

REDE DE
URGÊNCIA
E
EMERGÊNCIA
DE
RONDÔNIA



HABILITAÇÃO DE EQUIPES PARA ATENÇÃO DOMICILIAR

PORTO VELHO - RO

2025

SESAU
Secretaria de Estado da
Saúde

RONDÔNIA
★
Governo do Estado



Coronel Marcos José Rocha dos Santos

Governador do Estado de Rondônia

Sérgio Gonçalves

Vice-governador do Estado de Rondônia

Edilton Oliveira dos Santos

Secretário de Estado da Saúde de Rondônia

Fábio Perondi

Secretário adjunto de Estado da Saúde de Rondônia

Roselaine de Souza

Secretária executiva de Estado da Saúde de Rondônia

COORDENADORIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Luciene Carvalho Piedade Almeida

Enfermeira/Coordenadora

Ana Cláudia Pereira Pires

Enfermeira/Referência Técnica

Carla Louise de Almeida Silva Amaral

Técnico Administrativo Operacional da Saúde

Daniessa Nunes Moya

Enfermeira/Referência Técnica

Maria Diene Aguiar de Souza

Técnico em Enfermagem/Referência Técnica

Walessa Roberta de Brito

Farmacêutica/Referência Técnica

Elaboração

Anna Regina de Carvalho Góes

Enfermeira

Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência - SESAU/RO

MANUAL INSTRUTIVO - SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR



SESAU
Secretaria de Estado da
Saúde

RONDÔNIA
★
Governo do Estado



REQUISITOS PARA SOLICITAÇÃO DE SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

1. SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR - SAD

Considerando a PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016, PORTARIA Nº 1.450, DE 29 DE SETEMBRO DE 2023, PORTARIA Nº 3.005, DE 2 DE JANEIRO DE 2024 que redefine a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde, atualiza as equipes habilitadas e dispõe sobre os valores do incentivo financeiro de custeio para manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e atualiza as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMec).

1.1 Definição

A **Atenção Domiciliar** é caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados, indicada para pessoas que estejam em situação de restrição ao leito ou lar ou em condição clínica ou de vulnerabilidade, de forma temporária ou permanente.

1.1.1 Atenção Domiciliar na Atenção Básica

Corresponde a uma modalidade de atenção domiciliar (AD1) desenvolvida no âmbito da Atenção Básica, integrando-se às ações e ao processo de trabalho das equipes de saúde. Conforme o perfil e as necessidades do paciente, **o cuidado deve ser prestado pelas equipes de Atenção Básica** e pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), podendo contar, quando necessário, com o suporte dos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, incluindo os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), que são compostos por equipes especializadas (EMAD e EMAP) e voltados exclusivamente aos pacientes inseridos na atenção domiciliar.

1.2 Organização

A AD é organizada em três modalidades:

- **Atenção Domiciliar 1 (AD 1):** considera-se elegível, o usuário que, tendo indicação de AD, requeira cuidados com menor frequência e necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que os cuidados ofertados pelos cuidados são satisfatórios. **A prestação da assistência à saúde é de responsabilidade das equipes de atenção básica**, por meio de acompanhamento regular em domicílio, com apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ambulatórios de especialidades e centros de reabilitação.
- **Atenção Domiciliar 2 (AD 2):** considera-se elegível, o usuário que, com fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente afecções agudas ou crônicas agudizadas, afecções crônico-degenerativas, necessidade de cuidados paliativos e prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.
- **Atenção Domiciliar 3 (AD 3):** considera-se elegível, usuário com qualquer das situações listadas na AD 2, quando necessitar de cuidado multiprofissional frequente, uso de equipamentos ou agregação de procedimentos de maior complexidade, usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.

O atendimento aos pacientes elegíveis nas modalidades AD 2 e AD 3 é de responsabilidade do SAD. A determinação está atrelada às necessidades de cuidados peculiares a cada caso, como periodicidade das visitas, intensidade do cuidado multiprofissional e uso de equipamentos.

1.3 Equipes que compõem o SAD

O **SAD**, por meio do **PMeC**, trata-se de um serviço complementar aos cuidados realizados na APS e em serviços de urgência, substitutivos ou complementares à internação hospitalar, estabelecendo regras para o gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

Tabela 1 - Composição da equipe multiprofissional e pré-requisitos:

EMAD 1	EMAD 2	EMAP	EMAP-R
Médicos 40h/sem, enfermeiros 40h/sem, fisioterapeutas ou assistentes sociais 30h/sem, auxiliares ou técnicos de enfermagem 120h/sem. Responsável pelo atendimento das modalidades: AD2 e AD3.	Médico 20h/sem, enfermeiro 30h/sem, fisioterapeuta ou assistente social 30h/sem, auxiliares ou técnicos de enfermagem 120h/sem. Responsável pelo atendimento da modalidade: AD 2, facultado o atendimento a AD 3.	No mínimo 3 profissionais de nível superior, escolhidos entre: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico; e terapeuta ocupacional.	No mínimo 3 profissionais de nível superior, dentre as ocupações: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, psicólogo; e enfermeiro.
Deverão ser cadastradas, preferencialmente, em unidades de funcionamento 24 (vinte e quatro) horas. A EMAD é pré-requisito para constituição de um SAD, não sendo possível a implantação de uma EMAP sem a existência prévia de uma EMAD, exceto para municípios com menos de 20.000 (vinte mil) habitantes, que poderão constituir uma EMAP-R sem a necessidade de constituição prévia de um SAD. Além disso, deverão estar vinculadas a estabelecimentos de que garantem seu funcionamento mínimo de 12 (doze) horas por dia, prioritariamente em hospitais ou serviços de urgência e emergência.			Deverão ser cadastradas, preferencialmente, na APS, sendo dispensada a exigência de funcionamento de 24 (vinte e quatro) horas.

Fonte: Portaria Nº 825, de 25 de abril de 2016, seção II; Portaria 3.005, de 2 de janeiro de 2024.

1.4 Objetivos da Atenção Domiciliar

- I - redução da demanda por atendimento hospitalar;
- II - redução do período de internação;
- III - humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e
- IV - desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS.

1.5 Diretrizes da Atenção Domiciliar

- I - ser estruturada de acordo com os princípios de ampliação e equidade do acesso, acolhimento, humanização e integralidade da assistência, na perspectiva da RAS;
- II - estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde;

III - adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, reduzindo a fragmentação da assistência e valorizando o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares; e

IV - estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do usuário, da família e dos cuidadores.

2. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Tabela 2 - Requisitos para habilitação do SAD

REQUISITOS PARA HABILITAÇÃO DO SAD

I - População municipal igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes;	• Pode ser atingida por um Município ou por agrupamento, cuja população seja < 20.000 (vinte mil) habitantes, pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, se houver, na Comissão Intergestores Regional (CIR); • Municípios com população ≥ a 40 mil (quarenta mil) habitantes poderão solicitar habilitação de EMAD - II. • Municípios com população < 40 mil (quarenta mil) habitantes poderão solicitar habilitação de EMAD - II, individualmente, se tiverem entre 20.00 (vinte mil) e 39.999 (trinta e nove mil e novecentos e noventa e nove) habitantes ou por meio de agrupamento, no caso daqueles com > 20.000 (vinte mil) habitantes; • Municípios com população ≥ 150.000 (cento e cinquenta mil) habitantes, poderão solicitar a segunda EMAD e, sucessivamente, 1 (uma) nova EMAD a cada 100.000 (cem mil) novos habitantes. • Todos os Municípios com uma EMAD, tipo 1 ou tipo 2, poderão solicitar 1 (uma) EMAD, sendo possível a implantação de mais 1 (uma) EMAD a cada 3 (três) EMAD a mais implantadas.
II - hospital de referência no Município ou região a qual integra, e;	
III - cobertura de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) habilitado e em funcionamento.	• Municípios com população ≥ a 40.000 (quarenta mil) habitantes será aceito SAMU.

2.1 Incentivo financeiro de custeio para manutenção do serviço de atenção domiciliar

O incentivo financeiro de custeio para a manutenção do SAD será acrescido de 30% (trinta por cento) para custeio do SAD situado na região da Amazônia Legal.

Tabela 3 - Distribuição do incentivo financeiro

Para cada EMAD tipo 1	R\$ 65.000,00 (sessenta e cinco mil reais)
Para cada EMAD tipo 2	R\$ 44.200,00 (quarenta e quatro mil e duzentos reais)
Para cada EMAP ou EMAP - R	R\$ 7.800,00 (sete mil e oitocentos reais)

Fonte: Portaria N° 1.450, de setembro de 2023, Art. 305.

- O repasse do incentivo financeiro será condicionado ao cumprimento dos seguintes requisitos:
 - recebimento, análise, técnica e aprovação, pela Ministério da Saúde, do projeto de criação ou ampliação do SAD;
 - habilitação do Município, Estado ou Distrito Federal com o quantitativo de equipes que comporão o SAD, por meio de portaria publicada no Diário Oficial da União;
 - inclusão, pelo gestor local de saúde, da(s) EMAD e, se houver, da(s) EMAP no SCNES, correspondendo ao início de funcionamento, condicionando, assim, o início do repasse financeiro mensal.

2.2 Infraestrutura e recursos mínimos para funcionamento

As equipes contarão com infraestrutura especificamente destinada para o seu funcionamento que contemple:

I - equipamentos médico-hospitalares;

II - material permanente e de consumo, equipamento de informática e mobiliário;

III - aparelho telefônicos, no mínimo um aparelho fixo e um aparelho móvel; e

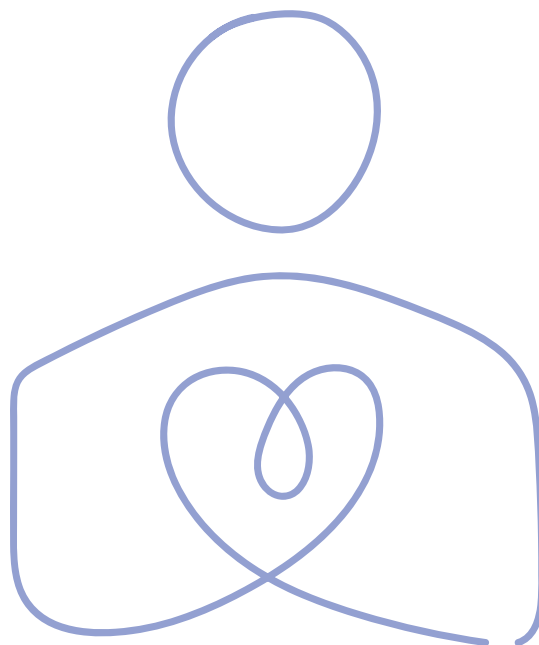
IV - veículos exclusivos identificados com a logomarca do PMeC.

No mínimo um para cada EMAP, EMAP-R e para as EMAD, respeitar a seguinte proporção:

- a) 1 EMAD: dois carros;
- b) 2 EMAD: três carros;
- c) 3 EMAD: cinco carros;
- d) 4 EMAD: seis carros;
- e) 5 EMAD: oito carros;
- f) 6 EMAD: nove carros; e
- g) a partir de 6 EMAD: acréscimo de um veículo a cada nova EMAD;

V - Transporte eletivo e de urgência e emergência para os usuários, conforme pactuação na RAS; e

VI - Uniformes para as equipes contendo a identificação do PMeC.



Os equipamentos e os materiais citados acima, bem como os prontuários dos usuários atendidos pelo SAD serão instalados na estrutura física de unidade de saúde municipal, estadual ou do Distrito Federal, a critério do gestor de saúde local.



Não é obrigatório que o SAD possua sede própria, podendo estar sediado em estabelecimento de saúde, conforme regras definidas em normativa específica.

- As EMAP-R devem estar localizadas na estrutura física do estabelecimento de saúde a que estiverem vinculadas, tendo apoio da gestão.

- Nos finais de semana e feriados, a quantidade de veículos circulantes poderá ser ajustada à demanda programada.

Há possibilidade de acompanhamento por meio de atendimento **remoto**, que deverá:

I - Ser realizado após avaliação presencial para orientações e auxílio ao usuário;

II - Ser intercalado com visita presencial;

III - Constar do PTS de cada usuário; e

IV - Ser lançado na produtividade da equipe com código específico.

Tabela 4 - Requisitos mínimos necessários para execução do atendimento remoto

Para execução do atendimento remoto, o SAD/PMec necessitará minimamente de:
I - Sala para atividade de atendimento remoto;
II - Profissional da área da saúde, preferencialmente de nível técnico ou superior, para intermediar a utilização das TIC (tecnologias de informação e comunicação) e telessaúde e os processos gerenciais de consulta; e
III - Equipamentos de TIC e telessaúde suficientes para a realização de consultas de forma virtual, em qualidade adequada, incluindo, além de computador, webcam e microfone, ou equipamentos equivalentes, e conexão de internet.

- A oferta do atendimento remoto deverá estar disponível em todo o horário de funcionamento do SAD.

Os insumos e os materiais necessários para cada visita variam conforme o objetivo da visita e as complexidades de cada usuário. Entretanto, alguns itens são comuns a muitas situações e, por isso, devem compor um conjunto mínimo de insumos e materiais para realização de AD como itens a seguir:

Tabela 5 - Materiais e insumos mínimos para realização de AD

Materiais de sinais vitais: esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, glicosímetro, lanceta, fita de glicemia;	Caixa térmica para transporte dos exames, quando necessário;
Tubo e frasco de exame	Papel, caneta e lápis;
Álcool 70% para antissepsia;	Escalpes, seringas e agulhas;
Garrote;	Abaixador de língua;
Caixa de perfurocortante;	Espaçador;
Espátulas;	Algodão e gazes;
Etiqueta;	Ficha-guia/formulário da atenção domiciliar;
Fita métrica;	Fita reagente para glicemia capilar;
Otoscópio;	Impressos (fichas de registro, atestados e demais pertinentes, receituários);
Lâmina de bisturi;	Luvas estéreis e de procedimento;
Lanterna;	Pacote de curativos;
Sondas de estomias que se façam necessárias;	Pequeno espelho para orientação de higiene oral;
Prancheta;	Prontuário do usuário;

Fonte: Caderno de Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde, MS 2020.

3. FLUXO DO PROJETO PARA CRIAÇÃO OU AMPLIAÇÃO DO SAD

O gestor de saúde do Município, Estado ou Distrito Federal deverá elaborar projeto para criação ou ampliação do SAD, contemplando os seguintes requisitos:

Tabela 6 - Checklist do fluxo do projeto para criação do SAD

REQUISITOS	STATUS
Quadro resumo que contenha os seguintes dados: Município, Unidade Federativa, população, nome e contatos (telefone e e-mail) do Coordenador ou Referência Técnica da Atenção Domiciliar, proponente (Município, Estado ou Distrito Federal), número de equipes por tipo, confirmação de SAMU ou serviço equivalente e confirmação de hospital de referência no Município ou região;	
Objetivos do projeto;	
Caracterização dos entes federativos proponentes, a partir de dados sócio demográficos, da descrição dos serviços de saúde existentes e perfil epidemiológico, com problematização e justificativas para a implantação da política;	
Especificação do número de equipes (EMAD e EMAP) previstas, observados os critérios e os prazos descritos nesta Portaria, incluindo os territórios de abrangência;	
Quadro de profissionais, mencionando as CHS;	
Descrição da inserção do SAD na RAS, incluindo serviços de referência, de forma a assegurar fluxos para: a) admissão, alta e intercorrências com a rede básica, de urgências e hospitalar; b) encaminhamentos para especialidades e para métodos complementares de diagnóstico tanto para situações eletivas quanto de urgência; c) confirmação e expedição de atestado de óbito domiciliar; e d) transporte e remoção do usuário, dentro das especificidades locais, tanto em situações eletivas indicadas pelo SAD, quanto de urgência;	
Descrição da infraestrutura para o SAD, incluindo-se área física, mobiliário, telefone, equipamentos, veículos para locomoção das EMAD e EMAP;	
Descrição do funcionamento do SAD, com garantia de cobertura de 12 (doze) horas diárias, inclusive nos finais de semana e feriados;	
Proposta de educação permanente e capacitação para profissionais do SAD e cuidadores, indicando periodicidade e temáticas; e	
Descrição de estratégias de monitoramento e avaliação do SAD, tomando como referência os indicadores propostos no Manual de Monitoramento e Avaliação: Programa Melhor em Casa, disponível no sítio eletrônico do Ministério da Saúde;	
O gestor de saúde local enviará o projeto para criação ou ampliação do SAD ao DAHU/SAS/MS, por meio do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS);	

O DAHU/SAS/MS analisará o projeto de criação ou ampliação do SAD, considerando-se as diretrizes e critérios previstos em Portaria e a disponibilidade orçamentária, bem como providenciará o devido encaminhando interno com vistas à publicação de ato normativo de habilitação dos entes federativos beneficiários;	
Após publicação da portaria de habilitação, o gestor local deverá implantar as equipes solicitadas, promovendo o cadastramento destas no SCNES em até 3 meses, a contar da data de publicação de sua portaria de habilitação, sob pena de perder sua respectiva habilitação.	

Observações:

- Equipes descadastradas do SCNES por 6 (seis) competências seguidas ou com suspensão de repasse de recursos de custeio por mais de 6 (seis) competências seguidas em função das irregularidades, terão suas habilitações automaticamente revogadas.
- O cadastramento das EMAD e EMAP, no SCNES, deverá ser feito em unidades cujas mantenedoras sejam as secretarias de saúde estaduais, do Distrito Federal ou municipais ou, ainda, unidades que façam parte da rede conveniada ao SUS, conforme as regras de cadastramento publicadas em ato específico.
- (CIR - CIB e Termo de Junção devidamente legalizado - Outros).

4. REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria de Consolidação nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília, DF, 2016. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 16 setembro 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria de GM/MS nº 1.450, de 29 de setembro de 2023. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os valores do incentivo financeiro de custeio para a manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), acrescido de 30% aos municípios que compõem a Amazônia Legal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2023. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1450_27_10_2023_rep.html. Acesso em: 16 setembro 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 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 Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC). Brasília, DF, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3005_05_01_2024.html. Acesso em: 16 setembro 2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília, vol.1, 2012. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude28b202104.pdf>. Acesso em: 06 outubro 2025.