, a partir do endereço de residência do usuário, informando qual é a UBS de referência do paciente, a equipe de EMAD responsável e o Pronto Socorro Hospitalar de referência, e também fornece um link para acesso ao formulário de encaminhamento do paciente: <https://goo.gl/MFCYnH>.

O SAD/ PMec deverá manter o registro atualizado dos profissionais das EMAD e EMAP no CNES, bem como proceder processamento das informações nos sistemas SISEMAD e eSUSAB.

V. RECURSOS HUMANOS

As equipes EMAD e EMAP deverão ser organizadas no formato de cuidado horizontal (diarista) de segunda a domingo, com jornada de 12 (doze) horas/dia de funcionamento, garantindo a continuidade do cuidado nos finais de semana e feriados, podendo utilizar nesses casos o regime de plantão, de forma a assegurar a continuidade da atenção em saúde.

Nenhum profissional componente da EMAD/EMAP poderá ter carga horária semanal (CHS) inferior a 20 (vinte) horas de trabalho.

Para as EMAD que ainda atuam de segunda a sexta deverão ter seguinte **composição mínima**:

- Profissionais médicos, com somatório de CHS de, no mínimo, 40 (quarenta) horas de trabalho. Perfil do profissional: preferencialmente médico saúde da família e comunidade, médico generalista ou médico paliativista em vista de garantir o atendimento nos diversos ciclos de vida.
- Profissionais Enfermeiros, com somatório de CHS de, no mínimo, 60 (sessenta) horas de trabalho.
- Profissional Fisioterapeuta, com somatório de CHS de, no mínimo, 30 (trinta) horas de trabalho. Perfil do profissional: preferencialmente com especialidade em Fisioterapia Respiratória.
- Auxiliares/técnicos de enfermagem, com somatório de CHS, de no mínimo, 120 (cento e vinte) horas de trabalho.

Distribuição da carga horária mínima para cada categoria profissional:

Categoria Profissional	Carga Horária	Quantidade
Coordenador EMAD	40	1
Enfermeiro	30	2
Fisioterapeuta	30	1
Médico Clínico	20	2
Técnico de Enfermagem	30	4

Obs.: A carga horária de trabalho das categorias profissionais elencadas acima poderão ser ampliadas de acordo com o número de pacientes e características da área de abrangência.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA, ESPECIALIDADES E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

COORDENADORIA DA ATENÇÃO BÁSICA

Para o funcionamento aos sábados, domingos e feriados, a composição mínima de **trabalho diário** será de:

- 2 Técnico de enfermagem: com somatório de carga horária, de no mínimo, 12 (doze) horas de trabalho no dia.
- 1 Enfermeiro, com somatório de carga horária de, no mínimo, 12 (doze) horas de trabalho no dia.
- 1 Médico, com somatório de carga horária de, no mínimo, 8 (oito) horas de trabalho no dia.
- 2 Fisioterapeuta, com somatório de carga horária de no mínimo 6 horas de trabalho no dia.

Distribuição da carga horária para cada categoria profissional:

Categoria Profissional	Carga Horária	Quantidade
Enfermeiro	40	1
Enfermeiro	36	4
Fisioterapeuta	30	3
Médico Clínico	20	4
Técnico de Enfermagem	36	6

Obs.: **A carga horária de trabalho** das categorias profissionais elencadas acima poderão ser ampliadas de acordo com o número de pacientes e características da área de abrangência.

Obs.: O Plano Terapêutico Singular deve abranger, de forma sequencial, os cuidados multiprofissionais nos finais de semana e feriados, considerando a necessidade de acompanhar o paciente recém-admitido, apoiar as medidas de autocuidado, fornecer orientações aos cuidadores, realizar reuniões familiares, reavaliar as lesões por pressão, realizar a troca de curativos, prestar cuidados paliativos sequenciais, acompanhar o óbito domiciliar e o período pós-óbito, administrar medicações e realizar outras intervenções necessárias para o cuidado integral do paciente.

A EMAP terá **composição mínima** de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos dentre as ocupações listadas abaixo, cuja soma das CHS dos seus componentes acumularão, no mínimo, 90 (noventa) horas de trabalho:

- Assistente Social, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo (preferencialmente com especialidade em Disfagia), Nutricionista, Odontólogo, Psicólogo, Farmacêutico e Terapeuta Ocupacional.

Distribuição da carga horária para cada categoria profissional:

Categoria Profissional	Carga Horária	Quantidade
Assistente Social	30	1
Fonoaudiólogo	40	1
Nutricionista	40	1
Psicólogo	40	1
Fisioterapeuta	30	1
Terapeuta Ocupacional	30	1
Cirurgião Dentista	30	1
Farmacêutico	40	1

Obs.: A escolha das categorias profissionais elencadas acima poderão ser consideradas de acordo com o número de pacientes e características da área de abrangência.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA, ESPECIALIDADES E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
COORDENADORIA DA ATENÇÃO BÁSICA

Para cada 2 EMAD deverá ser contratado um Coordenador e 1 Auxiliar Administrativo, sendo este preferencialmente um profissional de nível superior com formação na área de gestão em saúde, podendo ser oriundo das áreas de saúde, administração ou serviço social.

VI. RECURSOS MATERIAIS E APOIO LOGÍSTICO

Transporte: os veículos deverão ser identificados com o logo oficial do Programa Melhor em Casa

- EMAD - 03 veículos comuns com motoristas
- EMAP - 01 veículo comum com motoristas

Equipamento Hospitalar: locação de equipamentos para os pacientes: ventilador mecânico, cama hospitalar e aspirador de secreções.

Material médico hospitalar: fornecimento de insumos quando necessário, dietas enterais e gases medicinais, etc.

- Dietas enterais – fornecer para o período de 30 a 90 dias pós alta hospitalar (enquanto aguarda a tramitação do processo e dispensação junto a Secretaria de Estado da Saúde).
- Gases medicinais - seguir protocolos vigentes na SMS, exceto em casos especiais.

Estrutura Física:

As EMAD e EMAP deverão estar vinculadas a estabelecimentos que garantam seu funcionamento mínimo de 12 (doze) horas por dia, prioritariamente em hospitais ou serviços de urgência e emergência, com o intuito de:

- Potencializar busca ativa para desospitalização pré-hospitalar e hospitalar;
- Propiciar retaguarda para intercorrências de pacientes domiciliados fora do horário de funcionamento do SAD/PMec; e
- Facilitar fluxo para apoio diagnóstico, utilização de medicações especiais e outros insumos eventualmente necessários e disponíveis em hospitais e urgências.

VII. METAS DE PRODUÇÃO

- Atenção Domiciliar (AD2 e AD3) deverão assistir em média de 70 a 100 pacientes/mês
- Tempo médio de permanência (TMP) estimado de 30 a 90 dias, salvo em situações específicas onde o TMP poderá ser ampliado, com a respectiva justificativa técnica (por exemplo, pacientes em cuidados paliativos).
- Taxa de desospitalização: 12% dos pacientes admitidos no mês vigente pelas EMAD/SAD - PMec deverão ser oriundos de alta pré-hospitalar e hospitalar.

Produção mínima de atendimentos domiciliares EMAD

Categoria	Carga Horária Semanal	Meta VD mínima mensal	Atividade por profissional	
			Visita horas/semanal	**Administrativas horas/semanal
*Médico	40 horas	110	30	10
*Enfermeiro	40 horas	110	30	10
Fisioterapia	30 horas	80	20	10
Assistente Social	30 horas	80	20	10
Técnico de Enfermagem	30 horas	80	20	10

Produção mínima de atendimentos domiciliares EMAP

Categoria	Carga Horária Semanal	Meta VD mínima mensal	Atividade por profissional	
			Visita horas/semanal	**Administrativas horas/semanal
Fisioterapeuta	30 horas	80	20	10
Nutricionista	40 horas	80	20	10
Fonoaudiólogo	40 horas	80	30	10
Farmacêutico	40 horas	80	30	10
Terapeuta Ocupacional	30 horas	80	20	10
Psicólogo	40 horas	80	20	10
Cirurgião Dentista	30 horas	80	20	10
Assistente Social	30 horas	80	20	10

Programação de Atendimento

As visitas domiciliares (VD) devem ser realizadas no mínimo 1 vez por semana em acordo com o Plano Terapêutico Singular (PTS).

Monitoramento dos Indicadores

Os indicadores monitorados estão disponíveis no Manual de Acompanhamento, Supervisão e Avaliação Assistencial dos Contratos de Gestão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. GM/MS Nº 3.005, DE 2 DE JANEIRO DE 2024. Altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de AD (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC). **Diário Oficial da União**, Brasília. Seção 1, nº 4 de sexta-feira, 5 de janeiro de 2024, p.56. Disponível <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=05/01/2024&jornal=515&pagina=56>. Acesso em: 20 jan. 202

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 05**, de 27 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 3. Manual de Monitoramento e Avaliação - Programa Melhor em Casa.

FERREIRA, A. M. et al. **Complexidade do Cuidado na Atenção Domiciliar**. São Paulo: Hospital Alemão Oswaldo Cruz, 2018.

SAVASSI, L.C.M et al. **Tratado de Atenção Domiciliar**. Santana de Parnaíba: Manole, 2022.