



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Atenção Hospitalar Domiciliar e de Urgência
Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar

NOTA INFORMATIVA Nº 14/2025-CGADOM/DAHU/SAES/MS

ASSUNTO

Orientações sobre a atuação e atribuições da Equipe Multiprofissional de Apoio para Reabilitação (EMAP-R), que compõe o Programa Melhor em Casa (PMec), com foco na integração com as equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) e articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

CONTEXTUALIZAÇÃO

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é um serviço vinculado ao Programa Melhor em Casa(PMeC) , que por sua vez faz parte da Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES), e tem como objetivo complementar os cuidados no domicílio realizados pela APS ou dar continuidade a tratamentos iniciados nas Urgencias e Hospitais, de maneira especializada com caráter multiprofissional, conforme a complexidade e/ou intensidade da assistência.

O PMeC, por sua vez, é responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) e EMAP-R, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A oferta do cuidado domiciliar especializado tem como finalidade promover a redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou do período de permanência de usuários internados, contribuir nos processos de desinstitucionalização e otimizar tanto recursos financeiros quanto estruturais da RAS.

A EMAP-R foi incorporada à atenção domiciliar especializada na Portaria GM/MS Nº 3005, de 02 de janeiro de 2024, proporcionando a ampliação da cobertura do PMeC para municípios com até 19.999 habitantes. Como componente do PMeC, suas atividades prioritárias compreendem o apoio em:

- Reabilitação, especialmente em egressos de unidade hospitalar ou de urgência;
- Cuidados pós-operatórios, especialmente ortopédicos, cardiopulmonares e neuromusculares;
- Cuidados paliativos (reabilitação paliativa);
- Cuidados intensivos a idosos estratificados pela APS como frágeis de modo a se prevenir internações sensíveis.

REQUISITOS DE HABILITAÇÃO DA EMAP-R/PMEC E ORIENTAÇÕES ADMINISTRATIVAS

Os requisitos necessários para solicitar a habilitação de uma EMAP R são:

- Porte populacional municipal de até 19.999 habitantes;
- Cobertura de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) comprovada por Portaria de Habilitação (seja serviço municipal ou cobertura regional);
- Cobertura de APS, ponto de alocação e vinculação preferencial da EMAP-R.

O valor do incentivo financeiro federal mensal para EMAP-R é de R\$ 7.800,00, acrescido de 30% (trinta por cento) para municípios que fazem parte da Amazônia Legal

Respeitando o Planejamento Regional Integrado (PRI), a proposta de habilitação deve apresentar a deliberação Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou Comissão Intergestores Regional (CIR) referente à aprovação de implementação da EMAP-R.

As EMAP-R deverão estar vinculadas ,preferencialmente, aos estabelecimentos de APS como facilitador de integração entre as equipes, que são interdependentes na produção e gestão do cuidado. Como equipe de apoio, a EMAP-R deve atuar de forma complementar ao tipo e composição da APS de vinculação, em especial no que se refere aos cuidados médicos ou relacionados a saúde bucal. Entretanto, com relação ao Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), é importante que seja um CNES próprio com tipo de estabelecimento "Unidade de Atenção Domiciliar", para fins de recebimento de recursos decorrentes de emendas parlamentares pela Atenção Especializada.

Além disso, de acordo com a PORTARIA SAES/MS Nº 1.619, de 22 de abril de 2024, em seu Art. 5º, o registro da proposta exige que a inclusão da EMAP-R no CNES, associando o Identificador Nacional de Equipes (INE) a ser habilitado.

As categorias profissionais deverão ser inseridas no CNES/INE da EMAP-R com suas respectivas cargas horárias, sendo a equipe mínima composta por três profissionais de nível superior com carga horária semanal mínima de 20 (vinte) horas, respeitando composição multiprofissional, entre as ocupações listadas a seguir: Enfermeiro, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. Entende-se equipe multiprofissional como equipe constituída por mais de um tipo de profissional. Desse modo, a EMAP-R deve ser constituída por no mínimo dois tipos de profissionais como equipe mínima, ou seja, não será permitida composição de três profissionais de uma mesma profissão.

A soma das cargas horárias semanais dos componentes da EMAP-R é de, no mínimo, 60 (sessenta) horas e a equipe deverá funcionar nos dias úteis, por no mínimo 4 (quatro) horas diárias. Nenhum profissional poderá ter carga horária inferior a 20 (vinte) horas de trabalho semanais ou atuar com somatória de carga horária semanal superior a 60 (sessenta) horas de trabalho, conforme PORTARIA SAES/MS Nº 1.619, de 22 de abril de 2024, Art. 3, §3º.

Os municípios consorciados pelo PMeC poderão implantar EMAP-R, com exceção do município sede do consórcio. Desse modo, a EMAD do consórcio deverá ser apoio direto para essas EMAP-R.

São parâmetros de produção estimados, para cada EMAP-R, o atendimento de 15 (quinze) usuários por mês. Esse quantitativo de produção poderá variar de acordo com o nível de complexidade dos cuidados, o perfil dos usuários admitidos e as características geográficas, de mobilidade e outras peculiaridades do município.

Caso não haja atingimento dos quantitativos de produção estimados, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde farão ações educativas, presencial ou à distância, para melhoramento desses parâmetros, conforme Portaria GM/MS Nº 3005, de 02 de janeiro de 2024.

ATRIBUIÇÕES E INDICAÇÕES DA EMAP-R

A principal atribuição da EMAP-R é realizar assistência de reabilitação em domicílio, com oferta de cuidado técnico e humanizado no território, otimizando a ocupação de leitos hospitalares e de urgência e favorecendo melhores desfechos em termos de ganhos funcionais e de autonomia, uma vez que tem o lar como cenário de prática.

Porém é importante destacar que são elegíveis para assistência pelas EMAP-R pacientes das modalidades AD2 e AD3, a depender das condições técnicas e operacionais para a execução do cuidado a essas modalidades, independentemente da condição de dependência funcional.

Conforme estabelecido na Portaria GM/MS Nº 3005, de 02 de janeiro de 2024, a atenção domiciliar está indicada a pessoas que necessitam de cuidados em saúde e que estejam em situação de restrição ao leito ou lar ou em condição clínica ou de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, cuidados paliativos, reabilitação e prevenção de agravos.

Organizada em três modalidades (AD1; AD2; AD3), o atendimento de atenção domiciliar aos usuários elegíveis nas modalidades AD2 e AD3 é de responsabilidade do PMeC, onde a determinação da modalidade está atrelada à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e a complexidade do cuidado, como por exemplo, uso de equipamentos e dispositivos, com vistas ao cuidado continuado integrado.

Considerando o perfil assistencial possível de acordo com a composição de cada EMAP-R, devem ser adaptados os critérios habituais das modalidades AD2 e AD3, que a princípio são: o usuário que necessite de cuidados multiprofissionais e intensificados, minimamente semanais, reabilitação intensiva, afecções crônicas agudizadas com necessidade de cuidados sequenciais pós alta (tratamentos parenterais ou reabilitação), afecções que demandem cuidados paliativos com necessidade de visitas sequenciais para manejo de sintomas não controlados e reabilitação paliativa, prematuridade com necessidade de ganho ponderal e cuidados predominantemente multiprofissionais associados ao uso de equipamentos ou agregação de procedimentos de maior complexidade, tais como ventilação mecânica invasiva e não-invasiva, cuidados paliativos em fase final de vida e condições crônico-degenerativas progressivas. Para os casos mais complexos, a articulação para apoio do profissional médico da APS será fundamental como será descrito adiante.

RECOMENDAÇÕES DE INTEGRAÇÃO COM A APS E ARTICULAÇÃO COM A RAS

A APS é o primeiro nível de atenção em saúde do SUS, tratando-se da principal porta de entrada ao sistema e do centro de comunicação com toda a RAS. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, das demandas mais simples às mais complexas. No Brasil, a APS está presente em 100% dos municípios e é desenvolvida com o mais alto grau de

descentralização e capilaridade, desenvolvendo o cuidado no território, local mais próximo do contexto de vida das pessoas. Ela caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual, familiar e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, cuidados paliativos e a vigilância em saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral de base territorial que impacte na situação de saúde das pessoas e nos determinantes de saúde das coletividades. Sua atuação se dá por meio de práticas de assistenciais integradas e gestão do cuidado qualificado realizadas por equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária, considerando as características singulares do território em que vivem essas pessoas, assim como as demandas e necessidades de saúde locais de maior frequência e relevância, nas quais o domicílio se inclui como parte essencial da unidade de cuidado. A adscrição de usuários e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe da APS e a população do seu território de atuação facilita a adesão do usuário ao cuidado compartilhado com a equipe com o objetivo de ser referência para o seu cuidado local, assumindo assim maior responsabilidade na ordenação do acesso e coordenação do cuidado do usuário de seu território.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem na Saúde da Família (eSF) sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS. Essa equipe é multiprofissional e composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS).

Além da equipe mínima da eSF, podem fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. Além disso, existem outros tipos de equipes previstos para a APS, a saber: equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR); equipe de Consultório na Rua (eCR); equipe de Atenção Primária (eAP); equipe de Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF); equipe de Atenção Básica Prisional (eABP); equipes Multiprofissionais (eMulti) (Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023).

O processo de estratificação de risco com base em diretrizes clínicas, como a classificação AD1, AD2 e AD3 na atenção domiciliar, visa identificar subgrupos de acordo com a complexidade da condição de saúde, com o objetivo de diferenciar o cuidado clínico e os fluxos que cada usuário deve seguir na RAS para um cuidado integral, compartilhando a assistência com as equipes da atenção especializada, como o PMeC, nos casos de maior complexidade.

O cuidado domiciliar é uma das atribuições previstas para todos os profissionais da APS, em todos os tipos de equipes previstas, as quais contam com o PMeC no compartilhamento dos casos AD2 e AD3, até estabilidade clínica e retorno para o manejo exclusivo da APS, conforme citação da PNAES:

“V - Fortalecimento da Atenção Primária, por meio do adensamento da sua capacidade clínica, ampliação da sua resolubilidade, da sua capacidade de ordenação do acesso e coordenação do cuidado, de forma articulada com a Atenção Especializada, por meio da promoção da comunicação, corresponsabilização do cuidado, compartilhamento das decisões clínicas e de gestão de recursos necessários entre profissionais, equipes e serviços.” (BRASIL, 2023)

Para atender as necessidades de saúde dos pacientes perfil AD2 e AD3, a assistência médica no cuidado compartilhado com a EMAP-R é fundamental, uma vez que a elegibilidade pode envolver prescrição e acompanhamento de tratamentos parenterais, ventilação mecânica invasiva ou não-invasiva, transfusão

sanguínea, entre situações clínicas em que o profissional médico é fundamental.

Ao realizar a avaliação de admissão dos casos, é desejável que toda a equipe discuta, avalie a indicação de admissão de forma conjunta e, se elegível para cuidados da EMAP-R, se elabore de forma compartilhada com a equipe da APS o Projeto Terapêutico Singular (PTS), com acordo de ações e atuação das equipes para que todos se sintam confortáveis com o plano traçado, principalmente nos casos que necessitem de cuidados médicos frequentes com prescrições e procedimentos específicos.

Todas estas equipes são corresponsáveis pelo cuidado domiciliar dentro de suas atribuições gerais e específicas.

Recomendam-se instrumentos, mecanismos de comunicação efetiva e integração entre as equipes, tais como:

- Espaços pré-definidos em agendas das equipes para discussão de casos, matriciamento, elaboração de PTS, educação permanente, mapeamento e monitoramento de usuários em atenção domiciliar;
- Nas reuniões para a discussão dos casos acompanhados pela EMAP-R, deve-se prezar a construção coletiva e compartilhada do PTS e o planejamento da transição do cuidado seguro quando o usuário tiver alcançado os objetivos de cuidado atribuídos à EMAP-R e estabilidade clínica;
- Também compartilhar o PTS entre os pontos da RAS em relação ao estado de saúde e deficiência cinético-funcionais de modo que possa permitir a admissão e transição do cuidado segura para reabilitação;
- Recomenda-se a utilização do Instrumento de Avaliação e Complexidade de Atenção Domiciliar (IAEC-AD) para admissão; e instrumentos, validados na literatura, de desempenho e capacidade funcional com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e, para a Fisioterapia, a Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF) para a transição segura do cuidado;
- Outras formas de integração e comunicação entre as equipes podem ser viabilizadas virtualmente, por meio de dispositivos de Tecnologia da Informação e Comunicações (TIC) como, por exemplo, prontuário eletrônico e e-SUS, e ações de Telessaúde;
- Realização de atendimentos domiciliares compartilhados, quando necessário, em especial frente a proximidade de alta da EMAP-R;
- A elaboração conjunta de protocolos e fluxos assistenciais e compartilhamento do cuidado na rede locais, com ampla divulgação para a RAS.

Essas recomendações, além de potencializar a produção do cuidado, favorece uma transição suave e segura para o retorno da assistência exclusivamente na APS quando indicado, uma vez que as trocas matriciais contribuem para a confiança da equipe da APS para seguimento.

Trazendo o olhar para a articulação com a RAS, a busca ativa da EMAP-R para desospitalização pré-hospitalar e hospitalar, visa priorizar a redução do tempo médio de permanência em Unidade de Pronto Atendimento e/ou Hospital, evitar internação hospitalar quando for possível a assistência no domicílio assim como novas internações, e colaborar na alta precoce. Essas são ações basilares no PMeC que compreendem diretamente favorecer o lar como espaço de reabilitação e tratamento, assim como a redução de riscos, sofrimento e melhora da qualidade de vida.

É importante ressaltar a relação inter-SAD nesse percurso de desospitalização, onde

as equipes do PMeC da cidade de internação do paciente, ao organizar o plano de alta, acione a EMAP-R e APS do território de origem para transição de cuidado segura, cuidados continuados integrados e matriciamento oportuno conforme as necessidades singulares do caso e da equipe que seguirá no cuidado.

No mesmo contexto da articulação com a RAS no que tange a reabilitação, a EMAP-R deve compartilhar o cuidado, conforme a realidade local e indicação clínica, com pontos de Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), seja para transição do cuidado programada ou visando complementação do PTS do usuário, quando as necessidades individuais da pessoa cuidada vão para além do que as equipes da APS e EMAP-R conseguem oportunizar com sua composição profissional.

Com isso, a EMAP-R apoia a integração dos serviços de Atenção Especializada com a rede de atenção, especialmente com a APS, com vistas à garantia da continuidade do cuidado da pessoa que finaliza sua jornada de cuidado e reabilitação domiciliar intensivos, o que amplia e qualifica o cuidado e o acesso à Atenção Especializada em Saúde.

O uso de Telessaúde como ferramenta estratégica para ampliação do atendimento especializado no PMeC possibilita o monitoramento e a avaliação das ações de cuidado, visando melhorar a qualidade da atenção especializada e ampliar o acesso à saúde através de, por exemplo, assistência remota, apoio ao familiar e cuidador, ações de matriciamento, reuniões de rede para construção de PTS, plano de alta e transição de cuidados, assim como oferta de consultas com especialistas e determinados exames sem que o paciente precise se deslocar até o serviço de saúde.

Com essas recomendações de integração com a APS e articulação com a RAS, a otimização da jornada de cuidado organizada a partir da EMAP-R está alinhada com o princípio da equidade, humanização do cuidado, qualificação da assistência especializada e sustentabilidade do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As EMAP-R fortalecem o papel da reabilitação como prática do cuidado transversal no território, e reforçam a importância da atenção domiciliar especializada na reabilitação como parte do cuidado integral, abrangendo desde intervenções para ganho funcional até ações de reabilitação paliativa, a qual visa preparar a pessoa, rede de apoio e seu lar para lidar com as perdas decorrentes da deterioração da saúde, permitindo que vivam o mais plenamente possível, dentro de seus valores, desejos e história de vida.

Para além das ações clínicas, essas equipes também favorecem, por meio de uma abordagem individualizada, integrar a capacitação, o autogerenciamento e ações de autocuidado apoiado ao plano de cuidados de pessoa, permitindo prever e lidar construtivamente com suas limitações temporárias ou permanentes.

O resultado de sua atuação tem caráter empoderador ao permitir às pessoas maior independência, autonomia, possibilidade de escolha e dignidade, além de fortalecer a prática colaborativa entre as equipes da RAS, com o compartilhamento e/ou transição do cuidado, com destaque especial à parceria APS e EMAP-R nesse percurso de cuidado, e com isto ampliar o acesso e a resolutividade do SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/SM 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). disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.005-de-2-de-janeiro-de-2024-535816012>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.604., de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-1-604-de-18-de-outubro-de-2023/@download/file>

BRASIL, Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família-Volume 1: Ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publica/coes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Anexo. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 3 jan. 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2014.

(REFERÊNCIA: CAB 39 NASF e CAB DE ATENÇÃO DOMICILIAR VOLUME 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Anexo XXII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de nº 2, de 28 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANE_XOXXII

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635 de 22 de maio de 2023, que institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799> ou https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html

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. 2 v. : il.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF). Disponível em: <https://cbdf.coffito.gov.br/>. Acesso em: 11 de abril de 2025.

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, 2012. 2 v. : il.

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 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria

de Atenção Especializada à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - Brasília : Ministério da Saúde, 2020. 98 p. : il.

MARIANA BORGES DIAS

Coordenadora-Geral

Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar - CGADOM/DAHU/SAES/MS

ALINE DE OLIVEIRA COSTA

Diretora

Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - DAHU/SAES/MS



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Borges Dias, Coordenador(a)-Geral de Atenção Domiciliar**, em 15/04/2025, às 15:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Aline de Oliveira Costa, Diretor(a) do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência**, em 15/04/2025, às 16:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0047232912** e o código CRC **97987F9D**.

Brasília, 14 de abril de 2025.

Referência: Processo nº 25000.055280/2025-81

SEI nº 0047232912

Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar - CGADOM
Esplanada dos Ministérios, bloco O 7º andar - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br