



Secretaria Municipal de Saúde

NORMATIVA DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR- SAD PROGRAMA MELHOR EM CASA (PMeC)

1ª Edição - Vol. 1

SUS+35ANOS
Do lado do povo brasileiro

Poços de Caldas

2026

Secretaria Municipal de Saúde

**NORMATIVA DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR- SAD
PROGRAMA MELHOR EM CASA (PMeC)**

1ª Edição - Vol. 1

Esse documento dispõe sobre a normatização do fluxo de admissão, acompanhamento, alta de pacientes e o monitoramento de indicadores de qualidade no Serviço de Atenção Domiciliar – Programa Melhor em Casa (PMeC/SAD), no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Poços de Caldas, em conformidade com a Portaria GM/MS nº 3.005 de 02 de janeiro de 2024.

**Poços de Caldas
JULHO/2026**

GESTÃO

Paulo Ney de Castro Júnior
Prefeito

Eduardo Infante Januzzi de Carvalho
Vice-Prefeito

José Gabriel Pontes Baeta da Costa
Secretário Municipal de Saúde

Michelle Cristina Bertozzi
Secretária Adjunta de Saúde

Alisson Barbosa Silva
Diretor do Departamento de Atenção à Saúde

Morgana Cristina Batista
Coordenadora do Programa Melhor em Casa

Instrução Normativa do Serviço de Atenção Domiciliar da Secretaria Municipal de Saúde de Poços de Caldas, aprovado pelos responsáveis:

Documento assinado digitalmente
 **JOSE GABRIEL PONTES BAETA DA COSTA**
Data: 07/10/2026 14:14:51-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

José Gabriel Pontes Baeta da Costa
Secretário Municipal de Saúde

Documento assinado digitalmente
 **ALISSON BARBOSA SILVA**
Data: 07/10/2026 14:31:44-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Alisson Barbosa Silva
Diretor do Departamento de Atenção à Saúde

Documento assinado digitalmente
 **MORGANA CRISTINA BATISTA**
Data: 07/10/2026 09:29:06-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Morgana Cristina Batista
Coordenador da Divisão do SAD

Poços de Caldas, setembro de 2026

Autores:

Alexssandra dos Santos Souza

Wagner Barreto Costa

Revisado por:

Morgana Cristina Batista

Coordenadora do Programa Melhor em Casa

Natália Evangelista da Silva

Fisioterapeuta do Programa Melhor em Casa

Colaboradora

Rosilene de Oliveira Faria

SIGLAS E ABREVIATURAS

AD	Atenção Domiciliar
AD1	Atenção Domiciliar tipo 1
AD2	Atenção Domiciliar tipo 2
AD3	Atenção Domiciliar tipo 3
APS	Atenção Primária à Saúde
CACON	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CBDF	Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos
CPNO	Cuidados Paliativos Não Oncológicos
CPO	Cuidados Paliativos Oncológicos
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HGM/HZL	Hospital Gilberto de Mattos/Hospital da Zona Leste
HMMM	Hospital Municipal Margarita Morales
HSC	Hospital Santa Casa de Poços de Caldas
HSL-HC	Hospital Santa Lúcia – Hospital do Coração
IAEC-AD	Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar
MAC	Média e Alta Complexidade
PMPC	Prefeitura Municipal de Poços de Caldas
POP	Procedimento Operacional Padrão
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAD/PMcC	Serviço de Atenção Domiciliar/Programa Melhor em Casa
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS-PC	Secretaria Municipal de Saúde de Poços de Caldas
SUS	Sistema Único da Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	NÍVEIS DE ATENÇÃO.....	9
2.1	Atenção Domiciliar Tipo 1 – AD1.....	9
2.2	Atenção Domiciliar Tipo 2 – AD2.....	9
2.3	Atenção Domiciliar Tipo 3 – AD3.....	9
3	OBJETIVO.....	10
4	MISSÃO, VISÃO E VALORES.....	11
4.1	Missão.....	11
4.2	Visão.....	11
4.3	Valores.....	11
5	FLUXO PARA ENCAMINHAMENTOS AO PROGRAMA MELHOR EM CASA.....	12
5.1	Encaminhamentos da APS.....	12
5.2	Encaminhamento de pacientes dos Hospitais e U/E.....	13
5.3	Encaminhamento para medicação e curativos aos finais de semana...	14
6	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	15
6.1	Modalidade AD2.....	15
6.2	Modalidade AD3.....	16
7	CRITÉRIOS DE INELEGIBILIDADE.....	16
8	ADMISSÃO.....	17
8.1	Fluxo de Admissão.....	17
8.1.1	<i>Condições Administrativas:</i>.....	18
8.1.2	<i>Condições Psicossociais:</i>.....	18
9	OPERACIONALIZAÇÃO DO SAD/PMcC.....	19
9.1	Formação das Equipes.....	19
9.2	Frequência de atendimentos.....	20
9.3	Prontuários Clínicos.....	21
9.3.1	<i>Prontuário Clínico da sede.....</i>	21
9.3.2	<i>Prontuário Domiciliar.....</i>	21

9.4	Discussões de Casos e formalidades.....	22
9.4.1	<i>Projeto Terapêutico Singular (PTS).....</i>	23
9.5	Atendimentos remotos.....	23
9.5.1	<i>Teleatendimentos via aplicativo de comunicação.....</i>	23
10	CRITÉRIOS DE ALTA.....	24
10.1	Internação hospitalar.....	25
11	METAS E INDICADORES.....	25
11.1	Metas e Indicadores Federais.....	25
11.2	Metas e Indicadores Estaduais.....	26
11.3	Metas e indicadores Municipais.....	27
12	BASE LEGAL.....	27

A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE POÇOS DE CALDAS, no uso de suas atribuições legais e considerando a necessidade de organizar e padronizar os fluxos assistenciais do Programa Melhor em Casa (PMeC/SAD), informa:

1 INTRODUÇÃO

O Programa Melhor em Casa foi instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2011, tendo sua regulamentação posteriormente atualizada por diferentes normativas do Ministério da Saúde. A organização da Atenção Domiciliar no SUS foi inicialmente regulamentada pela Portaria GM/MS nº 2.029, de 24 de agosto de 2011, posteriormente substituída e atualizada por normas posteriores, incluindo a Portaria GM/MS nº 825, de 25 de abril de 2016.

Atualmente, a organização do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC) observa, especialmente, as disposições da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, com as alterações promovidas pela Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024, além das demais normas federais, estaduais e municipais aplicáveis.

A Atenção Domiciliar (AD) é uma modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), oferecida no domicílio do usuário e caracterizada por ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, com garantia de continuidade do cuidado e articulação entre os diferentes pontos da rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa modalidade é destinada a usuários que apresentam dificuldades ou impossibilidade de locomoção até os serviços de saúde ou que necessitam de cuidados que possam ser realizados no ambiente domiciliar, observados os critérios de elegibilidade e segurança estabelecidos na legislação vigente.

A Atenção Domiciliar busca promover a humanização do cuidado, a desospitalização segura, a continuidade da assistência, a ampliação da autonomia do usuário e de sua família, bem como a utilização racional dos recursos do sistema de saúde.

A Atenção Domiciliar é organizada em três modalidades: Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1), Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2) e Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3). A

modalidade AD1 é de responsabilidade da Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto o Serviço de Atenção Domiciliar – SAD/Programa Melhor em Casa – PMeC atua principalmente nas modalidades AD2 e AD3, conforme critérios definidos pela legislação vigente.

2 NÍVEIS DE ATENÇÃO

2.1 Atenção Domiciliar Tipo 1 – AD1

Destinada a usuários com problemas de saúde controlados ou compensados, que apresentam dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitam de cuidados de menor complexidade, com menor frequência de visitas e menor necessidade de recursos de saúde.

O atendimento na modalidade AD1 é de responsabilidade da Atenção Primária à Saúde (APS), podendo ocorrer de forma articulada com o SAD/PMeC quando necessário.

2.2 Atenção Domiciliar Tipo 2 – AD2

Indicada para usuários com problemas de saúde que necessitam de cuidados multiprofissionais, transitórios e intensificados, minimamente semanais, com atendimentos regulares fora do horário de funcionamento dos serviços de Atenção Primária à Saúde, conforme os critérios estabelecidos na legislação vigente.

Esses usuários podem ser oriundos de diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde e necessitam de cuidados que ultrapassam a capacidade de acompanhamento regular da Atenção Primária.

O atendimento na modalidade AD2 é realizado pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), com apoio da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), quando necessário.

2.3 Atenção Domiciliar Tipo 3 – AD3

Destinada aos usuários que se enquadram nos critérios da AD2 e que necessitam de cuidados predominantemente multiprofissionais e de equipamentos ou procedimentos de maior complexidade.

Podem ser incluídos nessa modalidade usuários que necessitem, entre outros cuidados, de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva domiciliar, nutrição parenteral, transfusões, drenagens repetidas, diálise peritoneal ou outros procedimentos de maior complexidade, conforme legislação vigente e pactuação municipal.

A classificação do usuário nas modalidades AD2 ou AD3 deverá considerar a avaliação clínica, funcional, social e familiar, bem como a utilização do Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar (IAEC-AD).

3 OBJETIVO

São objetivos do Serviço de Atenção Domiciliar/Programa Melhor em Casa:

- Promover a ampliação e qualificação da Atenção Domiciliar como estratégia de cuidado continuado e de desospitalização segura, contribuindo para a redução de internações evitáveis;
- Reduzir o período de permanência dos usuários internados e favorecer a continuidade do cuidado no domicílio quando clinicamente indicado;
- Promover a humanização da atenção à saúde e ampliar a autonomia dos usuários, familiares e cuidadores;
- Articular o SAD/PMcC com a Rede de Atenção à Saúde, incluindo a Atenção Primária à Saúde, a Rede de Urgência e Emergência, os serviços hospitalares e os demais pontos de atenção;
- Promover a continuidade e a integralidade do cuidado;
- Favorecer a reabilitação, a recuperação funcional e a prevenção de agravos;
- Ofertar cuidados paliativos de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde;
- Fortalecer a corresponsabilização entre usuários, familiares, cuidadores e profissionais de saúde;
- Otimizar os recursos humanos, financeiros, materiais e estruturais disponíveis no SUS.

Esses objetivos buscam fortalecer a Atenção Domiciliar como componente estratégico da Rede de Atenção à Saúde, promovendo cuidado humanizado, seguro, resolutivo e integrado.

4 MISSÃO, VISÃO E VALORES

4.1 Missão

Proporcionar cuidados integrais, contínuos, seguros e humanizados no ambiente domiciliar, promovendo ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos aos usuários elegíveis para Atenção Domiciliar.

Busca-se assegurar a continuidade da assistência, promover a desospitalização responsável, ampliar a autonomia dos usuários e seus familiares e otimizar os recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando a dignidade, a autonomia, a individualidade e o contexto familiar e social de cada usuário.

4.2 Visão

Consolidar-se como serviço estratégico de referência em Atenção Domiciliar, integrado à Rede de Atenção à Saúde, capaz de oferecer cuidado resolutivo, seguro, humanizado e centrado no usuário, com atuação orientada por indicadores de qualidade assistencial, segurança do paciente, eficiência e melhoria contínua dos processos de cuidado.

4.3 Valores

- Humanização: cuidado centrado na pessoa e em sua rede de apoio;
- Equidade: acesso justo ao cuidado, considerando as necessidades de cada usuário;
- Integralidade: atendimento que considere as diferentes dimensões do usuário;
- Respeito à autonomia: valorização das decisões, preferências e direitos do usuário;

- Qualidade e segurança: assistência baseada em boas práticas e evidências;
- Desospitalização responsável: continuidade segura do cuidado no domicílio;
- Interdisciplinaridade: atuação integrada das diferentes categorias profissionais;
- Valorização do cuidador: apoio, orientação e capacitação dos cuidadores;
- Corresponsabilização: participação compartilhada entre equipe, usuário, família e rede de atenção;
- Eficiência na gestão pública: utilização racional dos recursos com foco na qualidade e nos resultados assistenciais.

5 FLUXO PARA ENCAMINHAMENTOS AO PROGRAMA MELHOR EM CASA

5.1 Encaminhamentos da APS

Os encaminhamentos provenientes da Atenção Primária deverão ser realizados por meio do preenchimento completo do Anexo D (Anexo 1), e enviado por meio digital (sad.smspc@gmail.com) contendo informações clínicas, funcionais e sociais necessárias à avaliação de elegibilidade.

O encaminhamento deverá ser realizado por profissional devidamente identificado, com registro profissional e telefone para contato, contendo os critérios que fundamentam a indicação de avaliação para Atenção Domiciliar.

Ao receber o encaminhamento, o auxiliar administrativo ou profissional designado pelo serviço deverá registrar a data do recebimento, realizar o cadastro e efetuar o controle na planilha ou sistema de acompanhamento das solicitações de admissão.

Após o recebimento da solicitação, a equipe deverá organizar a avaliação do usuário, preferencialmente em até 72 (setenta e duas) horas úteis, observadas a capacidade operacional do serviço e as características da demanda.

A avaliação inicial será realizada pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), podendo ser conduzida por profissional médico ou enfermeiro, conforme organização interna e necessidade do caso.

Quando necessário, poderão ser acionados profissionais da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) para complementação da avaliação clínica, funcional, social ou terapêutica.

A avaliação deverá considerar, além das condições clínicas, a capacidade funcional, as condições do domicílio, a existência e disponibilidade de cuidador, a rede de apoio familiar e social, a possibilidade de realização segura dos cuidados e a articulação com os demais serviços da Rede de Atenção à Saúde.

Após a avaliação, será encaminhada devolutiva formal à equipe solicitante, informando sobre a admissão, a não admissão ou a necessidade de complementação das informações.

A atuação do SAD/PMec, inclusive nos casos classificados como AD3, não exclui a responsabilidade da Atenção Primária à Saúde em relação à população adscrita. Dessa forma, deverá ser estabelecido e mantido plano de cuidado compartilhado entre as equipes envolvidas.

5.2 Encaminhamento de pacientes dos Hospitais e U/E

Usuários internados que apresentem condições clínicas favoráveis à continuidade do cuidado em domicílio deverão ser encaminhados ao Serviço de Atenção Domiciliar/Programa Melhor em Casa (SAD/PMec) mediante o preenchimento completo do Anexo D e enviado via email institucional sad.smipc@gmail.com ou WhatsApp (35)98871-1157. O encaminhamento deverá ser realizado de forma programada e com antecedência suficiente em relação à alta hospitalar, permitindo a avaliação pela equipe, a organização da transição do cuidado, a orientação dos familiares e cuidadores e a preparação do domicílio.

A antecedência é necessária para possibilitar a avaliação criteriosa da equipe multiprofissional, o planejamento da alta, a organização da rede de apoio e a articulação dos equipamentos, materiais, medicamentos e insumos necessários, observadas as responsabilidades de cada ponto da Rede de Atenção à Saúde.

O profissional da EMAD irá realizar avaliação do usuário ainda durante a internação, conforme fluxo pactuado com a instituição, caso o mesmo apresente condições clínicas estáveis, porém com necessidade de cuidados multiprofissionais contínuos, é orientado que a família entre em contato com o setor via (35)98871-1157 para agendamento de reunião familiar para pactuação dos cuidados.

As solicitações de inclusão no serviço podem ter origem nas seguintes instituições:

- Hospital Municipal Margarita Morales (HMMM);
- Hospital Santa Casa de Poços de Caldas (HSC);
- Hospital Santa Lúcia – Hospital do Coração (HSL-HC);
- Hospital Gilberto de Mattos (HGM/HZL)
- Unidade de Pronto Atendimento (UPA) – 24 horas;
- Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON);

O processo de encaminhamento deverá seguir os fluxos e diretrizes estabelecidos,

garantindo a continuidade e integralidade do cuidado prestado ao paciente em âmbito domiciliar.

Após a análise, a unidade encaminhadora será informada quanto à admissão ou não do usuário. Em caso de admissão, o território de origem e a equipe de referência da Atenção Primária deverão ser comunicados para manutenção do cuidado compartilhado.

5.3 Encaminhamento para medicação e curativos aos finais de semana

As solicitações de apoio para continuidade de terapias medicamentosas e realização de curativos deverão ser encaminhadas por meio do Anexo D, observando-se que os medicamentos prescritos possuam intervalo mínimo de administração de 12 (doze) horas entre as doses.

Os encaminhamentos deverão ser realizados até as 12h (meio-dia) da sexta-feira que antecede a necessidade do atendimento, em razão do horário de funcionamento do serviço, de modo a possibilitar a avaliação da demanda, o

adequado planejamento assistencial e a organização dos recursos humanos, materiais e logísticos necessários à execução do cuidado.

6 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

São considerados elegíveis para acompanhamento pelo SAD/PMcC os usuários que tenham indicação de Atenção Domiciliar e demandem assistência multiprofissional, apresentando condição clínica, funcional ou social compatível com o cuidado domiciliar e necessidade de acompanhamento conforme os critérios estabelecidos para as modalidades AD2 ou AD3.

A elegibilidade deverá ser avaliada individualmente pela equipe, considerando a condição clínica, funcional, social, familiar e estrutural do domicílio e utilização do IAEC-AD.

6.1 Modalidade AD2

Considera-se elegível, na modalidade AD2, o usuário que, tendo indicação de Atenção Domiciliar, necessite de cuidados multiprofissionais, transitórios e intensificados, minimamente semanais, com atendimentos regulares fora do horário de funcionamento dos serviços de Atenção Primária à Saúde.

Podem ser considerados elegíveis usuários que apresentem:

- Afecções agudas com necessidade de tratamentos parenterais ou outros procedimentos frequentes;
- Afecções crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados sequenciais, tratamentos parenterais ou reabilitação com possibilidade de ganho funcional;
- Afecções que demandem cuidados paliativos, com necessidade de visitas sequenciais para manejo de sintomas não controlados;
- Prematuridade com necessidade de ganho ponderal ou de procedimentos sequenciais;
- Outras condições compatíveis com os critérios estabelecidos na legislação vigente.

6.2 Modalidade AD3

Considera-se elegível, na modalidade AD3, o usuário que se enquadre em qualquer das situações previstas para AD2 e que necessite de cuidados predominantemente multiprofissionais e de equipamentos ou procedimentos de maior complexidade.

Podem caracterizar necessidade de AD3, entre outras situações:

- Ventilação mecânica invasiva ou não invasiva domiciliar;
- Nutrição parenteral;
- Transfusões;
- Drenagens repetidas;
- Diálise peritoneal ou outras terapias de maior complexidade, observadas as responsabilidades dos serviços específicos;
- Cuidados paliativos em fase final de vida;
- Condições crônico-degenerativas progressivas;
- Necessidade de procedimentos sistemáticos em domicílio, como reabilitação intensiva, antibioticoterapia e outros cuidados de maior complexidade.

A classificação do usuário deverá ser realizada mediante avaliação clínica, funcional, social e familiar e, quando aplicável, utilização do IAEC-AD.

A modalidade de Atenção Domiciliar poderá ser revista a qualquer momento, de acordo com a evolução do quadro clínico e das necessidades assistenciais do usuário.

7 CRITÉRIOS DE INELEGIBILIDADE

Constituem situações que podem impedir a admissão ou determinar a necessidade de encaminhamento para outro ponto da Rede de Atenção à Saúde:

- Necessidade de monitoramento intensivo e assistência contínua: pacientes que demandem assistência presencial permanente de profissionais de saúde e/ou monitoramento contínuo, incompatíveis com a

capacidade assistencial do SAD/PMec, ressalvadas as situações previstas na legislação para cuidados paliativos em fase final de vida;

- Residência fora do território de abrangência do serviço: usuários residentes em município não contemplado pela área de atuação do SAD/PMec;
- Ausência de condições mínimas de moradia: domicílios que não ofereçam condições mínimas de segurança e infraestrutura para realização dos cuidados necessários;
- Ausência de cuidador quando indispensável: usuários com dependência funcional que necessitem de cuidador e não disponham de pessoa de referência capaz de prestar o suporte necessário;
- Recusa do atendimento: quando o usuário ou seu responsável legal não concordar com a Atenção Domiciliar;
- Necessidade de procedimentos diagnósticos ou cirúrgicos urgentes: situações que demandem atendimento em ambiente hospitalar;
- Ausência de condições clínicas para permanência no domicílio: situações em que o estado clínico exija recursos incompatíveis com a assistência domiciliar;
- Descumprimento reiterado dos acordos assistenciais: quando, após orientação e tentativas de repactuação, houver descumprimento que comprometa a segurança ou a efetividade do cuidado.

A ausência de cuidador deverá ser analisada individualmente, considerando o grau de dependência funcional, a capacidade de autocuidado do usuário, a existência de rede de apoio e as condições concretas para realização segura do cuidado.

Quando o usuário for considerado inelegível para acompanhamento pelo PMec, caberá à equipe elaborar relatório de devolutiva contendo os motivos que fundamentaram a não admissão e, quando pertinente, orientar o encaminhamento para o ponto da Rede de Atenção à Saúde responsável pelo acompanhamento.

8 ADMISSÃO

8.1 Fluxo de Admissão

Após a avaliação do usuário e a confirmação dos critérios de elegibilidade, será organizada a admissão no SAD/PMec.

Será realizada reunião de admissão com o usuário, familiares e/ou responsável legal, com o objetivo de apresentar o funcionamento do serviço, orientar quanto às responsabilidades compartilhadas e pactuar os cuidados a serem realizados no domicílio.

A admissão deverá ser formalizada por meio do termo correspondente (Anexo B), que permanecerá arquivado no prontuário do usuário.

8.1.1 Condições Administrativas:

Para admissão deverão ser consideradas:

- Ser residente do município de Poços de Caldas ou estar contemplado pelo território de atuação do serviço;
- Indicação por escrito do médico assistente responsável pelo paciente;
- Possuir indicação de Atenção Domiciliar compatível com as modalidades atendidas pelo SAD/PMec;
- Concordância do usuário ou de seu responsável legal;
- Existência de cuidador quando necessário, conforme grau de dependência e avaliação da equipe;
- Aceitação do usuário e/ou família quanto à realização do cuidado no domicílio;
- Dispor de condições mínimas de segurança e infraestrutura no domicílio;
- Manter articulação e vínculo com a unidade de saúde da Atenção Primária ou serviço de origem;
- Possuir consentimento formal para realização do cuidado domiciliar, por meio do termo específico adotado pelo serviço.

8.1.2 Condições Psicossociais:

Para admissão deverão ser consideradas:

- Ser residente do município de Poços de Caldas ou estar contemplado pelo território de atuação do serviço;
- Possuir indicação de Atenção Domiciliar compatível com as modalidades atendidas pelo SAD/PMec;
- Concordância do usuário ou de seu responsável legal;
- Existência de cuidador quando necessário, conforme grau de dependência e avaliação da equipe;
- Aceitação do usuário e/ou família quanto à realização do cuidado no domicílio;
- Dispor de condições mínimas de segurança e infraestrutura no domicílio;
- Manter articulação e vínculo com a unidade de saúde da Atenção Primária ou serviço de origem;
- Possuir consentimento formal para realização do cuidado domiciliar, por meio do termo específico adotado pelo serviço.

9 OPERACIONALIZAÇÃO DO SAD/PMec

Concluído o processo de avaliação e admissão, o usuário passa a ser acompanhado pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e pela Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), de acordo com seu Projeto Terapêutico Singular.

O acompanhamento será mantido enquanto houver indicação de Atenção Domiciliar e o usuário permanecer dentro dos critérios de elegibilidade do serviço.

O SAD/PMec atende usuários cuja condição clínica e assistencial permita permanência no domicílio com segurança, observando-se os critérios de elegibilidade e os recursos disponíveis.

A necessidade de acompanhamento será determinada principalmente pelas demandas de cuidado do usuário, pela possibilidade de realização segura da assistência no domicílio e pela capacidade de articulação da equipe com a Rede de Atenção à Saúde.

9.1 Formação das Equipes

A composição das equipes do Programa Melhor em Casa observará a habilitação do serviço, os registros no CNES e a legislação vigente.

O SAD/PMec contará, conforme sua organização e necessidade assistencial, com profissionais das áreas de:

- Medicina;
- Enfermagem;
- Técnico de Enfermagem;
- Fisioterapia;
- Fonoaudiologia;
- Nutrição;
- Psicologia;
- Serviço Social;
- Outros profissionais necessários à assistência, conforme legislação vigente;
- Apoio administrativo;
- Motorista e demais profissionais de apoio.

As equipes EMAD e EMAP deverão possuir composição e carga horária compatíveis com as exigências estabelecidas pelo Ministério da Saúde e com a habilitação vigente do serviço.

9.2 Frequência de atendimentos

O Serviço de Atenção Domiciliar/Programa Melhor em Casa funcionará diariamente, inclusive finais de semana e feriados, conforme organização assistencial e legislação vigente.

A assistência das EMAD deverá observar o funcionamento mínimo previsto na legislação federal, garantindo cobertura assistencial diurna e mecanismos de retaguarda para os demais períodos.

Para a execução das atividades do serviço, serão disponibilizados três veículos destinados às equipes assistenciais, considerando a composição atual de duas EMAD, observadas as exigências de infraestrutura previstas para o SAD.

A periodicidade dos atendimentos será definida de forma individualizada, conforme a complexidade e as necessidades clínicas, funcionais e sociais de cada usuário, com base no Projeto Terapêutico Singular.

Nos casos classificados como AD2, os cuidados deverão ocorrer, no mínimo, semanalmente, conforme os critérios estabelecidos na legislação vigente.

A frequência poderá ser ampliada, reduzida ou modificada conforme evolução do usuário, desde que devidamente avaliada e registrada no PTS.

9.3 Prontuários Clínicos

O SAD/PMec manterá prontuário dos usuários, observando as normas sanitárias, éticas, profissionais e de proteção das informações.

9.3.1 Prontuário Clínico da sede

O prontuário mantido na sede poderá ser composto, conforme aplicabilidade, por:

- Folha de rosto;
- Documentação do usuário;
- Projeto Terapêutico Singular;
- Comprovante de residência;
- Documentação e registros do cuidador;
- Registro de reunião familiar;
- Termo de consentimento/admissão;
- Formulário de encaminhamento;
- IAEC-AD;
- Registros de referência e contrarreferência;
- Termo de atendimento remoto, quando aplicável;
- Registro de evoluções multiprofissionais;
- Prescrições;

- Exames e demais documentos pertinentes.

9.3.2 Prontuário Domiciliar

O prontuário domiciliar deverá conter as informações necessárias para garantir a continuidade e a segurança do cuidado, podendo ser composto por:

- Folha de rosto;
- Informações sobre o funcionamento do serviço;
- Orientações nutricionais, quando aplicável;
- Orientações gerais de cuidados;
- Orientações de higiene oral;
- Orientações para situações de urgência e emergência;
- Termos e orientações pertinentes;
- Orientações quanto à dispensação e utilização de materiais;
- Folhas de evolução e demais registros assistenciais necessários.

As informações constantes no prontuário domiciliar deverão ser atualizadas sempre que houver alteração clínica, terapêutica, medicamentosa, de dispositivos, contatos ou referências assistenciais.

O médico responsável pelo acompanhamento do usuário realizará a conferência e a atualização da folha de rosto, quando necessária, sem prejuízo da responsabilidade de cada profissional pelo registro das informações referentes à sua atuação.

As folhas e impressos utilizados no prontuário domiciliar serão gradativamente substituídos por modelos atualizados, conforme implantação dos novos instrumentos do serviço.

9.4 Discussões de Casos e formalidades

Para discussão dos casos dos usuários, poderão ser realizadas reuniões de equipe e passagem de informações nos dias e horários definidos pela coordenação do serviço, considerando a organização das equipes e a necessidade de continuidade da assistência.

Durante esses encontros poderão ser discutidos os usuários atendidos, as intercorrências, os resultados das intervenções, às necessidades de atualização do PTS, às altas, transferências e demais situações relevantes para qualificação da assistência.

A discussão coletiva dos casos deverá buscar uma abordagem interdisciplinar, individualizada e qualificada.

9.4.1 Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Será realizada a elaboração e/ou atualização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos usuários (Anexo F) que permanecem em acompanhamento pelo serviço.

O PTS tem como objetivo estabelecer e acompanhar as metas assistenciais, definir as intervenções das diferentes categorias profissionais, classificar a condição clínica e funcional do usuário, estabelecer o prognóstico e planejar o acompanhamento.

O PTS deverá ser atualizado sempre que houver alteração significat

9.5 Atendimentos remotos

O SAD/PMcC poderá realizar atendimentos remotos por meio de plataforma de comunicação, observadas as normas aplicáveis à telessaúde.

O atendimento remoto deverá ser realizado, quando indicado, após avaliação presencial do usuário e de forma intercalada com visitas domiciliares, conforme necessidade assistencial.

O atendimento deverá ser registrado no prontuário e no PTS do usuário, quando pertinente, e lançado na produtividade da equipe mediante o código específico aplicável.

9.5.1 Teleatendimentos via aplicativo de comunicação

Em caso de alteração no estado clínico do usuário, dificuldade na realização dos cuidados, necessidade de orientações ou outras demandas relacionadas ao acompanhamento, familiares ou cuidadores poderão utilizar os canais institucionais disponibilizados pelo SAD/PMcC.

Por meio desses canais, a equipe poderá prestar orientações iniciais e avaliar a necessidade de deslocamento de profissional ao domicílio.

A comunicação por telefone ou aplicativo não substitui avaliação presencial quando esta for necessária.

Nos casos de instabilidade clínica ou situações que representem risco à vida, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) deverá ser acionado, conforme fluxo pactuado.

O SAD/PMcC manterá articulação com o SAMU e demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, visando qualificar a assistência e favorecer a condução adequada das intercorrências.

10 CRITÉRIOS DE ALTA

A alta do usuário do SAD/PMcC será planejada e registrada no prontuário, considerando sua evolução clínica, funcional, social e assistencial.

Constituem situações que poderão determinar alta:

- Estabilização do quadro clínico: quando o usuário apresentar melhora ou estabilização clínica e atingir os objetivos estabelecidos no Projeto Terapêutico Singular, tornando desnecessária a continuidade da Atenção Domiciliar especializada;
- Transferência para outro serviço: quando houver necessidade de acompanhamento por outro ponto da Rede de Atenção à Saúde mais adequado à condição do usuário;
- Encaminhamento para Atenção Primária/AD1: quando o usuário deixar de necessitar dos cuidados correspondentes às modalidades AD2 ou AD3 e passar a apresentar perfil compatível com acompanhamento pela APS;
- Recusa do usuário ou responsável: quando houver manifestação expressa de não continuidade do atendimento, mediante registro e termo específico;
- Mudança de município ou território: quando o usuário passar a residir fora da área de abrangência do serviço;

- Alteração das condições domiciliares: quando surgirem condições que inviabilizem a continuidade segura do cuidado domiciliar, após avaliação e tentativa de adequação;
- Ausência de cuidador quando indispensável: nos casos em que a dependência funcional exija cuidador e, após avaliação e tentativa de organização da rede de apoio, não seja possível garantir a segurança do cuidado;
- Não adesão reiterada ao plano terapêutico: quando, após orientações e tentativas de repactuação, o descumprimento dos acordos assistenciais comprometer a segurança ou a efetividade do cuidado;
- Óbito: quando ocorrer o falecimento do usuário durante o período de acompanhamento.

A alta por estabilização ou alcance dos objetivos terapêuticos não caracteriza interrupção inadequada ou abandono do cuidado, devendo ser assegurada a continuidade da assistência pelo ponto da Rede de Atenção à Saúde responsável pelo seguimento.

Nos casos de necessidade de encaminhamento para especialidades médicas ou outros serviços, serão observados os fluxos da Central de Regulação e da Rede de Atenção à Saúde do Município.

10.1 Internação hospitalar

Quando o usuário apresentar desestabilização clínica e necessitar de internação hospitalar, o cuidado será temporariamente transferido para o serviço hospitalar responsável.

Após a estabilização do quadro, o usuário poderá ser novamente avaliado quanto à continuidade do acompanhamento pelo Programa Melhor em Casa, mediante novo encaminhamento ou fluxo de retorno pactuado, com reavaliação dos critérios de elegibilidade.

11 METAS E INDICADORES

11.1 Metas e Indicadores Federais

Em conformidade com a Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024, o SAD/PMec deverá acompanhar os indicadores e parâmetros federais aplicáveis à modalidade de equipe habilitada.

Entre os principais parâmetros estão:

1. Número de usuários atendidos por mês

- EMAD Tipo I: referência de 50 usuários/mês por equipe cadastrada;

Os parâmetros de produção deverão ser analisados considerando a complexidade dos usuários, o perfil assistencial, a organização territorial e as características do serviço.

2. Classificação dos usuários por complexidade

- AD2: aproximadamente 70%;
- AD3: até 30%.

3. Tempo médio de permanência

Para equipes clínicas generalistas, considera-se como referência período entre 30 e 60 dias, ressalvadas situações em que a natureza do cuidado, como cuidados paliativos ou ventilação mecânica domiciliar, justifique permanência diferenciada.

4. Percentual de altas

Deverá ser acompanhado o percentual de altas e demais desfechos assistenciais, observando-se os parâmetros estabelecidos na legislação federal vigente.

11.2 Metas e Indicadores Estaduais

Em consonância com a Resolução SES/MG nº 8.602, de 14 de fevereiro de 2023, e demais normativas estaduais vigentes, deverão ser acompanhados os indicadores definidos pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Entre eles:

- Percentual de usuários do SAD procedentes de hospitais e serviços de urgência;
- Percentual de usuários com desfecho de alta clínica ou encaminhamento para Atenção Básica/AD1;
- Outros indicadores definidos pela SES/MG.

A periodicidade, metodologia de cálculo e metas deverão observar a regulamentação estadual vigente.

11.3 Metas e indicadores Municipais

O SAD/PMec realizará o acompanhamento de indicadores municipais relacionados à produção, qualidade e perfil assistencial, podendo contemplar:

- Modalidade de Atenção Domiciliar dos usuários atendidos;
- Óbitos em domicílio;
- Óbitos atestados em domicílio, conforme atribuição legal;
- Emissão de Declaração de Óbito em domicílio, quando cabível;
- Procedimentos, cuidados e dispositivos realizados nas visitas domiciliares;
- Dispositivos utilizados;
- Reuniões de equipe e matriciamentos;
- Média de visitas domiciliares por usuário;
- Atendimentos por categoria profissional;
- Número de visitas realizadas pelas equipes EMAD e EMAP;
- Número de visitas de acordo com o perfil de cuidado;
- Principais diagnósticos e condições clínicas dos usuários;
- Procedimentos de enfermagem;
- Internações hospitalares durante o acompanhamento;
- Taxa de internação após admissão no SAD;
- Altas da Atenção Domiciliar;
- Taxa de alta da Atenção Domiciliar;
- Tempo médio de permanência;
- Procedência dos usuários;

- Outros indicadores definidos pela gestão municipal.

12 BASE LEGAL

A presente Instrução Normativa fundamenta-se:

I – na Constituição Federal de 1988, especialmente nos dispositivos relativos ao direito à saúde;

II – na Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e sobre a organização e funcionamento dos serviços correspondentes;

III – na Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

IV – na Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, especialmente nas disposições relativas à Atenção Domiciliar, ao Serviço de Atenção Domiciliar – SAD, ao Programa Melhor em Casa – PMeC e ao cuidador, com suas alterações posteriores;

V – na Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, no que se refere aos aspectos de financiamento e transferência de recursos relacionados à Atenção Domiciliar, com suas alterações posteriores;

VI – na Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024, que atualiza as regras do Serviço de Atenção Domiciliar – SAD e do Programa Melhor em Casa – PMeC;

VII – na Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024, que institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos – PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde;

VIII – na Resolução da Diretoria Colegiada – RDC ANVISA nº 917, de 19 de setembro de 2024, que dispõe sobre o funcionamento de serviços que prestam Atenção Domiciliar;

IX – na Resolução SES/MG nº 8.602, de 14 de fevereiro de 2023, e demais normas estaduais vigentes aplicáveis ao Serviço de Atenção Domiciliar;

X – nas demais normas federais, estaduais e municipais vigentes relacionadas à Atenção Domiciliar, à Rede de Atenção à Saúde, à segurança do

paciente, à proteção de dados, aos cuidados paliativos e ao exercício profissional das categorias integrantes do SAD/PMec.