

## **INSTRUÇÃO NORMATIVA - CAB/SEABVES Nº1/2023**

### **Serviço de Atenção Domiciliar - Programa Melhor em Casa**

**Atualizada em 17/07/2023 – 3ª 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 Melhor em Casa 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) e na atenção básica pelas equipes de atenção básica e para atender pessoas incapacitadas ou com dificuldade de locomoção (acamados ou domiciliados).

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

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. (Tratado de Atenção Domiciliar, 2022)

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 pode ser 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, sendo definido pelo Programa Melhor em Casa que os Municípios com EMAD implantada poderão implantar EMAP, sendo possível a implantação de mais EMAP a cada EMAD a mais implantadas (Portaria GM/MS nº 963 de 27 de maio de 2013, Manual Instrutivo do Melhor em Casa).

## **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 Melhor em Casa.

## **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, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência de visitas, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento de todos os tipos de equipes que compõem a atenção básica.

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)

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 maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção, com necessidade de frequência e intensidade de cuidados maior que a capacidade da rede básica. Exemplos: afecções agudas ou crônicas agudizadas, afecções crônico-degenerativas, cuidados paliativos, prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.

- Modalidade AD3: usuários semelhantes aos da AD2, mas que façam uso de equipamentos específicos. São pacientes de maior complexidade que dificilmente terão alta dos cuidados domiciliares.

#### **IV. FUNCIONAMENTO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)**

Os SAD - 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: hospitais, UPA, PS, UBS, outros serviços que compõem a Rede de Atenção à Saúde e demanda espontânea, desde que o paciente seja morador no território de abrangência/influência da unidade de saúde (sede do SAD).

Os SAD deverão fazer busca ativa nos serviços (hospitais, UPA e PS) a fim de captar pacientes que necessitam de acompanhamento domiciliar de pessoas com necessidades de cuidados intermediários entre o hospital e a rede básica.

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

Para o encaminhamento dos usuários elegíveis ao Programa Melhor em Casa, 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 SAMU deve estar envolvido para a retaguarda de remoção urgência/emergência para o Hospital.

É necessário que haja plena integração dos serviços existentes na área de abrangência do território dos SAD.

A unidade se compromete a manter o registro atualizado dos profissionais das EMADs no CNES, bem como proceder processamento das informações nos sistemas eSUSAB e SISEMAD.

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

## V. RECURSOS HUMANOS

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

A EMAD terá a 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, 40 (quarenta) 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.

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

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

Reiterando, 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.

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.

É importante que haja pelo menos um Coordenador contratado para cada 2 EMADs, 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

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

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

**Material médico hospitalar:** fornecimento de insumos, medicamentos, dietas enterais, 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:** espaço físico e mobiliário necessário para as equipes EMAD e EMAP.

## 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 assistidos pelas EMAD/SAD 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

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

Categoria	Carga Horária Semanal	Meta VD mínima mensal	Atividade por profissional	
			Visita horas/semanal	**Administrativas horas/semanal
Fisioterapeuta	30 horas	80	20	10
Nutricionista	30 horas	80	20	10
Fonoaudiólogo	30 horas	80	30	10
Farmacêutico	30 horas	80	30	10
Terapeuta Ocupacional	30 horas	80	20	10
Psicólogo	30 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. 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_domiciliar\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsmms.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://https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005\\_03\\_10\\_2017.htm](http://https://bvsmms.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.